



**UNIVERSIDAD DEL AZUAY**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**POSTGRADO: ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR**

**ENFOQUE DESDE LA MEDICINA DE FAMILIA EN EL TRATAMIENTO DE  
NIÑOS DESNUTRIDOS**

**DE 1 A 5 AÑOS EN LA PARROQUIA SANTA ANA EN EL AÑO 2008**

**AUTOR: Dr. GABRIEL REYES BERMEO**

**DIRECTOR: Dr. JOSE SOLA VILLENA**

**CUENCA –MAYO 2009**

## **TITULO**

Enfoque desde la medicina de familia en el tratamiento de niños desnutridos de 1 a 5 años en la parroquia Santa Ana en el año 2008.

## **LUGAR**

El estudio se realizó en la parroquia Santa Ana del cantón Cuenca, del Ecuador. Con los niños de 1 a 5 años que presentaron desnutrición, aplicando un modelo dietético, complementos alimentarios, supervisión médica, desde enero a diciembre del año 2008.

Los datos fueron recopilados de las historias clínicas, fichas familiares, formularios elaborados para la investigación, los que permanecen en estadística del Sub centro de Salud de la parroquia Santa Ana, contando con el apoyo de autoridades del Sub centro, Junta Parroquial, médicos del programa de Medicina Familiar y comunitaria de la fundación CINTERANDES y sus directivos, y la autorización de los representantes familiares (padres) de los niños que serán motivo del estudio.

## **AUTOR**

Esta investigación de tipo descriptiva, estuvo a cargo del Dr. Gabriel Reyes Bermeo, médico de la fundación CINTERANDES, que trabaja en la parroquia Santa Ana en el programa de Medicina Familiar y Comunitaria, durante el año 2008.

Siendo el director de la investigación el Dr. José Sola V. profesor de la maestría de Salud Familiar y Comunitaria de la Universidad del Azuay (UDA) <sup>1</sup>

## **RESPONSABILIDAD**

Todos los criterios y opiniones vertidos en este trabajo son de exclusiva responsabilidad del autor.

---

<sup>1</sup> Gabriel Reyes B. : [glreyesb@hotmail.com](mailto:glreyesb@hotmail.com)

## **RESUMEN**

Este trabajo de investigación realizado en una parroquia rural del Ecuador( Santa Ana), encontró un nivel de desnutrición leve y moderada entre niños de 1 a 5 años, que estaba por debajo de las cifras nacionales, se planteó un nuevo modelo de intervención para tratar la desnutrición, basado en un régimen dietético mínimo de 1000Kcal/día, adicionando 100 Kcal. por año de edad (desde 1 a 5 años) aprovechando los productos disponibles en la comunidad , el aporte de complementos nutricionales y vitamínicos, los cambios en el estilo de vida del niño y la familia, la supervisión y tratamiento médicos periódicos, el involucramiento de la familia en el tratamiento y control de los niños, durante el año 2008.

Para su control se tomaron en cuenta las mediciones antropométricas más aconsejadas y el estado general del niño. Los resultados se presentaron en tablas y porcentajes.

Con la visión de medicina familiar que involucra al niño, su familia y la comunidad tanto en la asistencia alimentaria, controles médicos, modificaciones de conductas y aprovechamiento de fortalezas encontradas.

Se encuentra al final del estudio modificaciones valideras en cuanto a la recuperación del estado nutricional, así como deficiencias en cuanto al funcionamiento de la planificación, apoyo familiar y comunitario, realizando observaciones para estudios similares.

### **Palabras claves:**

Desnutrición infantil, medicina de familia, dieta sugerida, complemento alimentario, percentiles, resiliencia, funcionalidad.

### **ABSTRACT**

This research conducted in a rural parish of Ecuador (Santa Ana), found a level of mild and moderate malnutrition among children 1 to 5 years, which was below the national figures, there was a new model of intervention to treat malnutrition, based on a minimum diet 1000Kcal/día, adding 100 Kcal. per year of age (from 1 to 5 years) building on the products available in the community, the contribution of vitamin and nutritional supplements, changes in lifestyle of the child and family, monitoring and regular medical treatment, the involvement of family in treatment and control of children during 2008. For control were taken into account anthropometric measures most advisable and the general state of the child. The results are presented in tables and percentages. With the vision of family medicine that involves the child, his family and the community in food assistance, medical, behavioral modification and use of strengths found. At the end of the study as valid changes to the recovery of nutritional status, as well as deficiencies in the operation of planning, family and community support, making observations for similar studies. Keywords: Child malnutrition, family medicine, suggested diet, food supplements, percentiles, resilience, functionality.

## INTRODUCCION

Esta investigación tuvo por objetivo abordar la compleja problemática de la desnutrición infantil en un área rural (parroquia Santa Ana) del cantón Cuenca, con un enfoque nuevo de la medicina de familia basado en una atención integral hacia el niño y la ayuda o educación al grupo familiar o cuidadora para el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles (alimentos, dietas, cuidados generales, horarios de alimentación, atención médica, etc.) para mejorar las condiciones generales del niño(a) y contribuir a la superación del estado de desnutrición de esos niños.

Proponiendo un modelo diferente a lo tradicional curativo, demanda espontánea, asistencial implementado por el estado. Siguiendo recomendaciones y experiencias probadas internacionalmente.

Además con el apoyo e involucramiento de las familias en el tratamiento y seguimiento del niño(a) afecto, lograr cambios en los estilos de vida o modelos de convivencia familiar, que beneficien al niño, y todos los miembros de la familia, una inserción real, valedera y perdurable en la convivencia grupal con mejoramiento de sus anteriores condiciones de vida, costumbres y un mejor pronóstico para el desarrollo posterior de ese niño como ser integrante de una familia y una sociedad.

Este nuevo abordaje abarca una ambiciosa visión de cambio ya que no se centra en acciones beneficiosas pero aisladas como son atención del niño en controles médicos aislados, vacunación, asistencia de morbilidad de las patologías que presente el niño, ayuda alimenticia con los programas estatales de asistencia ( Mi Papilla, complejo B, hierro, vitamina A) consejería sobre alimentos. Sino que pretende conjugar estas acciones e integrarlas con una estructura donde el control y supervisión sean más frecuentes (por lo menos bimensuales) e involucren directamente a la madre o cuidador del niño(a) en la atención y tratamiento de la desnutrición de su hijo. Sea comprendida la problemática de la desnutrición infantil y sus consecuencias si no son tratados de manera integral todos los aspectos de dicha patología.

Lograr cambios en la concepción, abordaje, tratamiento, control y seguimiento con educación continua que involucre directamente a la familia (cuidadora) los que se aplicarán de manera supervisada y servirán para cambiar estilos de vida tradicionales en beneficio de los niños y la población en general de Santa Ana o de otras comunidades.

## **JUSTIFICACION**

Siendo la desnutrición infantil un problema mundial, con mayores repercusiones en los países subdesarrollados, particularmente en áreas rurales y pobres, con gran impacto de la salud, desarrollo y calidad de vida de los niños afectos el tratamiento tradicional se lo realizaba de manera aislada ya sea con la atención médica curativa asistencial, programas de ayuda en complementos alimenticios y vitaminas, con muy poco seguimiento de la evolución de los niños, sin realizar ninguna acción en la esfera de prevención, educación, promoción, ni tampoco involucrar a los cuidadores o padres en programas de asistencia y recuperación de sus hijos.

Estudios y experiencias en varios países sobretodo de Latinoamérica con una problemática similar, y nuevas investigaciones de organismos internacionales o mundiales presentan propuestas nuevas que sincronizan con la visión integral de la medicina de familia, por lo que se creyó conveniente realizar este estudio aplicando una metodología y programación diferente que involucre directamente a la familia, los prestadores de servicios, la comunidad en la educación, abordaje, planificación, tratamiento, seguimiento, replicación de resultados para lograr una estrategia práctica y valedera que pueda ser recomendada como un nuevo modelo de atención para la desnutrición infantil.

## **OBJETIVO GENERAL**

Mejorar el estado nutricional de los niños que presentan algún grado de desnutrición, hasta niveles de nutrición normal, con la aplicación de modelos dietéticos, suplementos alimenticios, atención médica periódica, educación y apoyo psicosocial familiar y comunitarios.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Lograr implementar un cambio en la concepción de desnutrición, estilo de vida de las familias con niños desnutridos. Para la detección, atención, e involucramiento en las acciones tendientes a superar la desnutrición de sus hijos.
2. Involucrar a los actores: niños, padres o cuidadores, médicos para encontrar las acciones más efectivas para la superación de la desnutrición en estos niños.

## **HIPOTESIS**

Los niños y niñas de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, pueden mejorar su estado nutricional hasta un nivel considerado como de peso normal, aplicando la dieta sugerida por el Dr. Camilo Roza, y el programa alimentario nutricional del Ministerio de Salud Pública del Ecuador PANN 2000, y el nuevo modelo de atención integral familiar en el período de enero- diciembre del año 2008.

## **METODOLOGIA**

De acuerdo a los datos de desnutrición de los niños comprendidos entre 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, se vio que promediaban un 8.33% por tanto sería a una muestra de estos niños los que participaron del estudio

Para la determinación del estado de desnutrición según recomendaciones un parámetro muy utilizado es la medición de los datos antropométricos básicos: peso y talla. Recolectados de manera mensual en fichas o formularios.

Las variables a medir son sexo, edad. Las variables dependientes como el grado de desnutrición, y las variables intervinientes como propiedad de vivienda, capacidad económica, nivel de escolaridad, hacinamiento, disponibilidad de luz eléctrica, agua potable, disposición de excretas, persona que atiende al niño, enfermedades persistentes, dieta administrada al niño, aplicación de conocimientos adquiridos tanto dietéticos como de cuidados serán recolectados en formulario general y presentados en cuadros o tablas.

Se seleccionó a los niños que presentaban algún grado de desnutrición leve o moderada, según valores referenciales con tablas del M.S.P.

Explicación a los padres sobre temática y objetivos del estudio

Presentación de modelos dietéticos basados en 1000 Kcal/día con aprovechamiento de productos propios de la zona

Explicación de los beneficios del complemento alimenticio MI PAPILLA distribuido por el M.S.P. y su compromiso para la implementación en la dieta diaria

Consejería en aspectos de prevención, atención, cuidado y seguimiento del estado general del niño, cuidados de su salud, atención y curación de sus enfermedades

Comprometer a implementar cambios en el estilo de vida familiar y de atención de salud en beneficio de los niños desnutridos y su familia

Controles de seguimiento mensual o bimensual a los niños y sus familias, con toma de datos antropométricos, supervisión dietética y asistencial.

Tratamiento de enfermedades encontradas en los controles médicos

Charlas motivacionales y explicativas para los cuidadores o padres de los niños

Autorización verbal o escrita para su incorporación al estudio

Elaboración de formularios para la recolección de datos

Registro de datos en historias clínicas, fichas familiares y formularios

Búsqueda de ayuda asistencial en insumos, medicación, compromiso de mantención del equipo médico y de promotoras de salud en distintas organizaciones afines con la salud en la parroquia santa Ana para un correcto funcionamiento de lo programado

Elaboración de tablas con los datos obtenidos

Ingreso de datos al sistema EPI INFO versión 2008

Recopilación, análisis, y presentación de los datos obtenidos

Elaboración de informes preliminares y definitivos del estudio

Discusión, conclusiones y recomendaciones.

Presentación final de la investigación.

## **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Serán excluidos del estudio aquellos niños que no tengan un mínimo de siete controles médicos.

## **TIPO DE ESTUDIO**

Es un tipo de estudio descriptivo a lo largo del año 2008. Con investigación acción en sus desarrollo.

## **TAMAÑO DE LA MUESTRA**

Es una muestra propositiva en la que se tomó como referente el número total de niños de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana en la línea de base del 2008. Según datos de médicos de CINTERANDES. El total sumaba 500 niños.

De estos presentaban algún grado de desnutrición un 8.3 % que daban un aproximado de 40 niños.

Siendo seleccionados un total inicial de 40 niños desnutridos.

Según criterios de exclusión fueron separados por distintos motivos 7 niños. Quedando el total de la población de estudio en 33 niños con los que se realiza el programa y los análisis correspondientes.

Creemos que los datos obtenidos son representativos de niños que viven en condiciones generales similares a los estudiados y sus conclusiones podrían ser aplicables en universos semejantes.

## CARACTERISTICAS GENERALES DE LA DESNUTRICION

Abordar el problema de la desnutrición requiere una visión global ya que abarca el problema médico, de crecimiento y desarrollo, las interacciones familiares, comunitarias, el aspecto bio-psico-social, todas ellas importantes para la vida del niño y en donde una alteración o retardo traerá graves repercusiones para el individuo, la familia y la sociedad. Requiriendo por tanto su abordaje y tratamiento iguales consideraciones.

La desnutrición no se lo define con un solo criterio, pero intentaremos englobar varios conceptos para abarcar este complejo síndrome.

“Desnutrición es un proceso patológico, inespecífico, sistémico, potencialmente reversible que puede presentar diversos grados de intensidad, y que adopta diversas manifestaciones clínicas dependiendo de factores tanto ecológicos como individuales”<sup>1</sup>(Chiriboga et. al 1984).<sup>1</sup>

Siempre será consecuencia de alimentación inadecuada o absorción defectuosa de alimentos, ciertos hábitos dietéticos, factores emocionales, disposición de alimentos, costumbres y hábitos alimenticios.

Según su etiología:

Primaria; aporte inadecuado de nutrientes esenciales .1 o Inadecuada ingesta de alimentos en cantidad y calidad.<sup>2</sup>

Secundaria; El aporte de nutrientes es adecuado, existen condiciones que impiden o dificultan el aprovechamiento de alimentos, por alteración en la ingestión, dificultad en la absorción, aumento en la utilización o eliminación, aumento en los requerimientos, etc.  
1. También como resultado de otras enfermedades. 2

Mixta; al aporte inadecuado de nutrientes esenciales, se asocia otras causas que la agravan  
1.2.

“Según su gravedad:

Leve, pérdidas estimadas 10 al 24 % del peso estimado total de acuerdo a su edad

Moderada; pérdida entre el 25 al 39 % del peso estimado total de acuerdo a su edad

Severa; pérdida de peso < 40% del peso estimado total de acuerdo a su edad” 1, 4.

Desnutrición Leve: Agudas peso para la talla (P/T) 80-89 % de niños. Crónicas talla para la edad (T/E) 90 a 95 % de niños

Desnutrición Moderada: Aguda (P/T) 70 al 79 % de niños. Crónica (T/E) 85 a 89 % de niños

Desnutrición Severa: Aguda (P/T) 70 % de niños. Crónica (P/E) el 85 % de niños

La Desnutrición Severa abarca los tres tipos de desnutrición Marasmo, Kwashiorkor, y la marasmo –Kwashiorkor.

Desnutrición Marasmática, se produce por deficiencia de calorías (nutrientes: proteínas, hidratos de carbono, grasas), predomina la emaciación, atrofia muscular, disminución del panículo adiposo. 1 Hay detención en el crecimiento ponderal (peso/talla) mas frecuente en lactantes.

Desnutrición Kwashiorkor, carencia prolongada de proteínas de alto valor biológico.1.alteraciones en la absorción de nutrientes. Una manifestación común es el edema blando (abdomen, extremidades inferiores)3. Se acompaña de enfermedades carenciales, retardo en crecimiento (talla/ edad). Más común en niños preescolares.

Desnutrición Mixta, forma de transición entre la atrófica y la edematosa, emaciación de cara, tronco y extremidades, con edema incipiente pretibial y dorso de pies. Mas frecuente en el lactante mayor y el preescolar de corta edad.1

De todas estos tipos de desnutrición la más común es la proteico-calórica o mixta.

“Desnutrición proteico-calórica, estado clínico patológico presente cuando una dieta no es capaz de satisfacer las necesidades de proteínas, energía o ambas, con amplias manifestaciones clínicas por déficit proteico-energético, severidad y duración de ella, edad del paciente, asociación con otras enfermedades nutritivas o infecciosas” 2

“En todo tipo de desnutrición se altera el metabolismo de las proteínas (pérdida metabólicas del nitrógeno corporal), disminución de masa corporal (tejido muscular) disminución de la síntesis de aminoácidos (valina, cistina, leucina, isoleucina). Hipoglucemia, disminución de sodio, potasio, calcio, magnesio, etc. Si aumenta a grado II o III la disproteinemia es constante, hipoalbuminemia, disminución de globulinas, modificaciones en la distribución del volumen de agua corporal (solutos intra y extracelulares). Afectando en mayor o menor grado a todas las células, tejidos, órganos, aparatos y sistemas, y las funciones orgánicas” 1

Signos Universales de desnutrición son la disminución en el incremento normal de crecimiento (disminución de peso corporal y talla) y desarrollo. Variaciones entre peso, talla y edad.

Signos Circunstanciales; como factores individuales, antecedentes neonatales, natales y postnatales, signos físicos, antecedentes madre y familia, alimentación, dietas, inmunizaciones, raza. Facilitan el diagnóstico, no modifican el pronóstico y son de poca ayuda en el tratamiento, son signos de cronicidad del proceso.

Signos agregados, son procesos patológicos (infecciones, carencias, distorsión emocional en niño, madre o familia, etc.) que agravan el problema y modifican el pronóstico y tratamiento

“La desnutrición crónica presenta una serie de condiciones adversas como alteraciones inmunitarias, patologías, retardo en la maduración y funciones cognitivas, incrementando la morbilidad y mortalidad” .10

Desnutrición primaria: es el síndrome clínico debido a un balance negativo de nutrientes por carencia alimenticia, fundamentalmente acompañada por carencia de estimulación neuropsicoafectiva y que afecta a lactantes y a niños de estratos sociales con graves carencias socio-económicas-culturales.

La desnutrición se manifiesta por pérdida y/o falta de progreso de peso, con peso inferior a lo normal y finalmente consumo de las propias reservas grasas y autofagia proteínica. Es una regla sin excepción que la desnutrición afecta principalmente al niño menor de 6 años por su rápido crecimiento, ya que tiene requerimientos nutritivos que son más elevados, específicos y difíciles de satisfacer. Por otra parte, ellos dependen de terceras personas para su alimentación, las que a veces no tienen los recursos necesarios. 9

Según esta breve revisión de las causas y grados de desnutrición, al ser comparados con la realidad de nuestros niños de esta zona rural encontramos que un alto porcentaje de ellos presentan factores que predisponen para un desarrollo anormal, ya sea por factores agravantes en el período prenatal (madre y niño) perinatales (lugar de parto y atención profesional o no) y postnatales ( lactancia materna entre 6 a 8 meses) disposición de alimentos, inicio de dieta a edades más tempranas sin la suficiente supervisión o conocimiento de dietas o valores nutritivos de los alimentos utilizados, enfermedades propia de la infancia ( EDA, IRA, parasitismo, infecciones oportunistas, recurrentes, etc.) alteraciones inmunitarias, carencia afectiva o falta de estimulación, que llevan a presentar cifras altas de desnutrición (26%) siendo la más frecuente la mixta por carencia proteico-calórica, alteración en el metabolismo y enfermedades de los niños.

## **DESNUTRICION PROBLEMA MUNDIAL**

De los estudios revisados se puede concluir que el problema de la desnutrición es global, siendo actualmente un problema de salud pública sobretodo en los países subdesarrollados (tercer mundo). Cerca de 480 millones de personas (10.8% población mundial) presentan desnutrición, y cerca de 2.000 millones en subnutrición. En Latinoamérica hay 8.8 millones, el 49,4 % de niños son desnutridos. 4 además de presentar índices elevados de enfermedad y muerte.

“La malnutrición es un problema en el 60% del mundo, es causa de la muerte anual de 10.9 millones de niños menores a 5 años.

La Organización Panamericana de la Salud estima que todos los años aproximadamente medio millón de niños y niñas mueren antes de alcanzar los cinco años de edad. Se estima

que aproximadamente el 27% de estas muertes se debe a enfermedades infecciosas y a trastornos nutricionales, lo que representa más de 150.000 defunciones anuales de menores de cinco años en todo el continente americano.

Entre estas enfermedades, las enfermedades respiratorias, y principalmente la neumonía, y las enfermedades diarreicas, son las causas principales de mortalidad.

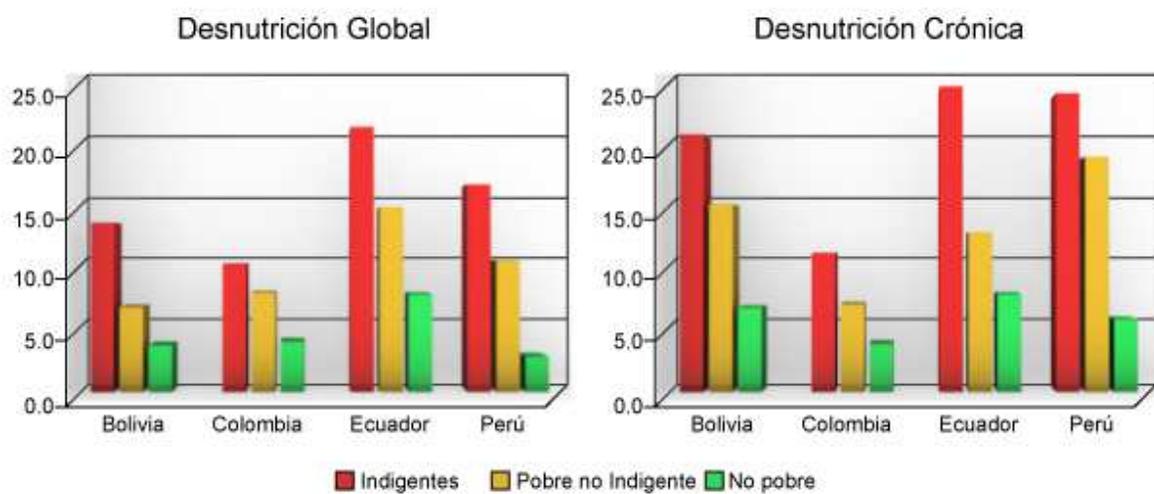
La información disponible sobre enfermedades durante los primeros cinco años de vida también muestran que las enfermedades infecciosas y los trastornos nutricionales continúan siendo la principal razón para la pérdida de la condición de salud, y por esta razón resultan determinantes en cuanto a las posibilidades de crecimiento y desarrollo saludables de los niños y niñas desde que nacen y hasta los cinco años de edad

Desnutrición no es sinónimo de falta de comida solamente. Es producto del cúmulo de circunstancias adversas que rodean la vida del niño. En la crisis actual, con tan alta tasa de desocupación, pobreza extrema y violencia social y familiar, el estrés que sufren los damnificados es enorme y repercute dramáticamente sobre los niños. Progenitores que abandonan a sus familias, madres que deben dejar a sus hijos solos cuando salen a trabajar, imposibilidad de llevarlos a la consulta médica cuando enferman para no faltar al trabajo o por no tener dinero para viajar ni para adquirir medicamentos mínimos; todos estos son factores que pueden conducir a la desnutrición. De allí que sea casi tan importante como obtener alimentos, el desarrollar redes de apoyo social que ayuden a familias en situaciones especialmente críticas. (12). 35

La salud de la madre y el niño están íntimamente ligadas y se afectan mutuamente.

No practicar la lactancia natural, especialmente hasta el primer año de vida, es factor riesgo importante, para la morbi-mortalidad del niño, que se agrava aún más por la alimentación complementaria inadecuada. Las repercusiones duran toda la vida, como son los malos resultados escolares, productibilidad reducida y dificultades de desarrollo intelectual y social".17

**BOLIVIA, COLOMBIA, ECUADOR Y PERÚ: INCIDENCIA DE LA DESNUTRICIÓN EN MENORES DE CINCO AÑOS SEGÚN CONDICIÓN DE POBREZA. Alrededor de 1999**



*Fuente: Rodrigo Martínez. Hambre, desnutrición y políticas públicas. Hacia la Erradicación de la Desnutrición Infantil en el Ecuador: Foro Técnico Nacional; 2008. (19).*

## **DESNUTRICION EN EL ECUADOR**

Los datos presentados aquí son del SEICAN están publicados en el libro Insuficiencia Nutricional en Ecuador. Causas consecuencias y soluciones. 18

En nuestro país el total estimado de población es 13' 605.485 habitantes.

Natalidad proyectada 22.29 nacimientos/1.000 habitantes (estimado 2006; fuente Indexmundi)

Fecundidad: 2.68 infantes nacidos/mujer (estimado 2006; fuente Indexmundi)

Niños menores a 1 año 287.082, niños de 1 a 4 años 1'151.543

En Ecuador los pobres son el 38.28% y en extrema pobreza el 12.8 % de la población total.

Salario mínimo referencial 160 USD (a junio 2006; Banco Central del Ecuador)

Inflación anual 3.11% (a mayo 2006; B.C.E.)

Desempleo 10.09% - Subempleo 49.65 % 8 a mayo 2006; BCE)

Pobreza por necesidades básicas insatisfechas (NBI) 61.26 % de la población

Extrema pobreza por NBI 31.95% de la población

Personas que habitan viviendas con características físicas inadecuadas 18.28%

Personas que habitan viviendas con servicios inadecuados 46.09%

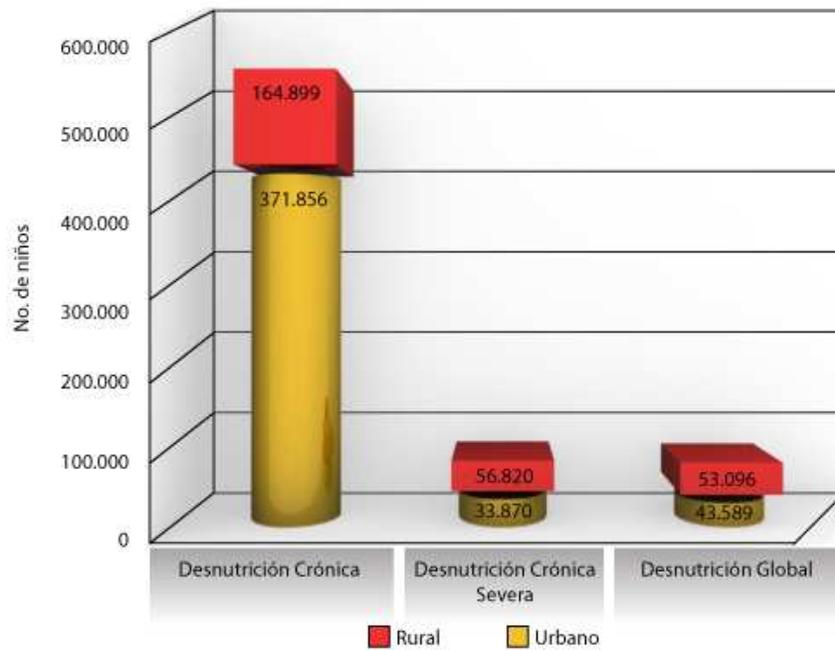
“Los niños con desnutrición crónica (T/E) menores a cinco años son 371.856, el 26% del total. Unos 90.000 tienen desnutrición grave.

20% presentan desnutrición crónica (D.C.) 90.692 niños, el 28,9 % desnutrición crónica grave (D.C.G.) 6.35 % desnutrición extrema.

De estos niños el 60% de D.C y el 71% de D.C.G. habitan en áreas rurales. Población rural 45% del total del Ecuador.

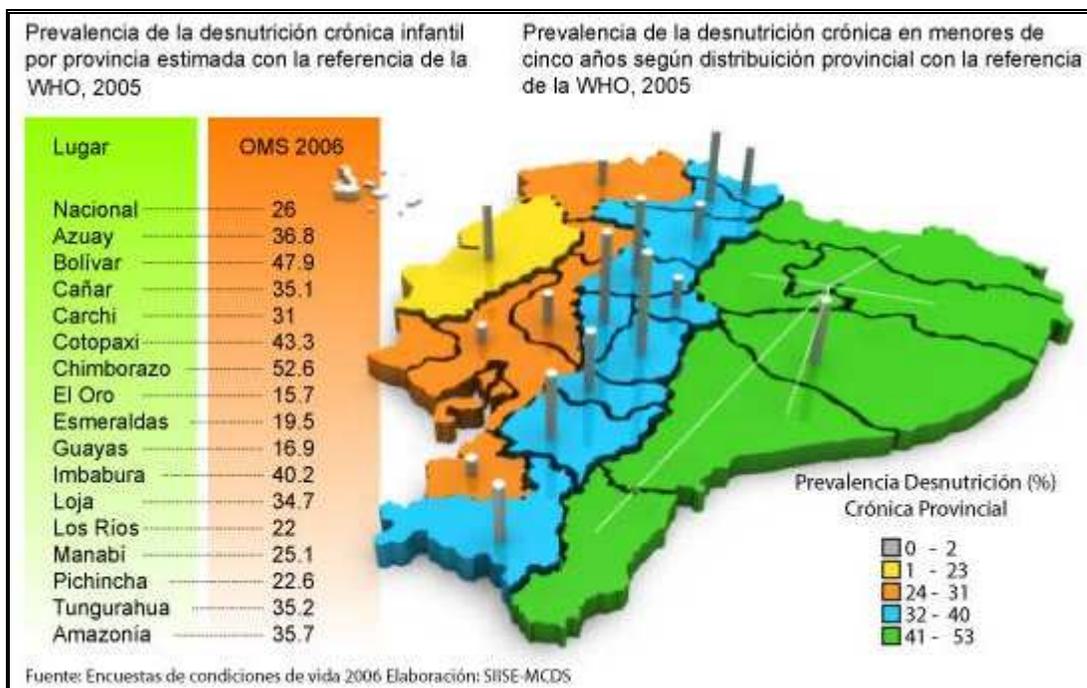
También se da una concentración muy elevada en las áreas de la Sierra, que tiene el 60 % de los niños con desnutrición crónica y el 63 % con desnutrición crónica extrema.

## Prevalencia de la Desnutrición Crónica Infantil en Ecuador



Fuente: Rodrigo Martínez. *Hambre, desnutrición y políticas públicas. Hacia la Erradicación de la Desnutrición Infantil en el Ecuador: Foro Técnico Nacional; 2008.* ( 19).

## Prevalencia de la Desnutrición Crónica Infantil por Provincia



La probabilidad de que los niños y niñas en extrema pobreza sufran desnutrición es significativamente superior al promedio. La incidencia de insuficiencia ponderal es entre 40% y 130% más alta, el déficit de talla lo es entre 50% y 90%. 19

71% provienen de hogares pobres (27% D.C. Y 8.1% D.C.G.) , de hogares no pobres hay (16.5% D.C. Y 2.8% D.C.G.).

En cuanto niños desnutridos según el sexo presentan 24% de niños y 21% niñas.

La talla de la mujer ecuatoriana (factor riesgo de niños desnutridos) en promedio es < 1.45 cm, con un 40.4 % de sobrepeso y 14.6 % de obesidad en mujeres en edad reproductiva.

“En el Ecuador, la prevalencia de la desnutrición crónica aumenta con la edad del niño, el 3% de desnutridos crónicos son < a 5 meses, el 10% tiene entre 6 a 11 meses, el 28% entre 12 a 23 meses” (SEICAN) 18

El 22% niños < cinco años sufren déficit de hierro (84% <1 año, 76% entre 1a 2 años) Freile. Et. al 1998. Otros datos revelan anemia en niños < 1 año 65 %, de 1 a 2 años 75.2 %, de 2 a 3 años 66.5%, de 3 a 4 años 57.7% de 4 a 5 años 45.9%. José Madero C. 1997.6

14% < a 5 años tienen déficit de vitamina A. Freile. et. al. 1998

Siendo el tipo de desnutrición crónica, proteico-calórica (primaria) la más común con un 95% de niños, presentan un marcado retraso en el crecimiento y desarrollo. La desnutrición secundaria consecuencia de enfermedad primaria y déficit energético- es solo el 5%.

Afecta mas a las clases sociales bajas (concentraciones urbano marginales) y la población dispersa del campo (el niño campesino tiene de 1.5 a 3.7 más posibilidades de desnutrición global que el ciudadano) y el indígena 4 veces más que los mestizos. es más común la desnutrición en la Sierra que en la costa.

“En el año 1999, según datos oficiales 8 de cada 10 niños < 5 años, habían lactado por lo menos hasta los 6 meses de edad.

La prevalencia de desnutrición global (< 2 desviaciones estándar) era 14 %, campo (17%)

La prevalencia de desnutrición global severa era del 1.9%

Prevalencia de desnutrición crónica (T/E ) con < 2 d.s.) era 27%, 38% en el campo

Prevalencia de desnutrición crónica de moderada a severa (< 3 d.s.) 2.71%

Prevalencia de desnutrición crónico-severa era 7.9% “.6

“en niños < 3 años es más crítico el impacto, afecta a todo el ciclo de vida, en esta etapa de desarrollan las bases fundamentales de las características físicas, cognitivas y psicológicas que se consolidan en etapas sucesivas del desarrollo”. 5.18

En el 2004 la tasa de mortalidad infantil fue 21.8% por 1000 nacidos vivos. La tasa de mortalidad infantil es una muestra de las condiciones y calidad de vida a la que está expuesta una población, a su capacidad de acceso a los distintos servicios y a los medios necesarios para satisfacer sus necesidades mínimas de vida. Los que se asocian directamente a condiciones de cuidado infantil, niveles de nutrición, vacunación, prevención y/o tratamiento de procesos prevalentes como infecciones respiratorias y digestivas agudas.” .5.18

## DESNUTRICION EN LA PARROQUIA SANTA ANA

La parroquia Santa Ana está situada a 20 Km al noreste de la ciudad de Cuenca, en la república del Ecuador, ubicada en la zona interandina. Con una superficie de 47.37 Km cuadrados.

Los datos presentados son recopilados de la información de las fichas familiares anuales elaboradas por los médicos de la Fundación CINTERANDES que trabajan en la parroquia Santa Ana en el programa Medicina Familiar Comunitaria, en convenio con la Junta Parroquial desde Septiembre del 2001 hasta la actualidad. Los datos son presentados e informados a la Jefatura Provincial de Salud del Azuay.

Para la clasificación del estado nutricional se midieron los datos antropométricos de los niños según recomendaciones del Ministerio de Salud Pública (MSP) y se evaluaron los resultados aplicando las tablas de peso, talla, perímetro cefálico (desarrollo y crecimiento) aprobadas por el MSP.

### DISTRIBUCION DE LA POBLACION DE SANTA ANA POR GRUPOS ETAREOS AÑO 2008

GRUPO ETAREO	SEXO	ZONA 1	ZONA 2	ZONA 3	ZONA 4	TOTAL
Nº FAMILIAS		421	211	248	265	1145
Nº HABITANTES		1700	900	1367	1153	5120
HOMBRES(TOTAL)		792	431	646	521	2390
MUJERES(TOTAL)		908	469	721	632	2730
NIÑOS	H	13	7	9	13	42
< 1 AÑO	M	14	5	11	11	41
NIÓS DE	H	70	44	57	54	225
1 A 4 AÑOS	M	85	43	75	72	275
NIÑOS DE	H	173	121	209	155	658
5 A 14 AÑOS	M	186	112	213	163	674
JOVENES DE	H	41	46	51	40	178
15 A 17 AÑOS	M	40	48	43	52	183
ADULTOS DE	H	344	154	237	178	913
18 A 44 AÑOS	M	343	179	259	233	1014
ADULTOS DE	H	86	35	50	52	223
45 A 64 AÑOS	M	141	45	87	58	331
ADULTO MAYOR	H	65	24	33	29	151
> 65 AÑOS	M	9	37	33	37	206
M. EDAD FERTIL		358	204	301	280	1143
EMBARAZADAS		17	3	8	6	34

Fuente: fichas familiares CINTERANDES 2008

## ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS MENORES A 1 AÑO DE SANTA ANA

	LINEA DE BASE 2001			LINEA DE BASE 2006		
VARIABLE	POBLACION	CONTROLES		POBLACION	CONTROLES	
		N°	%		N°	%
NORMAL	95	49	51.57	81	61	75.30
RIESGO DESNUTRICION	95	34	35.78	81	3	3.70
DESNUTRICION LEVE	95	8	8.42	81	1	1.23
DESNUTRICION MODERADA	95	4	4.21	81	0	0.00

Fuente: fichas familiares CINTERANDES .7

## ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS DE SANTA ANA

	LINEA DE BASE 2001			LINEA DE BASE 2006		
VARIABLE	POBLACION	CONTROLES		POBLACION	CONTROLES	
		N°	%		N°	%
NORMAL	418	107	25.59	432	365	84.49
RIESGO DESNUTRICION	418	179	42.82	432	31	7.17
DESNUTRICION LEVE	418	102	24.40	432	35	8.10
DESNUTRICION MODERADA	418	30	7.17	432	1	0.23

Fuente: fichas familiares CINTERANDES .7

La atención de la salud en la parroquia Santa Ana, seguía este modelo, hasta que en Octubre del 2001 por un convenio entre la Junta Parroquial y la Fundación CINTERANDES de Cuenca se inicia el programa de Medicina Comunitaria con la atención integral de la familia, y en especial a los grupos más vulnerables como son los niños menores a 5 años, las embarazadas, los ancianos y enfermos crónicos. Con cambios evidentes en el modelo de atención (global, no solo curativa, sino preventiva, educacional, asistencial y con seguimiento de las acciones y logros) sin embargo al estar inmersos en la política general estatal y funcionar conjuntamente con dependencias estatales Jefatura Provincial de Salud del Azuay y sus planes y programas, la integralidad se ve mermada no reflejando el avance logrado en salud hasta la fecha.

Es importante recalcar la disminución de los índices de desnutrición infantil, (valoración, control bimensual, asistencia médica de enfermedad , consejería en selección de alimentos,

cuidados médicos-nutricionales, educación) pero sin embargo no hay un involucramiento efectivo y comprometido de las madres o cuidadoras para el seguimiento estricto de estas recomendaciones, y muchas veces las acciones son aisladas o de corta duración sin repercutir en el mejoramiento sobretodo de los casos crónicos de desnutrición.

Tampoco hay apoyo efectivo de autoridades provinciales o locales para el fortalecimiento o implementación de programas como educación materna, asistencia a guarderías comedores, o proyectos de ayuda comunitaria para el cuidado de los niños. Siendo este un gran campo de acción donde trabajar para con planes específicos mejorar la atención integral de los niños y disminuir el grado de desnutrición entre los niños de la parroquia.

### **IMPORTANCIA DEL PROBLEMA (DESNUTRICION)**

Una visión global de las cifras presentadas nos revelan la gravedad del problema en especial en nuestra América Latina y Ecuador siendo considerada actualmente la desnutrición un problema de Salud Pública y enfrentado desde múltiples perspectivas con apoyo de organismos mundiales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) Organización Panamericana de la Salud (OPS) Banco Mundial (BM) UNICEF, Programa Mundial de Alimentos (FAO) etc. Para delinear planes y programas que se implementen a corto y mediano plazo a fin de disminuir la desnutrición.

“Más del 50% de muertes de menores de 5 años están asociadas directa o indirectamente a la desnutrición y el 25 a30% a la enfermedad diarreica y las infecciones respiratorias agudas (Cameron I – Hofvander).

“La Convención Internacional sobre derechos del niño fue adoptada en la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1982. Cada estado suscriptor es responsable por acciones respecto a sus niños, como crecer y desarrollarse en condiciones óptimas de salud física y mental”. 10 Ecuador es uno de los países firmantes de esta resolución.

*La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)* es una estrategia elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), que fue presentada en 1996 como la principal estrategia para mejorar la salud en la niñez. Enfoca la atención de los menores de cinco años en su estado de salud más que en las enfermedades que ocasionalmente pueden afectarlos.

La AIEPI es una estrategia que integra todas las medidas disponibles para la prevención de enfermedades y problemas de salud durante la niñez, para su detección precoz y tratamiento efectivo, y para la promoción de hábitos de vida saludables en la familia y la comunidad.

AIEPI puede ser aplicada tanto por el personal de salud como por otras personas que tienen a su cargo el cuidado y atención de niños y niñas menores de cinco años, entre ellos, los padres.

Sobre esta base, la AIEPI es considerada en la actualidad como la estrategia más eficiente para reducir la carga de enfermedad y discapacidad en la población, y contribuir a un crecimiento y desarrollo saludables durante los primeros cinco años de vida.

La Organización Panamericana de la Salud estima que todos los años aproximadamente medio millón de niños y niñas mueren antes de alcanzar los cinco años de edad. Se estima que aproximadamente el 27% de estas muertes se debe a enfermedades infecciosas y a trastornos nutricionales, lo que representa más de 150.000 defunciones anuales de menores de cinco años en todo el continente americano. Entre estas enfermedades, las enfermedades respiratorias, y principalmente la neumonía, y las enfermedades diarreicas, son las causas principales de mortalidad.

La información disponible sobre enfermedades durante los primeros cinco años de vida también muestra que las enfermedades infecciosas y los trastornos nutricionales continúan siendo la principal razón para la pérdida de la condición de salud, y por esta razón resultan determinantes en cuanto a las posibilidades de crecimiento y desarrollo saludables de los niños.

## **ANTROPOLOGIA Y ALIMENTACION**

Una revisión histórica sobre el valor de la comida, alimentos y nutrición podría ayudar a comprender las preferencias, dietas o modelos alimenticios y su impacto en la familia y la sociedad.

“Marvin Harris, 1989 polemiza los hábitos alimenticios como producto de la casualidad, creencias religiosas, o valores arbitrarios. El hombre elige sus alimentos a partir de una relación de costos y beneficios prácticos más favorables que presentan los alimentos; relación fundada en primera instancia en las ventajas nutricionales (energía, proteínas, vitaminas y minerales) que brindan los alimentos para el mantenimiento de una vida saludable. Esta relación, tal como él la presenta, está generalmente modificada o alterada por razones ecológicas.”<sup>10</sup>

El uso de alimentos y dietas en el Ecuador, si tiene un valor antropológico mágico y un determinado rol (maíz, chicha, cuy, patata, peces, etc.) además de reforzar los sentimientos de identidad y solidaridad familiar o étnica. Horarios, actividades, formas de preparación, creencias y experiencias, hospitalidad, status social y alimenticio son importantes para comprender la cultura alimenticia de cada región.

La dieta autóctona prehispánica limitada a carnes: llama, cuy, peces, patatas, mellocos, camote, maíz, quinua, chochos, frutas como capulí, sufre un gran cambio con la

introducción española de nuevos alimentos, trigo, cebada, zanahoria, vegetales, manzanas, peras, ganado vacuno, ovejas, y sobretodo caña de azúcar, sal y diversas maneras de preparación de alimentos, afectándola salud y status de la población en ricos y saludables frente a la mayoría pobre y mal alimentada. Modelo que con pocos cambios se mantiene hasta hoy (el que más tiene, come mejor).

Posteriormente con el avance científico y descubrimientos en bioquímica y otras ciencias se empezó a ver la alimentación y los nutrientes como un todo del mecanismo humano, que podía ser modificado, cambiado, etc. para mejorar su rendimiento.

“La concepción del recurso nutricional se cristalizó en su propio discurso, se dejó de nombrar el cuerpo, y su alimento, se comenzó a hablar de la máquina y su combustible, de los gastos energéticos y del valor calórico de los nutrientes. La comida se transformó en una dieta o ingesta y se hicieron esfuerzos para universalizarla y cuantificarla (Garrote N.; 1987).

La adecuación de la dieta comenzó a ser evaluada de acuerdo a los requerimientos del metabolismo basal, la acción dinámica específica y el trabajo y convertida en raciones calóricas determinadas mediante tablas patrones (Martone, F. 1972). “10

El uso o consumo de determinado alimento está en relación a su aceptación cultural, individual (bueno-malo, agradable-desagradable) y bajo el influjo cambiante de la moda, “a veces estas creencias son más fuertes que el hambre, al extremo que pueden inhibirla” Tribuna Médica 1978. Impidiendo una correcta alimentación, con problemas carenciales, nutrientes, vitaminas, minerales, etc. siendo casi siempre las víctimas las personas en los extremos de la vida (niños y ancianos) “El comportamiento alimentario está al servicio de una triple exigencia: energética, cultural, y hedonística”. Tribuna Médica 1978.

El complejo fenómeno de la alimentación quedó reducido al concepto médico-biológico de nutrición. Lo alimentario se organizó bajo el eje nutrición/malnutrición desarrollándose los conocimientos acerca de una multiplicidad de patologías relacionadas con el déficit de nutrientes (Meneguello, J.; 1988). De las producidas por carencias, la desnutrición proteico calórica se constituyó, en el campo alimentario, en un enigma relevante. (Kuhn, 1. 1985)

La incumplida "profecía" de Malthus (Harris, M., 1996:152) y la resolución de la crisis de los años 30 después de la segunda guerra mundial, con la "revolución verde", marcan de alguna manera la entrada de los economistas y los demógrafos al campo alimentario reforzando junto al concepto de enfermedad, el de la escasez (Moore Lappé, F. y Collins, J. 1982).<sup>10</sup>

La historia ha mostrado que el increíble aumento de la productividad alimentaria a nivel mundial ha sido acompañado de la falta de alimentos en vastas regiones del planeta; que persisten y aumentan las enfermedades debido a la malnutrición pese al avance inusitado del conocimiento y la tecnología médicos (c.fr. Moore Lappe, F. y Collins, J. 1982). La

desigualdad en la distribución de alimentos es notoria entre los países desarrollados y los subdesarrollados.

“La vulnerabilidad alimenticia es la probabilidad de que se produzca disminución aguda del acceso a los alimentos. O a su consumo, en relación con un valor crítico que define niveles mínimos de bienestar humano” Vulnerabilidad nutricional es aprovechamiento biológico de los alimentos condicionado por factores como calidad de la dieta, salud individual. Programa Mundial de alimentos (FAO).

McKeown acerca de los orígenes de las enfermedades humanas se orienta en ese sentido, revelando el papel que tuvo el mejoramiento de las condiciones de vida, y dentro de ellas la mejora de la nutrición, para explicar el descenso de las enfermedades infecciosas (1990) restringiendo de hecho el papel de la intervención médica (1982).

La consolidación de estas prácticas prescriptivas, centradas en el conocimiento médico y/o nutricional provocó un desinterés por la diversidad de las normativas dietéticas y apuntaron a su aceptación por parte de las poblaciones atendidas. De allí que la aceptación y correcta aplicación de las recomendaciones se haya transformado en el problema prioritario del campo nutricional.

Acercas de esta cuestión, interesa recordar a Mead M., cuando sostenía: "... en la ciencia de la alimentación y la nutrición los hechos han parecido excesivamente simples: se trataría de obtener cantidades suficientemente grandes de los alimentos adecuados, distribuidos entre la población que los necesita, enseñarles a dejar de comer los alimentos dañinos y comenzar a comer los beneficiosos. Llenar la brecha entre los métodos tradicionales y no planificados por los cuales las sociedades humanas se alimentaron y las formas de producción de alimentos, distribución y consumo que reflejaría el presente conocimiento técnico sobre el alimento y la nutrición, ha sido simplemente juzgado como un cambio de la forma "errónea, esto es precientífica de hacerlas cosas, al modo "correcto" o por lo general aceptado y científico de efectuarlas" (1971: 98).

La crisis de eficacia y costos, los cambios del perfil epidemiológico, las nuevas concepciones de la medicina social, la interdisciplina y la postulación de la Atención Primaria de la Salud (APS) como única opción viable de principio del milenio, ha reabierto la necesaria participación de la antropología en las problemáticas alimentarias.

En este sentido considero necesario construir un espacio de reflexión que problematice la alimentación y la nutrición como "núcleos claves de la vida social"... "definiendo su carácter social como globalidad" reconociendo... "las especificidades entre procesos "psicológicos" y "biológicos"... "los procesos de construcción social" y "los procesos socioeconómicos y políticas histórico-concretos"; que considere "las relaciones de poder", las disputas en el campo y el análisis de nuestra propia práctica; que prevea "niveles de intervención de los sujetos de estudio" y consolide nuestras producciones desde lo macro y lo micro, lo cualitativo y cuantitativo, etc. (Grinberg, M., 1995: 40-47).



## COMO DIAGNOSTICAR AL NIÑO DESNUTRIDO

De la amplísima bibliografía al respecto se puede resumir que siempre van a existir parámetros base como son una historia clínica completa con registro de antecedentes prenatales de la madre, antecedentes de embarazo, parto, postparto, peso, talla y características neonatales, inmunización, enfermedades y desarrollo del niño, tratamientos recibidos, cuidados, alimentación (lactancia, dietas, alimentación complementaria) antropometría y cuidados o seguimiento médico, relaciones intrafamiliares y evolución psicosocial del niño. Los indicadores directos e indirectos.

“Si se trata de ejercer una acción comunitaria, la toma de decisiones se toma en base a la situación epidemiológica local y la disponibilidad de recursos”. 2

“Cuando se desee identificar individuos con un estado nutricional más eficiente, dentro de una población en un momento dado el Peso sobre la talla (P/T) es más aconsejable. Pero no así cuando se pretende valorar cambios en el estado nutricional de una población a través del tiempo, o conocer diferencias regionales en el estado nutricional dentro de un país. En este caso es de mayor valor utilizar el índice Peso sobre Edad (P/E). “8

“Siendo todos los factores importantes 4 características son básicas

1-Anamnesis (madre y niño)

2-Examen clínico, exámenes de laboratorio, pruebas bioquímicas, biometrías, ex. Heces,

3- Antropometría

4- Factores de riesgo: orgánicos, psicoafectivos, socioeconómicos, culturales.

Se llega al diagnóstico precoz de desnutrición, por los controles periódicos, programados de salud, curva de peso en descenso y/o debajo del percentil 5 con antecedentes de carencia en la alimentación “9

“Si un niño tiene un problema de crecimiento o si presenta una tendencia que puede llevarlo a un problema de crecimiento, el trabajador de salud debe hablar con la madre y otro cuidador(a)<sup>3</sup> para determinar las causas. Es extremadamente importante tomar acción para abordar las causas del crecimiento inadecuado. Las acciones de evaluación de crecimiento que no están apoyadas por programas de respuesta apropiada no son efectivas en el mejoramiento de la salud del niño.”.13

Los estándares pueden ser aplicados en todo el mundo, pues los niños de todas partes crecen con patrones similares cuando llenan sus necesidades de salud, nutrición y cuidados.

“Los beneficios adicionales de los nuevos estándares OMS de crecimiento incluyen lo siguiente:

Los nuevos estándares presentan a los lactantes amamantados como modelo de crecimiento y desarrollo normal. Como resultado se fortalecerán las políticas de salud y el apoyo público para la lactancia materna.

Facilitarán la identificación de niños con retardo del crecimiento y aquellos con sobrepeso/obesidad.

Nuevos estándares como el IMC (Índice de masa corporal) serán útiles para medir la creciente epidemia mundial de obesidad.

Las curvas muestran patrones uniformes de la velocidad del crecimiento esperado en el tiempo, lo cual permite a los trabajadores de salud identificar tempranamente niños en riesgo de caer en desnutrición o sobrepeso, en lugar de esperar hasta que el problema ocurra.

Las curvas muestran patrones uniformes de la velocidad del crecimiento esperado en el tiempo, lo cual permite a los trabajadores de salud identificar tempranamente niños en riesgo de caer en desnutrición o sobrepeso, en lugar de esperar hasta que el problema ocurra. “.14

Siendo estos aportes muy valiosos para este estudio todavía se tomará como referencia las tablas y modelos aprobadas por el MSP del Ecuador, pues las mediciones y seguimiento deben estar integrados a las políticas nacionales de salud y sus programas, por lo que no sería oportuno tomar otros patrones y aplicarlos aisladamente, pero si son aportes para la educación y supervisión de la asistencia de las cuidadoras de los niños y trabajadores de la salud.

## **ANTROPOMETRIA**

Son las mediciones de peso, talla, diámetros: cefálico, braquial, cintura, etc., comparaciones entre estas variable y su graficación, comparación e interpretación de acuerdo a tablas y estándares internacionales aprobados por organizaciones mundiales, y avaladas o corregidas por instituciones locales (Ministerio de salud Pública del Ecuador).

“la valoración antropométrica permite comparar el grado de crecimiento del niño, de acuerdo a patrones de referencia, y lo más importante de acuerdo al crecimiento del mismo niño a través del tiempo, teniendo su propio ritmo de crecimiento como referencia”

Los conceptos y valores aquí referidos son tomados de la bibliografía 10, 11 y 12.

## **PESO**

Se toma en un ambiente cómodo, con una temperatura agradable, con el niño relajado la menor cantidad de ropa posible de preferencia luego de 12 horas de haber comido y luego de orinar. Se les pesará en una báscula de pedestal o portátil (de pie) con precisión de 20 gramos colocadas en un lugar plano y firme. La lectura se lo hará en kilogramos.

El preescolar aumenta de peso aproximadamente dos kilos cada año

## **TALLA**

Talla: Con el niño tranquilo se le recuesta sobre una superficie plana, rígida si se dispone de un tallímetro adosado a la mesa de extiende completamente las piernas y se coloca la marca o barra horizontal en las plantas de los pies. O se lee con una cinta métrica la talla total del niño.

Estatura: con el niño en posición de pie y descalzo se coloca de espaldas contra una superficie plana y rígida, los talones, espalda y cabeza deben estar apoyados contra la superficie (plano de Frankfurt), se coloca una marca de manera horizontal a la cabeza y se lee la talla en una cinta o metro en centímetros.

El crecimiento del preescolar es desacelerado en relación al lactante, en promedio aumenta de 2 a 5 centímetros por año. A los 2 años medirá la mitad de la talla de adulto.

## **PERIMETRO CEFALICO**

Con el niño relajado se toma la medida de la cabeza pasando una cinta métrica flexible y amoldable, por la prominencia occipital y la frente sin comprimir los tejidos, unir los dos extremos o donde se yuxtapone la cinta, repetir 1 o 2 veces y leer su marca en centímetros.

## **PERIMETRO BRAQUIAL**

Con el niño relajado de pie, se toma el brazo paralelo al axis del húmero, en la línea media entre el hombro y el codo, se pasa una cinta flexible y se cruza o yuxtapone sus extremos, se lee en centímetros.

## **PESO PARA LA EDAD (P / E)**

Evalúa el crecimiento general del niño (global), indicador indirecto de cantidad de grasa y músculo. Útil en evaluación crecimiento en niños < de 2 años. Selección de población vulnerable. El más utilizado para determinar crecimiento del niño su graficación en los carnets darán la tendencia del crecimiento del niño.

## **TALLA PARA LA EDAD (T / E)**

Evalúa el crecimiento longitudinal o lineal e informa acerca de su pasado nutricional, afecciones de factores indirectos o socio-económicos. la talla es más estable se necesita períodos muy largos de deficiencia nutricional para que se afecte, sirve para la planificación de acciones a mediano y largo plazo

## **PESO PARA LA TALLA (P / T)**

Evalúa la armonía en el crecimiento, indicador del presente nutricional, muy sensible a carencias nutricionales y biodisponibilidad, procesos agudos de desnutrición enfermedades o infecciones sobreañadidas. Sirve para evaluación a corto plazo.

## **PERIMETRO CEFALICO PARA LA EDAD**

Evalúa el crecimiento de la cabeza, e indirectamente el desarrollo del cerebro y S.N.C., es el último que se afecta, el organismo protege al cerebro a costa de otros órganos.

## **PUNTOS DE CORTE**

Son los valores que indican hasta donde va la normalidad, donde empieza el exceso y déficit da una idea de la severidad o intensidad de la anormalidad, dando pautas para determinar la prioridad en la atención.

Se han definido tres métodos de puntos de corte: percentiles, porcentajes de adecuación respecto al promedio y unidades de desviación estándar.

## **PERCENTILES**

Son los mismos porcentajes de frecuencia acumulada, una medida de probabilidad, corresponde a la mediana de una distribución.

Percentiles entre 25 a 75 son Normales (N)

Entre 90 y 10-20 son Normal (N) o no dependientes de las otras 75 otras mediciones

Entre 90-95 y 10-5 son de Riesgo, requieren una evaluación adicional y control posterior

Entre > 95 y < 5 son Déficit o Anormales, necesitan seguimiento y justifica atención profesional.

## **PORCENTAJE DE ADECUACION**

Es una aproximación basada en estimativos de los coeficientes de variabilidad, el que corresponde a una desviación estándar como porcentaje de la mediana. Se calcula con el valor 50 (mediana) como valor esperado y se compara en porcentaje con el valor actual observado del indicador (valor observado X 100 / valor esperado)

## **DESVIACION ESTANDAR**

Mide en promedio que tanto de alejan o distribuyen los datos alrededor del promedio, es una medida de dispersión.

El 68% de los datos se encuentran dentro de 1 desviación estándar (DS)

El 95% de los datos dentro de 2 DS

El 99% de los datos dentro de 3 DS.

La OMS considera valores normales los que estén dentro del rango +- 2 DS

Para el indicador (T / E) 1 DS corresponde a un valor 5% respecto de la mediana

Para el indicador (P / T) 1 DS corresponde a valores entre el 8-10%

Para el indicador (P / E) 1 DS corresponde a valores del 10%.

**DETERMINACIÓN DE PUNTOS DE CORTE E INTERPRETACIÓN DE INDICADORES  
PARA VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA**

<b>Grado</b>	<b>Exceso</b>	<b>Normal</b>	<b>Leve</b>	<b>Moderado</b>	<b>Severo</b>
Indicador	> + 1 D.E.	Entre +1 y -1 DS	Entre 1 y 2 DS	Entre 2 y 3 DS	Entre 3 y 4 DS
Peso/Talla	< 108 %	108 y 92%	91 y 84%	83 y 76%	< 76%
Aguda	Sobrepeso	Peso adecuado para la talla	Desnutrición Aguda Leve	Desnutrición A. Moderada	Desnutrición A. Severa
Talla / Edad	< 105%	105 a 95%	94 A 90 %	89 A 85%	< 85%
Crónica	Alto T/E	Adecuado T/E	Retraso Leve C.	R. Moderado C.-	R. Severo C.
Peso / Edad	> 110 %	110 a 90%	89 a 90%	79 a 70%	< 70%
Global	Alto P/ E	Adecuado P / E	Peso Bajo P/E	Peso Bajo P/E	Peso Bajo P/E
*AMB/Edad			89 a 80%	79 a 70%	< 70%
reserva muscular			Déficit Leve	Déficit Moderado	Déficit Severo
* Área Muscular del Brazo * D S Desviación Estándar					

**VALORES DE REFERENCIA**

Los valores o tablas propuestos como estándar internacional por la Organización Mundial de la Salud (OMS) son los obtenidos por el National Center for Health Statistics ( NCHLS) en un estudio efectuado en 1974.

La evaluación del crecimiento puede hacerse en un momento dado. Valor individual y compararse con los valores referenciales, para estudios poblacionales.

Cuando se lo hace a lo largo del tiempo se compara con sus propios valores a lo largo del tiempo, evaluación individual

Aunque la evaluación del crecimiento es insuficiente como medio para valorar adecuadamente el estado de salud de una persona o de una población, el desarrollo físico normal es un objetivo necesario de toda estrategia de salud.<sup>1</sup>

«El Patrón de Crecimiento Infantil de la OMS proporciona nuevos medios para ayudar a cada niño a aprovechar las mejores oportunidades de desarrollo en los años más

importantes de su formación», dice el Dr. LEE Jong-wook, Director General de la OMS. «En este contexto, el patrón permitirá reducir las tasas de mortalidad y enfermedad de lactantes y niños pequeños». El nuevo patrón es el resultado de un estudio intensivo que la OMS inició en el año 1997 con el fin de desarrollar nuevos criterios internacionales de evaluación del crecimiento físico, el estado nutricional y el desarrollo motor de todos los niños, desde el nacimiento hasta los cinco años.” 15

Desde el 27 de abril de 2006, los estados miembros de la OMS, los principales encargados de adoptar decisiones

del sector sanitario, entre ellos las asociaciones nacionales de pediatría, tienen acceso al Patrón de Crecimiento Infantil de la OMS a través del sitio web [www.who.int/childgrowth/en/](http://www.who.int/childgrowth/en/)

El grupo de expertos señaló que del análisis de estos resultados podía deducirse que la lactancia materna exclusiva o predominante resultaba insuficiente tras el segundo mes de vida, y que a partir de ese momento se necesitaba energía y/o nutrientes adicionales.

Y al contrario, considerando las características de la muestra de lactantes sanos alimentados al pecho y los beneficios asociados a la lactancia materna, también se podía deducir que el patrón actual no constituye una descripción adecuada del crecimiento fisiológico normal ya que el aparente crecimiento deficiente de los lactantes amamantados no era congruente con los múltiples beneficios de la lactancia materna<sup>4</sup>

Entre las recomendaciones están:

1-Demuestra que las diferencias en el crecimiento infantil hasta los 5 años dependen más de la nutrición, las prácticas de alimentación, el medio ambiente y la atención sanitaria que de los factores genéticos o étnicos.

2-Establece la *lactancia materna* como la “*norma biológica*” y al lactante alimentado al pecho como patrón de referencia para determinar el crecimiento saludable.

3-Es un patrón verdaderamente *internacional* porque han participado niños de 6 países y tiene *validez mundial* tanto en países en desarrollo como desarrollados.

4. Proporciona un conjunto de *indicadores de crecimiento* y permite comparar parámetros del crecimiento importantes, como el peso y la talla/estatura de los lactantes y niños, con un valor de referencia óptimo.

5. Permite el desarrollo de patrones de *velocidad de crecimiento* facilitando la identificación temprana y la prevención de la subnutrición, el sobrepeso y la obesidad y los problemas de salud derivados.

6. Proporciona pautas de evolución relativas a los seis aspectos clave del *desarrollo motor*, entre ellos la capacidad de sentarse, mantenerse de pie y caminar. La obtención en paralelo de datos de referencia sobre el desarrollo motor ofrece un vínculo excepcional entre el crecimiento físico y el desarrollo motor de los niños.

A todas estas mediciones es de suma importancia añadir las condiciones de crianza del niño, aspectos como relaciones con padres, cuidadoras, tipo de dietas, horarios comida, hábitos alimenticios, atención de enfermedades en el niño, seguimiento de indicaciones para el cuidado, detección oportuna de complicaciones, etc. Que constituirán la base de una adecuada atención y serán el compromiso familiar para combatir la desnutrición.

## **POLITICAS PARA ENFRENTAR LA DESNUTRICION**

Es política a nivel mundial como “meta del milenio” y de todos los organismos Internacionales involucrados en salud, el intentar bajar la desnutrición global a un 55% en niños < 5 años, pese a lo heterogéneo de la misma, con importantes logros, En nuestro país son contados los progresos conseguidos.

En el Ecuador algunos de los programas gubernamentales relacionados a combatir la desnutrición infantil son: Ley de maternidad gratuita (LMG) atención del SISVAN, programa de micronutrientes, PANN 2000 (cobertura 30%) Programa de Alimentación Escolar (PAE) cobertura 131%, PROAUS, guarderías del ORI cobertura 10% Bono de desarrollo humano cobertura 98%, Aliméntate Ecuador cobertura 69%. Todos se centran en el control de la madre y niño, entrega de alimentos, pero se descuida el seguimiento, la promoción de prácticas y cuidados, alimentación, comportamiento en el hogar de las madres. Sin ninguna comunicación de resultados a la comunidad”<sup>18</sup>.

Algunas organizaciones como FAO, dieron algunas pautas para enfrentar esta problemática de manera integral como son:

- Objetivo del Milenio :erradicar la pobreza extrema y el hambre
- Lograr la enseñanza primaria universal
- Promover la igualdad de género y potenciación de la mujer
- Reducir la mortalidad infantil
- Mejorar la salud materna
- Combatir el VIH/SIDA, paludismo, tuberculosis y otras enfermedades
- Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente
- Establecer alianzas mundiales para el desarrollo. 15.

Algunas otras organizaciones como CEPAL, UNICEF, también presentan programas en este sentido sobretodo para ayudar a las mujeres embarazadas y niños menores de 3 años.

- Promover la lactancia materna
- Leyes laborales que garanticen la lactancia materna, sala cuna, educación

parvularia

- Programas de micronutrientes
- Programas de suplementos alimenticios
- Promover y mejorar prácticas alimenticias con productos originarios y tradicionales de alto contenido nutricional
- Programas de transferencia monetaria y alimentaria para las poblaciones de extrema pobreza
- Prevención con programas de educación, reformas alimentarias nutricionales, cuidados infantiles, manipulación y conservación de alimentos, desparasitaciones sobretodo a grupos más vulnerables
- Mejorar la calidad de inversión y gestión en servicios de educación y salud aumentando las coberturas y mejorando la calidad
- Mejorar la infraestructura sanitaria, agua potable, sistemas de riego, vías de acceso
- Programas de asistencia agrícola, mejoramiento de suelos y almacenamiento
- Tecnología agrícola, manipulación de alimentos (técnicas e higiene)
- Subsidio a determinados alimentos, aumento de la autonomía de la oferta alimentaria.

Como se puede apreciar un programa vasto que abarca todas las esferas de atención, programación, ejecución, supervisión, dirigida desde organismos internacionales, nacionales, locales, comunitarios, familiares. Todos enfocados a conseguir un mejor diagnóstico, tratamiento, seguimiento del niño desnutrido y su entorno.

Hay que crear conciencia y empoderamiento en cada individuo jóvenes y adultos del problema real de la desnutrición infantil, cambiar los viejos modelos estatales, sociales, comunitarios y familiares para juntos todos los actores involucrados en el cambio encontrar soluciones, acciones, o patrones adecuados a cada situación que sean efectivos para superar este problema.

Una transformación social con participación del Estado (Ministerios Salud, Bienestar Social, Educación, etc.) organizaciones sociales, parroquiales, comunitarias, organismos seccionales o provinciales, Iglesia, familia, actuando mancomunadamente por el cambio. Una investigación seria y orientada que impulse soluciones posibles y aplicables a nuestra realidad, con carácter mediato e inmediato y participación activa y comprometida de los actores.

Manejo adecuado de los recursos disponibles (planificación, organizativos, económicos, médicos, alimentarios, educativos, de servicios, infraestructura sanitaria, etc.) para

empezando por cada individuo motivar el cambio que sea replicado en la comunidad y la familia. Impulsando medidas de carácter preventivo (educación materna, lactancia, y nutrición, anticoncepción, suplementación de nutrientes, minerales y vitaminas, inmunizaciones, etc.) pasando por las de atención o asistenciales (vigilancia y atención de embarazo, parto y postparto) atención periódica e integral del desarrollo y crecimiento del niño, curación de enfermedades, educativo con guías anticipadas información, modelos de dietas, aprovechamiento de nutrientes etc. Crear un estilo de vida nuevo y comprometido con el cambio.

En estudios longitudinales se ha comprobado consistentemente que esta es la edad pico < 2 años en la que ocurren fallas de crecimiento, deficiencias de ciertos micronutrientes y enfermedades comunes de la niñez como la diarrea. Después que un niño alcanza los dos años de edad, es muy difícil revertir la falla de crecimiento ocurrida anteriormente (Martorell y col. 1994). Las consecuencias inmediatas de la desnutrición durante estos años formativos incluyen una morbi-mortalidad pronunciada y un desarrollo mental y motor retrasado. A largo plazo, las deficiencias nutricionales están ligadas a impedimentos en el rendimiento intelectual, la capacidad de trabajo, la salud reproductiva y la salud general durante la adolescencia y la edad adulta” 15

La detección temprana de la desnutrición es de fundamental importancia porque condiciona en gran medida un mejor pronóstico y evolución del paciente. Del mismo modo, de un adecuado control y seguimiento del desnutrido dependen sus posibilidades concretas de recuperación. 33

El Patrón de Crecimiento Infantil de la OMS proporciona nuevos medios para ayudar a cada niño a aprovechar las mejores oportunidades de desarrollo en los años más importantes de su formación», dice el Dr. LEE Jong-wook, Director General de la OMS. «En este contexto, el patrón permitirá reducir las tasas de mortalidad y enfermedad de lactantes y niños pequeños». El nuevo patrón es el resultado de un estudio intensivo que la OMS inició en el año 1997 con el fin de desarrollar nuevos criterios internacionales de evaluación del crecimiento físico, el estado nutricional y el desarrollo motor de todos los niños, desde el nacimiento hasta los cinco años

[www.who.int/childgrowth](http://www.who.int/childgrowth).

Los modelos de los gráficos de crecimiento normalizados están disponibles en formato pdf [www.who.int/nutrition/media\\_page](http://www.who.int/nutrition/media_page).

## LA DESNUTRICION INFANTIL DESDE UNA VISION DE MEDICINA DE FAMILIA

El enfoque de la atención primaria de salud tiene dos visiones la primera el ser humano individual con toda su problemática somática y psicológica y una segunda como integrante de un núcleo inmediato: la familia con todas las implicaciones biopsicosociales que ella tiene.

El equipo de salud deberá aprender a evaluar la funcionalidad familiar, y la individual dentro de su núcleo familiar y contexto comunitario.

Los problemas individuales o colectivos afectarán a toda la familia y requerirán asimismo interacciones que involucren a cada miembro, para lograr cambios ya sea en la atención de salud (enfermedad) cuidados asistenciales, apoyo o acciones familiares, cambios, etc. Para lograr el equilibrio tanto físico, emotivo, funcional en la familia y su entorno.

El Sistema Familiar está constituido por seres humanos, en constante interacción a través de comunicación y conductas, con retroalimentación, para adaptarse a los cambios familiares y medio ambientales.

Las familiar internamente adoptarán roles, tareas, funciones para cada miembro siempre cambiantes determinadas por la organización interna, entorno cultural, necesidades, etc. Para responder y funcionar dentro del macrosistema social y comunitario.

Dentro de las funciones universales de la familia frente a la sociedad están: función reproductora, protectora, afectiva, sociabilizadora.

Las funciones internas son: comunicación, afectividad, apoyo, adaptabilidad, autonomía, reglas y normas.

Es importante conocer como son la organización interna, las normas, valores, proyectos de vida individual y familiares, las fortalezas y deficiencias, las redes de apoyo familiar todo esto enfocado en la atención integral de salud para encontrar puntos de apoyo en el tratamiento y trabajo conjunto del equipo de salud y la familia para la recuperación de la salud y el seguimiento y fortalecimiento familiar.

Toda esta organización con el fin de lograr funcionabilidad, protección, apoyo, educación, comunicación, valores, reglas que permitan afrontar la vida diaria.

Siempre habrá subsistemas internos o alianzas entre madre-hijo, esposos, hermanos, etc., para bien o mal, que repercutirán en la organización y funcionamiento de la familia. Por lo tanto su identificación y grado de acción o poder de decisión será básico conocerlos para la programación de planes terapéuticos, cambios de conductas, búsqueda

En las familias con hijos los roles están generalmente bien definidos siendo el de proveedor el asignado al padre y el de cuidadora a la madre o hijos mayores con ayudas externas generalmente de su familia extendida. Esta organización funciona bien hasta cuando se produce un acontecimiento que altera esta estructura como una enfermedad, creando una crisis interna que debe ser enfrentada, tratada y superada de manera propia, pero con características comunes que implican acciones y cambios de roles, conductas, actitudes en cada uno de los miembros y la ayuda externa ya sea de la organización social, estado, comunidad para la solución del problema.

La presencia de niños desnutridos (enfermedad crónica) en una familia implica primero la aceptación y reconocimiento de esa realidad con el niño, buscar ayuda para el tratamiento y asistencia del niño, cambio de actitudes y apoyo interfamiliar, educación, capacitación, seguimiento del tratamiento, recuperación del niño, con aprovechamiento de las organizaciones, ayudas, estructuras disponibles en el ámbito local comunitario o cercano a su entorno.

Siempre esta crisis familiar necesitará de mayor apoyo y cambios para buscar la superación, encontrando valores de resiliencia, acciones no siempre fáciles de lograr y mantener ( por su cronicidad) hasta la superación del problema.

Debería ser prioritario el conocimiento de la funcionalidad familiar aplicando diversas herramientas de diagnóstico como son el APGAR (Adaptación, Participación, Crecimiento, Afecto, Recreación, red de Apoyo). Evaluaciones del Funcionamiento Familiar (FF-SIL) Cohesión y adaptabilidad familiar, Riesgos familiares: biológico, higiénico sanitario, socio-económico.

Toda esta información nos dará una idea de la estructura y características familiares, sus fortalezas y debilidades, para poder tener una visión mas global de cómo esa familia enfrentará el reto de la atención del niño desnutrido y afrontará la crisis no normativa (enfermedad, no esperada) de manera organizada con ayuda interna y externa para la resolución y superación de la misma.

El equipo de salud son parte de las redes de apoyo con que cuenta la comunidad y las familias , sobretudo en los momentos de crisis ( enfermedad, muertes, accidentes, etc.) debiendo estar preparados para ayudar en lo profesional (diagnóstico, tratamiento, educación, prevención, seguimiento, fortalecimiento de acciones de recuperación ,redes de apoyo ) y afectivo. Realizando el Acompañamiento con escucha empática, facilitar la catarsis (exteriorización de pensamientos, emociones, sentimientos y situaciones que vive una persona), entrevistas motivacionales sobre todo con los directamente responsables del cuidado y tratamiento del niño. Siempre demostrando interés, comprensión , ayuda facilitando y reconociendo las acciones de los cuidadores o familiares, presentando alternativas , guías anticipadas, para lograr cambios en beneficio de la superación de la

enfermedad tanto en lo somático como en lo psicológico y social, para la resolución positiva de la crisis y enfermedad.

Al encontrar una disfuncionalidad familiar, identificar la misma, los actores, los roles, etc., identificar el desequilibrio, y el área de mayor conflicto, trazando un plan de intervención donde involucre a todos los actores del problema, paciente, cuidadora, padres, médicos, insumos, servicios, etc.) con seguimiento del mismo y comunicación de resultados.

El lema del médico familiar de atención primaria podría resumirse en esta frase “Curar a veces, aliviar a menudo, acompañar siempre”.

El enfoque de resiliencia familiar (salir fortalecidos de una crisis) incluye conceptos que humanizan los desafíos de la enfermedad promoviendo el funcionamiento óptimo y el bienestar relacional familiar y comunitario, aumentando la entereza física y la recuperación de la enfermedad, con unión y fortaleza familiar.

Al haber enfermedad se produce una ruptura física y emocional, con alteraciones inmunitarias, fisiológicas, metabólicas, etc. Que pueden ser exacerbadas entre individuos que carecen de apoyo biopsicosociales (conexión entre individuo, familia y entorno).

Se debe prestar atención a los desafíos familiares, sus esfuerzos de superación, enfrentamiento del problema, búsqueda de soluciones y ayudas para lograr un funcionamiento óptimo, sin desestimar un enfoque holístico, tradiciones creencias, etc.

No todas las enfermedades crónicas tienen una misma evolución (desnutrición) pueden permanecer estables, deterioro progresivo, episodios de agudización, siempre deberán ser controlados y actuar de acuerdo a la gravedad del caso. Rara vez se curan totalmente pero con el apoyo del equipo de salud y familiar se debe manejar lo mejor posible y disminuir las secuelas o daños provocados. A la vez que se logra atender al niño enfermo se logra reducir el estrés familiar, fortalecer sus mecanismos de protección y mejorar el funcionamiento familiar mediante el proceso de sociabilización de la enfermedad (conocimiento de características de la misma, formas de enfrentarla, tratamientos, ayudas, seguimiento) enseñando a convivir con la enfermedad y estableciendo relaciones constantes con los médicos e instituciones asistenciales.

La familia modificará su ritmo normal (disfunción familiar), asignará nuevos roles y servicios, priorizará acciones, redefinirá objetivos individuales y colectivos dentro de sus propias limitaciones.

En la vivencia de la crisis se estrechan relaciones, hay más cohesión, pero la modificación de rutinas traerá un inicial caos, que deberá ser enfrentado con organización y planificación ya sea familiar o con la ayuda de expertos (médicos, servicios asistenciales, comunidad) en un tiempo máximo de seis meses. Luego de lo cual ya se deberá tener una nueva organización y equilibrio para afrontar la cronicidad de la enfermedad.

Entre las acciones del equipo de salud para enfrentar crisis en familias con enfermedad crónica está ver las prioridades familiares como son:

Reducir los efectos estresantes de la enfermedad en la familia

Brindar información sobre características de la enfermedad, discapacidades, estrategias de tratamiento, curso probable, estrategias de prevención e intervención temprana.

Encontrar capacidades, debilidades y potencialidades del paciente y su familia

Importancia de seguir el plan de tratamiento, medicación, dietéticos, terapéuticos, asistenciales, etc.

Encontrar vínculos de servicios y ayuda para apoyar los esfuerzos familiares, en asistencia estatal, social, comunitaria, familiar.

El seguimiento se lo realizará de manera compartida (equipo de salud y familia o comunidad) recalando en las enseñanzas, logros alcanzados, la experiencias compartidas, potencialidades encontradas, generalmente de manera colectiva en talleres o en sesiones familiares de manera mensual o según programación. Ello permite medir el éxito o fracaso, reafirmar logros, fortalezas, evitar retrocesos y afrontar nuevos desafíos y programaciones fortaleciendo su resiliencia, apoyando sus logros y felicitando y animando a conseguir más éxitos.

## **MARCO TEORICO**

De lo expuesto anteriormente y las observaciones y trabajo realizado en la parroquia Santa Ana se puede analizar que el problema de la desnutrición infantil es muy grave ya que afecta a un porcentaje alto de niños, y sobretodo sus efectos a largo plazo problemas en el desarrollo y crecimiento biológico, psicológico y afectan gravemente tanto la salud como el desarrollo global de la persona, (hipótesis de Barker) impedimentos en el desarrollo intelectual, la capacidad de trabajo, la salud reproductiva y la salud en general durante la adolescencia y la edad adulta.

“La desnutrición que, a su vez, es un reflejo de un orden social y económico, es la causante del peor genocidio de la historia”

“el encarecimiento de los alimentos, la pérdida del poder adquisitivo de la moneda, la disminución de la producción agrícola, el aumento de la población y otros factores, han precipitado la crisis alimentaria en el Ecuador y han convertido a la desnutrición en uno de los más graves y acuciantes problemas, uno de los que requiere de las más urgentes soluciones” Naranjo P. 1984. (20)

En el planteamiento de la hipótesis se hace relación a las distintas variables a tener en cuenta, realizaremos un análisis de las más importantes y sus consecuencias en la salud y desarrollo de los niños de Santa Ana.

## **ALIMENTOS Y LA DIETA**

Es reconocido en todos los estudios que la base para un normal crecimiento es los aportes nutricionales de los alimentos contenidos en las dietas consumidos por todas las personas. Enfocándonos a los niños como ya se ha visto y documentado es recomendación mundial de la O.M.S. y otros organismos internacionales que el patrón oro para el crecimiento y desarrollo normal del lactante es la lactancia materna exclusiva por lo menos hasta los seis primeros meses, con recomendación mínima hasta el año de edad. Y luego ofrecer la lactancia natural hasta los dos años, cuantas veces el niño lo requiera o se den las condiciones de tiempo accesibilidad de la madre. Este punto no merece mayores explicaciones porque está probado biológicamente, científica y en la práctica diaria.

La alimentación complementaria se define como el proceso que comienza cuando la leche materna sola ya no es suficiente para cubrir las necesidades nutricionales de los lactantes y por ende otros alimentos y líquidos son necesarios, estudios de la FAO, OMS, PMS, UNICEF, etc. Recomiendan su inicio a los seis meses de edad de manera progresiva, las recomendaciones son 200Kcal/día niños de 6-8 meses, 300Kcl/día a niños entre 9-11 meses, 550 Kcl/día entre los 12 -24 meses de edad. (21)

La alimentación complementaria óptima está relacionada no sólo con el qué se come, sino también con el cómo, cuando, dónde y quién alimenta al niño (Pelto y col., 2002)

Al ofrecer alimentos de consistencia inapropiada, es posible que el niño no logre consumir una cantidad significativa, o que demore tanto en comer que su ingesta de alimentos se vea comprometido. El número apropiado de comidas depende de la densidad energética de los alimentos locales y las cantidades normalmente consumidas durante cada comida. Al niño amamantado sano se le debe proporcionar 2 a 3 comidas al día entre los 6 y 8 meses de edad y 3 a 4 comidas al día entre los 9 y 11 meses, y de 4 a 5 comidas entre los 12 y 24 meses de edad asumiendo una capacidad gástrica de 30g/kg de peso corporal/comida y una densidad energética mínima de alimentos complementarios de 0,8 kcal./g (Dewey y Brown, 2002).

Es una regla sin excepción que la desnutrición afecta principalmente al niño menor de 6 años por su rápido crecimiento, ya que tiene requerimientos nutritivos que son más elevados, específicos y difíciles de satisfacer. Por otra parte, ellos dependen de terceras personas para su alimentación, las que a veces no tienen los recursos, tiempo, conocimientos necesarios.

En líneas generales diremos que el niño en edad preescolar (1 a 5 años) tiene un crecimiento lento pero constante con un aumento promedio de 2 a 3 Kg. y de 6 a 8 cm. Al año, exceptuando el crecimiento promedio de 12 cm. en talla, entre el primero y segundo año.

La aparición de la dentición primaria (7 a 10 meses) es básica para la función de comer. El pensamiento es pre lógico (concentración en un solo aspecto de un problema y la irreversibilidad). Al igual que el incipiente y luego progresivo lenguaje para comunicar sus emociones, necesidades y la relación con los padres, cuidadores y más individuos de su medio ambiente (sociabilización rudimentaria) quienes tienen una influencia básica en las conductas y hábitos del niño.

En el aspecto psicosocial el preescolar pasa por las etapas de autonomía, vergüenza y duda, e iniciativa, con un sentimiento de autoconfianza fuerte para lograr la independencia de sus padres, la exploración del mundo exterior, su movilización y libertad de movimientos corporales. 22

El tratamiento dietético constituye un elemento fundamental en la recuperación de la desnutrición infantil, múltiples organismos como (National Research Council/food and Nutrition Board, de USA) , OMS, FAO han dado sus recomendaciones que han sido adoptadas con modificaciones locales por varios países, creando en cada uno programas y políticas que intentan abordar lo mejor posible y mejorar el estado nutricional, de la

población infantil como uno de los puntos vitales en la lucha contra la Desnutrición Infantil.

“Después de los seis meses de edad se necesitan alimentos complementarios para llenar el vacío entre las necesidades nutricionales totales y cantidad aportada por la leche materna, su sistema inmune será menos eficaz, no crecerán bien, infecciones como diarreas duran mas y son más severas. Si están enfermos, el mal apetito los puede llevar a desnutrición y enfermedad”.

“Los alimentos complementarios necesitan tener suficiente energía, proteínas, minerales y vitaminas para cumplir con las necesidades nutricionales del niño que crece: Lo más difícil de satisfacer son las energéticas, hierro, zinc y vitamina A.” Ashwort A.

Energía es la capacidad que tiene el organismo para cumplir las funciones básicas, obtenida de los alimentos que se ingieren diariamente.

Las necesidades medias de energía son las ingestas individual, que debe ser igual al gasto para que el individuo se mantenga en situación estable.

El organismo necesita energía para:

- 1- Metabolismo basal (40 al 70%) es el gasto energético para mantener las funciones vitales respiración, digestión, cardíacas, temperatura corporal y en reposo.
- 2- Actividad física, movilización, ejercicio, sociabilización, estudio, etc. Variando según sexo, edad, estado físico, actividad física, y estado fisiológico. 23

Alimento: producto o sustancia que ingerido por el organismo sirve para nutrirlo, formar tejidos suministrar calor, y mantener su existencia (vida).

Nutriente: sustancia química que se encuentra en los alimentos y que garantiza el crecimiento, la renovación de tejidos y asegura el mantenimiento de la vida.

Macro nutrientes: nutrientes presentes en los alimentos en grandes cantidades, Hidratos de Carbono, Grasas, Proteínas y el Agua. Su unidad de peso se expresa en gramos (gr) y proporcionan energía.

Micronutriente: nutrientes presentes en alimentos en pequeñas cantidades, como las vitaminas, minerales (calcio, fósforo, etc.) y los oligoelementos (hierro, flúor, cobre, zinc) no proporcionan energía, pero garantizan el funcionamiento normal del cuerpo.

Nutrientes esenciales: el organismo no sintetiza en cantidad y velocidad necesaria, se obtienen de los alimentos como los aminoácidos: lisina, leucina, isoleucina, fenilalanina, metionina, valina, triptófano, treonina, histidina) Ácidos grasos esenciales (linolénico u omega 3, linoleico u omega 6. Vitaminas, minerales y agua.

Nutrientes no esenciales: sustancias que el organismo puede sintetizar, como los aminoácidos no esenciales ( alanina, ácido aspártico, asparagina, cistina, cisteína, glutámico, glutamina, glicina, prolina, serina, tirosina).

Algunas anotaciones respecto a Proteínas, Carbohidratos, Fibras, Grasas, Vitaminas componentes de los alimentos.

1- Proteínas: componentes estructurales y funcionales de todos los órganos y tejidos, formados por la unión de varios aminoácidos.

Sus funciones son:

- 1- Crecimiento : reparación y mantenimiento de tejidos
- 2- Regulación : procesos biológicos como oxigenación , respiración
- 3- Contribuyen a la formación de anticuerpos
- 4- Forman parte de secreciones glandulares ( enzimas, hormonas)
- 5- Proporcionan la energía (1 gramo de proteína produce 4 kilocalorías) para el metabolismo basal.

Las principales fuentes de proteínas son carnes, leche y derivados, huevos, cereales, leguminosas.

2- Carbohidratos: son compuestos orgánicos, la fuente principal de energía.

Sus funciones son:

- 1- Proporcionar energía para actividades y funciones vitales, , trabajo muscular y regulador de la temperatura ( 1 gramo de carbohidrato produce 4 kilocalorías)
- 2- Síntesis de compuestos orgánicos
- 3- Energía a través de la glucosa ( para cerebro y glóbulos rojos)
- 4- Confieren sabor dulce a los alimentos y les proporcionan textura y consistencia

Las principales fuentes de carbohidratos son cereales, azúcares, raíces y tubérculos, leguminosas secas, frutas y los productos elaborados con estos alimentos pan, harinas, etc.

3-Fibras alimentarias: es la parte estructural de las plantas, son polisacáridos, dan consistencia y ayudan a la digestión y formación del bolo fecal, favorece excreción de sustancias grasas (colesterol), facilita el control y absorción de azúcares simples.

Están presentes en las plantas, vegetales, frutas, cereales integrales, leguminosas

Fibras solubles se disuelven en el agua, forman geles fácilmente digeribles en el colon por acción bacteriana, permiten el, paso del alimento por el intestino, retrasan la absorción de nutrientes como glucosa, colesterol, se encuentran en frutas y verduras, avena, cebada y leguminosas.

Fibras insolubles absorben el agua y hacen que las heces sea blandas y voluminosas, se encuentran en cereales integrales, vegetales y frutas (cáscaras y pulpas)

4- Grasas: compuestos de ácidos grasos saturados, mono insaturados, y poli saturados.

Sus funciones son:

- 1- Dar energía para las funciones vitales del organismo (1 gramo grasa aporta 9 kilocalorías).
- 2- Constituir la reserva mas importante de energía, formando tejido adiposo
- 3- Transportar y utilizar las vitaminas liposolubles A,D,E, K
- 4- Proveer ácidos grasos esenciales para el crecimiento y mantenimiento de los tejidos corporales
- 5- Formar parte de las membranas celulares
- 6- Influir en la regulación de la presión sanguínea coagulación y función sexual ( mecanismos hormonales)
- 7- Contribuye al desarrollo cerebral ( ultimo trimestre del embarazo, Omega 3)

5-Ácidos grasos saturados, están en grasa de origen animal como leche y derivados, carnes, aceites de coco, palma. Entre los principales bútrico, caproico, caprílico, láurico, palmítico.

Ácidos grasos trans son la mantequilla, margarina, mantecas.

Ácidos grasos mono insaturados están en aceite de oliva, maní, los principales caproleico, oleico, cetoleico.

Ácidos grasos poli saturados están en aceites de maíz, soya, girasol, frutas secas, y aceites de pescados, sus principales linoleico, linolénico, araquidónico

Ácidos grasos esenciales: no pueden ser sintetizados en el cuerpo, ácido linoleico u omega 6 y acido alfa linoleico omega 3.

6-Vitaminas: compuestos orgánicos necesarios para favorecer el crecimiento, visión, sistema autoinmune, mineralización ósea, formación de glóbulos rojos, coagulación, metabolismo de las grasas, mantener la vida y la capacidad de reproducción

Liposolubles son solubles en grasas, son A (retinol), (caroteno), D (calciferol), E (tocoferol) y K. presentes en alimentos como carne (vísceras), pescado, vegetales hojas verdes, leche, yema del huevo, frutas, aceites vegetales.

Hidrosolubles son C (ácido ascórbico) B1 (tiamina), B2 (riboflabina), B3 (niacina), B6 (piridoxina) B12 (cianocobalamina) Coenzima A (ácido pantoténico) Biotina, Acido Fólico Presentes en carnes, pescados, nueces, huevos, leguminosas, cereales.

7-Minerales: nutrientes esenciales para la vida, forman parte de los tejidos, el desarrollo y funcionamiento del sistema nervioso, muscular, hormonal, enzimático, mantenimiento del equilibrio iónico, hídrico y homeostático.

Los principales son Sodio, Potasio, Cloro, Calcio, Fósforo, Magnesio, Hierro, Yodo, Zinc, Manganeso, Flúor, Molibdeno, Cromo, Selenio.

Presentes en la sal, alimentos como carnes, legumbres, vegetales, leche, huevos, frutas sus requerimientos son bajos por lo que una dieta normal es suficiente, pero su carencia crea un desequilibrio importante y enfermedades graves como anemias, bocio, afecciones del Sistema nervios, deshidratación, raquitismo, etc. Por lo que deben ser suplementadas generalmente en preparaciones farmacéuticas, fórmulas nutricionales, leches, etc.

8-El agua: es esencial para la vida, forma parte de todas las células vivientes

Regula la temperatura corporal

Transporta los nutrientes y otras sustancias en el cuerpo

Ayuda a la digestión y eliminación de desechos del metabolismo

Actúa como lubricante en las articulaciones

Disolvente de sales minerales, vitaminas, aminoácidos, glucosa y otras sustancias

Puede ser obtenida por ingestión de alimentos líquidos o sólidos

El niño necesita aproximadamente 1.5 litros por día

<b>REQUERIMIENTOS DE PROTEINA(gr),CARBOHIDRATOS(g)GRASAS ( g )</b>						
Edad/ años	<b>PROTEINAS *</b>		<b>CARBOHIDRATOS**</b>		<b>GRASAS ***</b>	
	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER
1 a 2	25,2	26	121,9	125,4	28	28,8
2 a 3	33,4	31,2	161,2	150,8	37,1	34,7
3 a 4	37,5	34,7	181,4	167,5	41,7	38,5
4 a 5	40,8	37,2	197,1	180	45,3	41,4

Fuente: FAO/WHO/UNU Expert Consultation. Interin Report 2001

Nacional Center Health Statistics ( NCHS)

\* calculado con el 12% del requerimiento de energía

\*\* calculado con el 58% de requerimiento de energía

\*\*\* calculado con el 30% de requerimiento de energía

## DIETA DEL Dr. CAMILO ROZO

Para este trabajo se creyó conveniente tomar el modelo de la dieta aprobada por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) presentado por el Dr. Camilo Rozo (Ph D. en Ciencia y tecnología de Alimentos) .

Es un modelo de dieta adaptable a nuestra realidad muy similar a la colombiana, y que ha sido probada con éxito desde 1998, además que es muy similar a las recomendaciones del MSP del Ecuador constantes en los programas de Alimentación y Nutrición como el PANN, aprobados por la Dirección Nacional de Nutrición del Ecuador desde el 2006.

La alimentación de un niño debe ser completa, equilibrada, suficiente y adecuada (CESA)

Dosis inocua para una población, se definió como las necesidades medias de proteínas y de otros nutrientes de los individuos de una población más dos desviaciones estándar.

Requerimientos son las necesidades fisiológicas de un individuo en un momento dado.

### **Porcentaje del valor calórico total, aportado por proteínas totales, proteínas de alto valor biológico y grasa recomendado para los diferentes grupos etéreos.**

EDAD	% VCT aportado por proteínas	% VCT aportado por grasa	% Prot. AVB
6 - 12 meses	7 a 8	45 a 48	95
12-18 meses	8 a 10	40 a 45	90
18-24 meses	10 a 12	38 a 40	85
2 - 3 años	10 a 12	38 a35	80
4 - 5 años	10 a 12	30 a 35	75

*Atención nutricional para el niño mayor de un año*

## Requerimientos de Energía (Kcal) para niños según sexo y edad

Edad / años	Hombre	Mujer
1 a 2	840,48	865,08
2 a 3	1111,88	1039,74
3 a 4	1251,29	1155,15
4 a 5	1359,36	1241,52

*Adaptado de FAO/WHO/UNU Expert Consultation. Interim Report 2001 839*

*National Center Health Statistics (NCHS)*

El objetivo es ofrecer una herramienta que permita la planeación de la alimentación del niño mayor a un año de manera rápida y confiable.

Se tiene en cuenta que si se satisfacen las necesidades energéticas y nutricionales de micronutrientes y nutrientes críticos, se asume que los demás nutrientes se aportan en cantidades adecuadas por la alimentación, siempre que sea completa, equilibrada, adecuada y suficiente.

Las porciones presentadas se han elaborado tomando como base la adecuación entre el 90 y el 110% de los requerimientos nutricionales del niño para kilocalorías, proteínas, grasas, carbohidratos, calcio, hierro y vitamina A. En promedio se necesita 1000 Kcal /día desde el primer año, adicionando 100 Kcal. Por cada año de edad.

Los alimentos se clasifican en:

Formadores; básicamente proteínas, calcio, hierro, vitaminas

Reguladores; ricos en fibra y vitamina C y A

Energéticos; aporte energético o calórico (carbohidratos y grasas)

Esta clasificación será analizada más adelante cuando se hable de las dietas o combinación de alimentos

En la etapa preescolar se inicia la alimentación complementaria de manera lenta y gradual con incremento progresivo de la cantidad y consistencia hasta hacerlas similares al la del resto de la familia. Idealmente debe iniciarse entre los 7 a 8 meses de vida.

La aceptación de nuevos alimentos será progresiva con altos y bajos (inapetencia ondulante) o rechazo (neofobia) y debe adaptarse a las costumbres familiares, disponibilidad de alimentos locales, capacidad económica, preparación de los mismos, educación de la madre, aceptación por parte del niño, etc. Generando gustos y rechazos a ciertos alimentos, debiendo educar a la madre y al niño en los hábitos alimenticios básicos

para una nutrición de calidad, cantidad y horarios satisfactorios que van a influir de forma definitiva en la salud y bienestar posteriores.

### PLAN DE ALIMENTACION DIARIA DEL NIÑO EN ETAPA PREESCOLAR

GRUPO ALIMENTOS	DE 1 A 3 AÑOS			DE 4 A 5 AÑOS		
	PESO	MEDIDA	PORCIONES/DIA	PESO	MEDIDA	PORCIONES/DIA
			<b>CONSTRUCTORES</b>			
Leche y derivados	180	6 oz.	2 1/2	200	7 oz.	2 1/2
Carnes	30	1 oz.	2	40	1 oz.	2
Huevo	50	1 unidad	1	50	1 unidad	1
Leguminosas	10	2 cda.		12	2 cda	
			<b>REGULADORES</b>			
Frutas	50	2 oz.	3	60	2 oz.	3
Verduras	30	2-3 cda.	2	40	3-4 cda	2
			<b>ENERGETICOS</b>			
Cereales	15	3 cdas.	2	25	4-5 cdas.	2
Derivados Cereales	20	1 tajada	3	30	1 tajada	3 ó 4
Tubérculos	60	1 media	2	60	1 media	2
Azúcares	10	1 cda	2	10	1 cda	3
Grasas	8	1 cda	2	8	1 cda	2
			<b>OTROS</b>			
	15	1 porción	1	20	1 porción	1

Fuente: Dietas Dr. Camilo Rozo

Programa” Atención nutricional para hijos de estudiantes de la Universidad nacional de Colombia”

Recomendaciones prácticas para la preparación de una dieta básica se dan a continuación, pero dependerá de los conocimientos y habilidades de la madre o cuidadora, combinar adecuadamente los alimentos a su disposición para lograr unos valores o modelos similares al presentado.

## PLAN DE ALIMENTACION DEL PREESCOLAR

PREESCOLAR										
1 a 3 AÑOS						4 A 5 AÑOS				
GRUPO DE ALIMENTOS	PORCIONES			APORTE POR PORCION	PROTEINAS	PORCIONES			APORTE POR PORCION	PROTEINAS
	PESO	MEDIDA	NºP/d	CALORIAS		PESO	MEDIDA	Nº p/d	CALORIAS	
				ALIMENTOS CONSTRUCTORES						
LECHE Y DERIVADOS	180	6 OZ.	2 1/2	90	6.1	200	7 OZ.	2 1/2	105	7.1
CARNES	30	1 OZ.	2	45	6.5	40	1 Oz.	2	60	8.6
HUEVO	50	1 UNI.	1	81	6.4	50	1 Uni.		81	6.4
LEGUMINOSAS	10	2 Cda.				12	2 Cda.			
				ALIMENTOS REGULADORES						
FRUTAS	50	2 Oz.	3	23		60	2 OZ.	3	28	
VERDURAS	30	2-3 Cda	2	10		40	3-4 Cda	2	13	
				ALIMENTOS ENERGETICOS						
CEREALES	15	3 Cda.	2	55	1	25	4-5 Cda.	2	87	2.2
DERIVADOS DE CEREALES	20	1 Tajada	3	699	1.6	30	1 Tajada	3	102	2.1
TUBERCULOS	60	1 media	2	56	0.6	60	1 media	2	56	0.6
AZUCARES	10	1 Cda	2	39		10	1 Cda	3	39	
GRASAS	8	1 Cda	2	72		8	1 Cda	2	72	
OTROS	15	1 Porci	1	55		20	1 1/2 Po	1	79	0.7
				APORTE DE NUTRIENTES						
	TOTAL		% VCT			TOTAL		% VCT		
CALORIAS		1191					1424			
PROTEINAS ( g.)		42.7	14				47.6	13		
GRASAS ( g.)		48.8	37				52.2	33		
CARBOHIDRATOS (g.)		145.9	49				19	24		
CALCIO ( mg.)		540					600			
HIERRO ( mg.)		8.99					9			

*Fuente: Dietas Dr. Camilo Rozo*

*Programa” Atención nutricional para hijos de estudiantes de la Universidad nacional de Colombia”*

<b>NUMERO DE PORCIONES QUE DEBE CONSUMIR DIARIAMENTE UN NIÑO DE 1 A 3 AÑOS</b>		
<b>GRUPO DE ALIMENTOS</b>	<b>INTERCAMBIO ALIMENTOS</b>	<b>PORCIONES POR DIA</b>
1- LECHE Y DERIVADOS	LECHE LIQUIDA, YOGURT, QUESO	6 ONZAS
	QUESILLO	1 ONZA
2-CARNES	RES, POLLO, PESCADO, HIGADO	1 ONZA
3- HUEVO	GALLINA	1 UNIDAD
4- LEGUMINOSAS	FREJOL, ALVERJA, LENTEJA, HABA, GARBANZO	2 CUCHARADAS
5- FRUTAS	PAPAYA, MANDARINA, NARANJA, MANZANA, GUINEO	2 ONZAS
6- VERDURAS	ESPINACA, ZANAHORIA, ACELGA, TOMATE	2 A 3 CUCHARADAS
7- CEREALES	ARROZ, PASTAS, FIDEOS, MAÍZ	3 CUCHARADAS
	SOPAS (ARROZ, CEBADA, CEREALES	3/4 DE TAZA
8- DERIVADOS CEREALES	PAN, TORTA, KAKE, GALLETAS, TOSTADOS	1 TAJADA PEQ. 2 UNID
9- TUBERCULOS	PAPA	1 PEQUEÑA
	YUCA	1 TROZO MEDIANO
	PLATANO	2 TAJADAS DELGADAS
10- AZUCARES	AZUCAR	1 CUCHARADA
11- GRASAS	ACEITE - MANTEQUILLA	1 CUCHARADA
12- OTROS	CHOCOLATE	1/2 PASTILLA
	CHOCOLATINA, POSTRES, BOCADILLOS	1/2 PORCION PEQUEÑA
	AVENA, MAICENA, COLADAS	1 CUCHARADA

*Fuente: Dietas Dr. Camilo Roza*

*Programa” Atención nutricional para hijos de estudiantes de la Universidad nacional de Colombia”*

<b>NUMERO DE PORCIONES QUE DEBE CONSUMIR DIARIAMENTE UN NIÑO DE 3 A 5 AÑOS</b>		
<b>GRUPO DE ALIMENTOS</b>	<b>INTERCAMBIO ALIMENTOS</b>	<b>PORCIONES POR DIA</b>
1- LECHE Y DERIVADOS	LECHE LIQUIDA, YOGURT, QUESO	7 ONZAS
	QUESILLO	1 ONZA
2-CARNES	RES, POLLO, PESCADO, HIGADO	1 1/2 ONZA
3- HUEVO	GALLINA	1 UNIDAD
4- LEGUMINOSAS	FREJOL, ALVERJA, LENTEJA, HABA, GARBANZO	2 CUCHARADAS
5- FRUTAS	PAPAYA, MANDARINA, NARANJA, MANZANA, GUINEO	2 ONZAS- 1 PORC. MED
6- VERDURAS	ESPINACA, ZANAHORIA, ACELGA, TOMATE	3 A 4 CUCHARADAS
7- CEREALES	ARROZ, PASTAS, FIDEOS, MAÍZ	3 4 A 5 CUCHARADAS
	SOPAS( ARROZ, CEBADA, CEREALES	1 TAZA
8- DERIV. CEREALES	PAN, TORTA, KAKE, GALLETAS, TOSTADOS	1 TAJADA GRAN -3UNID
9- TUBERCULOS	PAPA	1 PEQUEÑA
	YUCA	1 TROZO MEDIANO
	PLATANO	2 TAJADAS DELGADAS
10- AZUCARES	AZUCAR	1 CUCHARADA
11- GRASAS	ACEITE - MANTEQUILLA	1 CUCHARADA
12- OTROS	CHOCOLATE	1/2 PASTILLA
	CHOCOLATINA, POSTRES, BOCADILLOS	1/2 PORCION PEQUEÑA
	AVENA, MAICENA, COLADAS	2 CUCHARADAS

*Fuente: Dietas Dr. Camilo Rozo*

*Programa " Atención nutricional para hijos de estudiantes de la Universidad nacional de Colombia"*

Con muy pocas variaciones otros estudios presentan modelos coincidentes de dietas para niños menores a 5 años como es el presentado en las Guías de Alimentación, Salud y Nutrición del INNFA 2005 presentada por Yolanda Silva de Grijalva [www.postgrados.ec./documentos](http://www.postgrados.ec./documentos).

O las recomendaciones del MSP del Ecuador constantes en el Manual de Capacitación en alimentación y nutrición para el personal de salud SABER ALIMENTARSE del 2006.

Varias otras publicaciones como el libro El Niño Sano de Posada Gómez y Ramírez abalan estos modelos.

Recomendaciones provenientes de programas de la FAO, UNICEF, OMS y PMS coinciden con los modelos en cantidad, calidad y maneras de proporcionar estas dietas.

Si se tiene en cuenta que la alimentación es considerada un factor determinante para el tratamiento y superación de la desnutrición infantil se comprenderá que su aplicación siguiendo las normativas dadas es vital para enfrentar con éxito este problema.

## 2- COMPLEMENTO ALIMENTARIO

El gobierno del Ecuador y El Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo en agosto de 1999,firmaron la cofinanciación para iniciar el Programa Nacional de Alimentación y Nutrición, PANN 2000, adscrito al Ministerio de Salud Pública como apoyo técnico en promoción y cuidado de salud primaria para mujeres, niños y niñas menores a 2 años.

Brindando una herramienta para combatir la desnutrición en madres embarazadas, en período de lactancia y niños menores a dos años, luego ampliado en abril del 2006 hasta niños de 3 años.

Siendo objetivos del programa, que estas fórmulas “MI BEBIDA “ y “MI PAPILLA” aporten un 25% de los requerimientos alimentarios, formar, modificar y fortalecer hábitos y prácticas alimentarios para promover un estilo de vida saludable, integrar la atención primaria de salud y desarrollar conciencia de derechos y responsabilidades en la familia y sociedad respecto al cuidado y promoción de la salud.

Entre las acciones están promoción, educación, capacitación y participación comunitaria llegando a los usuarios de forma directa y con supervisión médica continua.

MI PAPILLA es una mezcla alimentaria fortificada pre-cocida, que complementa la alimentación infantil, la que se prepara añadiendo agua hervida tibia para darle consistencia de papilla, debiendo consumir 65gr. diarios, preparando y consumiendo 2 medidas, 2 veces al día. Nunca se debe hervir, ya que pierde sus nutrientes cuando se la hierve.

Serán entregador 2 fundas de 1 Kg. mensualmente a cada usuario

La entrega del complemento debe apoyarse con actividades de educación nutricional, consejería sobre alimentación.

### Composición Nutricional en 65 gr. de MI PAPILLA

ENERGIA	260 kilocalorías
PROTEINAS	Mínimo 15% de las kilocalorías
GRASAS	25% de las Kilocalorías
CARBOHIDRATOS	60% de las kilocalorías
Vitaminas y Minerales	De acuerdo niveles fortificación Tabla 3
FIBRA DIETETICA	No mayor al 2%
DENSIDAD ENERGETICA	1.0 a 1.5 Kilocalorías/g en alimento preparado

### APORTE DE MACRO NUTRIENTES EN 65 GR. DE MI PAPILLA

Macro nutrientes	D R *	Aporte 65 gr	% aporte 65 gr
ENERGIA ( Kcal)	1200	260	21,7
PROTEINAS ( g )	45	10,4	23,1
GRASAS ( g )	33,3	6,5	19,5
CARBOHIDRATOS (g)	180	43,5	24,2
* Dosis Diaria Recomendada			

### APORTE DE MICRONUTRIENTES EN 65 GR. DE MI PAPILLA

Micronutrientes	DDR	Aporte 65 gr	% aporte 65 gr
	1-3 años		
Vitamina A (u ER) 1	400	127	32%
Vitamina E ( mg ET)2	6	3,6	60%
Vitamina C ( mg )	40	24	60%
Vitamina B 1 ( mg )	0,7	0,42	60%
Vitamina B 2 ( mg )	0,8	0,49	61%
Niacina (mg EN ) 3	9	5,4	60%
Vitamina B 6 ( mg )	1	0,6	60%
Acido Fólico ( u)	50	50	100%
Vitamina B12 ( u)	0,7	0,42	60%
Calcio ( mg )	800	240	30%
Fósforo (mg )	800	240	30%
Magnesio ( mg )	80	48	60%
Hierro (mg )	10	10	100%
Zinc ( mg )	10	10	100%

(u) = microgramos

(mg) = miligramo

(g) = gramos

(u)ER = microgramos equivalentes de retinol

Mg ET 0 miligramos equivalentes de Tocoferol

Mugen = miligramos equivalentes de Niacina

Fuente: Manual de Capacitación en Alimentación y Nutrición para el personal de salud  
Saber Alimentarse MSP Ecuador 2006

No se ha demostrado beneficio en la introducción de alimentos diferentes (complementarios) a la leche materna, antes de los seis meses de edad, adecuado al desarrollo de las funciones digestivas, renal y maduración neurológica. En relación al ingreso de energía, ni a los factores de crecimiento. Aumentando el riesgo de enfermedad (diarreas) al introducirlos anticipadamente o mal preparados (cremas, no cocidos, hábitos familiares” Ashwort A. 37

El programa PANN 2000, responde a recomendaciones de la OMS, PMS dentro de las políticas mundiales para combatir el hambre, la desnutrición, y son probadas y recomendadas en casi todos los países firmantes de convenios internacionales con estas organizaciones.

Un programa casi similar se lleva a cabo desde el 2006 en Bolivia con apoyo de OMS, OPS, FAO denominado “Plan desnutrición cero” donde se ofrece atención, capacitación, educación alimentaria, asistencia nutricional, PAN, Centros de desarrollo infantil (CIDI) etc. Siguiendo recomendaciones de sus auspiciantes, además se ofrece complementos nutricionales como “chispitas nutricionales, vitamina A, hierro, sobres de ATLU (alimentación terapéutica listo para uso) a ser administrado de emergencia en domicilio o centro de salud a niños con desnutrición leve-moderada cada 12 horas por 2 semanas, con visitas de control cada semana.29.30

La OMS entre sus propuestas para alimentación del niño pequeño señala

- 1- Lactancia materna exclusiva mínima hasta 6 meses, recomendada hasta 2 años
- 2- Conocimiento de valores nutricionales de alimentos propios
- 3- Alimentación complementaria
- 4- Prácticas apropiadas de alimentación
- 5- Fomentar leyes, programas de protección materno-infantil

Entre las características de la alimentación complementaria están;

- 1- Oportunos; introducción cuando las necesidades de nutrientes y energía sobrepase la proporcionada por la leche materna
- 2- Adecuados; energía ,proteína , micronutrientes suficientes
- 3- Inocuos; almacenar, preparar de forma higiénica
- 4- Dar en forma adecuada, según necesidades del niño
- 5- Preferir alimentos naturales y autóctonos
- 6- Enriquecer con suplementos nutricionales universales

Como se observa este complemento cumple con las recomendaciones y además es probado científicamente su eficacia por tanto es útil para integrar a las medidas para combatir la desnutrición.

En el planteamiento de la hipótesis se considera como básica la suplementación con nutrientes del programa MI PAPILLA para lograr un mejoramiento en el peso y estado nutricional del niño, sin embargo durante el tiempo de seguimiento de los niños se han observado varias deficiencias, que limitan la recomendación final de su utilización como medida básica en la recuperación nutricional

- 1- La norma del MSP limita la entrega del producto, siendo solo distribuida a niños menores de 3 años. Por aquellos que sobrepasen esta edad no reciben el producto, en la realidad se complementaba con lo recibido por hermanos menores, o con la dotación por parte de los médicos de atención comunitaria,
- 2- El sabor de la preparación final no es agradable ( según el gusto de los niños y sus cuidadoras) por lo tanto su utilidad se limita ya sea en el número de tomas diarias o en su uso rutinario, siendo a veces relegado por otros suplementos comerciales como Sestaren, Pedias re, Nutrimento ,etc. Que si bien son eficaces como complemento no aportan la cantidad requerida y su costo es alto, considerando el nivel económico medio de la población.
- 3- Las madres y cuidadoras no tienen una educación adecuada en formas de preparación de papillas y muchas veces desperdician o mal utilizan el producto como por ejemplo al hervir la preparación. Además al ser las dietas repetitivas no incentivan a la utilización de nuevos alimentos y formas de preparación.
- 4- La entrega debe realizarse en los establecimientos del MSP en los horarios de atención del personal del ministerio de salud, y según la recomendación luego de una revisión médica, este es otro limitante pues las madres no disponen de tiempo suficiente ya sea por trabajo, obligaciones del hogar, cuidados de niños en guarderías o con familiares, etc. Lo que también dificulta su utilización.  
No se pudo conseguir autorización para la entrega a domicilio a los niños desnutridos por parte del personal del Ministerio de Salud.

Estas observaciones hacen que se reconsidere como recomendación básica el uso de MI PAPILLA como factor coadyuvante en el programa de manejo de la desnutrición infantil si no se modifican algunas de las observaciones y además se de un impulso nuevo en la educación, capacitación en alimentación y nutrición tanto a las madres, cuidadoras, comunidad y personal del Ministerio de Salud para cambiar las normas y usos de este complemento alimentario.

### **3- PROGRAMA EDUCATIVO**

Para que un programa asistencial tenga éxito uno de los puntales siempre se dirigirá a los cuidadores (madres, parientes, guarderías, etc. ) del niño desnutrido tanto en la explicación de las acciones a realizar con sus niños, como en solicitar su ayuda e involucramiento en el

cuidado, atención, manipulación y preparación de alimentos y dietas, medidas higiénicas con el niño , la cuidadora y el ambiente que rodea al niño y el hogar, o sea a la educación que se pueda dar para lograr las metas propuestas.

La educación en nutrición se define como: «el conjunto de actividades de comunicación destinado a mejorar las prácticas alimentarias no deseables, a través de un cambio voluntario de las conductas relacionadas con la alimentación, teniendo como finalidad el mejoramiento del estado nutricional de la población».

“un programa educativo está diseñado básicamente para cambiar una conducta dentro de un objetivo a largo plazo, como sería mejorar el estado nutricional, con la condición de que sean favorables otros factores externos que influyen sobre dicho estado, por ejemplo, mejoramiento de la disponibilidad de alimentos y de los servicios de salud, educación a la madre y cuidadoras, participación comunitaria y otras” FAO 35

La bibliografía consultada en todos sus artículos toma como punto clave, la educación materna (cuidadoras) ya sea enfocada desde su nivel de instrucción (a menor nivel más problemas en cuidado y atención del niño) años de escolaridad, preparación y nivel cultural, etc.

“La instrucción materna tiene una doble connotación, referente tanto al nivel socio-económico familiar, como a la capacidad de cuidado infantil, que le permite una mayor autonomía y racionalidad a la hora de tomar decisiones referente a la salud del niño. La educación materna mayor a seis años de estudio ejerce un efecto protector para el estado nutricional del niño(a) menores a cinco años” Acevedo 2004. (34)

Por tanto se debería fomentar por parte del estado una política que asegure un nivel de instrucción superior a las jóvenes, como medida protectora ante la maternidad precoz, embarazo y crianza del niño, cuidado y atención de niños desnutridos.

Este nivel de educación influye en todas las decisiones y cuidados de la madre hacia el niño y es prioritaria su involucramiento para lograr la comprensión global de la desnutrición y sus consecuencias. Así como conseguir la concientización para que las propuestas, educación, conocimientos nuevos sean aplicadas de forma correcta para el beneficio de ella, su familia y el niño a su cargo. Entre las principales propuestas o acciones tenemos:

### **3.1 LACTANCIA MATERNA**

Como ya se dijo anteriormente es recomendación mundial (OMS) y política Nacional PANN 2000 que la lactancia materna se mantenga por lo menos hasta los 6 meses iniciales y promover hasta los 2 años de edad.

“No practicar la lactancia natural especialmente hasta el primer año de vida, es factor de riesgo importante para la morbi-mortalidad del niño, que se agrava aún más por alimentación complementaria inadecuada. Las repercusiones duran toda la vida, como malos resultados escolares, productividad reducida y dificultades en el desarrollo intelectual y social” OMS. (17)

Además está probado que la lactancia natural estrecha los lazos afectivos y estimula en la madre y el niño la confianza y seguridad para afrontar problemas posteriores como déficit nutricionales del niño, enfermedades como diarreas( EDA), infecciones respiratorias (IRA) déficits hierro, vitamina A , parasitismo intestinal, etc.

En nuestro trabajo los niños tenían más de seis meses de edad y por tanto esta recomendación se realizaba a las madres en el caso de que todavía estuvieran dando de lactar a sus hijos y como medida de protección, educación frente a futuros embarazos y crianza de niños.

### **3.2 PERCEPCION DEL ESTADO DE DESNUTRICION DE SU HIJO**

Por simple lógica podríamos suponer que si un padre o madre no tiene conciencia del estado de enfermedad o desnutrición de su hijo, no se preocupará por buscar ayuda para solucionar esta deficiencia, pero en la práctica no se encuentra tan fácilmente que se cumpla este supuesto, pues muchos cuidadores no dan importancia mayor al niño desnutrido sea porque están acostumbrados a ver niños desnutridos( hermanos, hijos mayores, etc. ) o porque sus propios hijos tenían deficiencias desde el nacimiento y no han sido valorados, diagnosticados o tratados a tiempo y adecuadamente lo que crea una percepción menor de la gravedad del problema.

“para los padres la desnutrición crónica de sus hijos no es un problema visible (común) y no les preocupa su tratamiento” 18

La incapacidad de las madres para percibir objetivamente el estado de nutrición de sus hijos se presenta como la principal limitante para generar actitudes y prácticas de prevención, detección y manejo oportuno de la desnutrición. La mayoría de las madres no cuentan con Elementos para saber si su hijo está teniendo un crecimiento y desarrollo adecuado. La ignorancia de la ganancia adecuada de peso durante el embarazo, el peso normal al nacer y la incapacidad para interpretar si el peso de su hijo es normal, les impide a las madres hacer un uso eficiente de los sistemas de vigilancia nutricional y de las cartillas de registro de peso y talla. (13). Dubickas K. 38

La relación entre la pobreza y el deficiente estado de salud se ha observado a lo largo de la historia, siendo la población infantil especialmente vulnerable a los efectos dañinos de ésta. La pobreza denota carencias en materia de salud y educación; de forma que los pobres son también vulnerables, en el sentido que están excesivamente expuestos a riesgos múltiples, como el riesgo de la mala salud, el de un ambiente deficiente y el de la violencia que a menudo surge en situaciones de desesperanza y temor. (4). Dubickas K.38

Se sabe que su estado de salud y nutrición, así como la herencia genética, su temperamento, su organización psíquica, su familia y el contexto social, económico, histórico y cultural condicionan el desarrollo del niño. (6)

De acuerdo con el modelo ecológico de Bronfenbrenner, el desarrollo es producto de la interacción del niño con su ambiente inmediato, denominado microsistema; de las conexiones entre los elementos de ese microsistema (familia, escuela, etc.) y de los escenarios sociales que lo afectan (ecosistema). (6)

Para una mejor comprensión de la problemática nutricional e involucrar a los cuidadores, en nuestra experiencia se usó el modelo de entrevista personal, para explicar, motivar y enseñar a la persona encargada del cuidado del niño los cambios que debía implementar para lograr las metas propuestas.

La educación individual es una comunicación durante la cuál existe un contacto personal entre el agente de extensión (de salud y otros) y un miembro de la comunidad, con el fin de mejorar su nivel de nutrición y el de su familia.

Según Leclercq, la conducta humana es afectada por 5 factores: motivación, conocimiento, autoestima, decisión y destreza (saber qué hacer y cómo hacerlo).

Motivación es el resultado de la toma de conciencia de la importancia de un problema, de la percepción de las consecuencias de su conducta o de una conducta alternativa (Ejemplo: la madre toma conciencia de que su hijo tiene mala salud porque está desnutrido; ella reconoce la importancia de modificar la alimentación diaria del niño).

Conocimiento: saber qué cambio hay que hacer. Es en esta fase que interviene el conocimiento (Ejemplo: la madre convencida de la necesidad de modificar la alimentación diaria de su niño, sabe qué es necesario hacer: aumentar la ración adicionando los alimentos adecuados e incrementando el número de comidas por día).

Autoestima: los cambios de conducta en materia de salud son a menudo impedidos por la falta de confianza en sí mismos de los principales implicados en la acción (Ejemplo: aunque la madre conozca las comidas que podría preparar para su hijo, ella necesita además sentirse capaz de prepararlas correctamente).

Decisión, que tiene relación con el sistema de valores de la persona. Entre numerosas posibilidades, la persona deberá elegir lo que le conviene más, según sus preferencias (Ejemplo: una madre que confía en sí misma puede que no cambie su conducta simplemente porque tiene otras prioridades. Ella puede decidir o no decidir el tiempo necesario para la preparación de las comidas de su hijo más pequeño. Esto puede no ser prioritario para ella. Entre las muchas soluciones que se le propongan, ella elegirá aquellas más acordes con su sistema de valores y creencias y el de su grupo de referencia).

El quinto factor es la destreza, facultad de saber qué hacer y cómo hacerlo. Cuando una persona decide realizar un cambio, lo ensaya primero, pero su opción dependerá del resultado que obtenga. Si el resultado es positivo, continuará aplicando la nueva idea, pero si es negativo, le surgirán dudas y lo abandonará (Ejemplo: una madre que decide probar una nueva receta para preparar los alimentos de su hijo, juzgará el resultado de la comida cuando esté cocinada. Si el resultado es positivo, seguirá usando la receta, pero si es negativo, no la usará más).

El modelo de Leclercq no toma en cuenta los factores externos. Es evidente que estos factores influyen sobre los patrones de conducta y las decisiones. FAO. 34

### **3.3- SELECCIÓN DE ALIMENTOS**

Las recomendaciones a las madres respecto de la alimentación del niño no siempre son suficientes y adecuadas para influenciar de manera positiva en las creencias y conductas de la madre y la familia respecto de la alimentación del niño.(5)

El mejoramiento de los conocimientos y creencias, así como las prácticas de alimentación del niño, se encuentran entre uno de los objetivos, razón por la cual contempla un fuerte componente de educación de las madres y la familia. A partir de esta estrategia, se espera que se produzca una modificación progresiva en los conocimientos, creencias y prácticas de la comunidad en relación con la alimentación del niño. (5) .Dubickas K. 38

Como se observa al revisar literatura al respecto la dieta básica a variado muy poco desde el tiempo colonial hasta nuestros días, pues son pocos alimentos los que han sido base para la dieta ecuatoriana, lo que ha variado es su cantidad, forma de preparación, disponibilidad ya sea por falta de cultivo (quinua, sangorache, camote, achira, jícama, sambo, calabaza) suplantación de alimentos básicos por otros menos nutritivos ( arroz) o encarecimiento de los mismos (quinua, carnes, trigo, cereales) pues cada día el valor nutritivo de la dieta es menor e incluso su consumo diario es muy cambiante 1 a 3 comidas diarias ) dependiendo de factores como económicos, disponibilidad de alimentos, educación nutricional, dependencia extranjera, cambio de valores alimenticios, menor disponibilidad de tiempo libre, etc. Siempre agravada por el empobrecimiento gradual y continuo de la población ecuatoriana.

Los alimentos básicos no llegan quizá a dos docenas y con otros alimentos ocasionales y de poco consumo tal vez no excedemos de cinco docenas” Naranjo 1985

Las autoridades estatales como Ministerio de Salud, Agricultura, Educación, Bienestar Social, poco o nada han difundido tablas de valores nutricionales o modelos dietéticos para la población ecuatoriana por tanto las recomendaciones de los médicos, nutricionistas, caen en un vacío pues no pueden ser comparadas con valores internacionales o no son entendidas y asimiladas por la población en perjuicio de su propia salud.

Si revisamos los ingredientes vemos que son pocos los de consumo masivo:

Proteicos: leche, queso o quesillo, yogurt, carne de pollo, res, cerdo, cuy, pescado, mariscos, huevos.

Cereales: arroz, maíz, harinas, fideos o pastas, avena.

Leguminosas: fréjol, lenteja, haba, alverja, soya.

Hortalizas: col, nabos, acelga, brócoli, zanahoria, coliflor, remolacha, espinaca, tomate, cebolla.

Tubérculos: papas, mellocos, yuca.

Frutas: manzana, guineo, uvas, naranja, mandarina, piña, plátanos.

La introducción de alimentos “externos” se ha popularizado como son fórmulas lácteas, sopas y alimentos precocidos, conservas, embutidos, colas, dulces, galletas,” comida chatarra” son los de alta densidad energética y bajo valor nutritivo (hamburguesas, papas fritas, cachitos, jugos, colas, gelatinas, energizantes) en reemplazo de lo natural y tradicional siendo en muchos casos su consumo mayor, ya sea por disminuir tiempo y formas de preparación de comidas, moda u otros factores.

“contamos con una gama variable y accesible económicamente de vegetales y diferentes tipos de carnes, no conocemos las propiedades nutritivas y sus aportes, ya que somos una población que consume más hidratos de carbono que proteínas y vitaminas. Por eso recomendamos que a nivel de Gobierno se realicen campañas de educación respecto a la nutrición, ya sea a través de los medios de comunicación, en los centros educativos y los consultorios primarios de salud que deben hacer énfasis en el control de crecimiento y desarrollo de nuestros niños. Además, las madres deberán tener un mayor acceso en la nutrición en los centros comerciales y esto no debe ser sólo a nivel urbano, sino también en la población suburbana y rural.” Bayron S (9)

Lo ideal y que se recalcó en las entrevistas con las madres y cuidadoras es que al niño se le prepare una dieta que contenga al menos 1 producto proteico (30% de la ración) energéticos como los cereales o derivados, tubérculos (30%) suplementarios: verduras y fruta (30%), grasas : quesos, mantequilla aguacate, aceites, y leche o jugos naturales 5%.

El horario de comidas se fijó en 5 comidas repartidas en desayuno, colación matutina, almuerzo, colación vespertina, merienda. Si el niño rechaza el alimento la madre deberá intentar darle las veces que sea necesario evitando el castigo, las amenazas y demostrando cariño, tolerancia y en un ambiente familiar agradable.

Crear horarios y hábitos alimenticios para fomentar una cultura de alimentación que perdurará para el futuro asegurando una alimentación, sana, equilibrada y una salud buena.

Evitar uso de sustancias como salsas, mayonesas, cubos maggi, gelatinas, gaseosas, chitos, dulces, saborizantes, sazoadores, exceso de sal o condimentos, grasa saturadas.

La incorporación de alimentos debe ser gradual y en pequeñas cantidades para su aceptación, repitiendo un mismo alimentos de 2 a 3 días seguidos (probar intolerancias o alergias).

Tratando de combinar lo mejor posible y de acuerdo a posibilidades económicas, de tiempo y conocimiento de alimentos.

Se considera que la recuperación de los desnutridos era muy baja cuando la causa principal era el hipo aporte de alimentos y no se contaba con los recursos necesarios. (7).Dubickas .K. 38

“Mal nutrición, mala o deficiente información respecto a los alimentos que se deben consumir, cantidades, variedades requeridas para proporcionar al organismo los nutrientes para el crecimiento y desarrollo (obesidad o desnutrición ) , puede llevar a retardo en crecimiento, bajo peso-talla, anemia, aspecto débil, o incluso retrasos irrecuperables en el desarrollo psicomotor” 2

La vulnerabilidad alimenticia es “la probabilidad de que se produzca disminución aguda del acceso a los alimentos, o a su consumo, en relación con un valor crítico que define niveles mínimos de bienestar humano”. Vulnerabilidad nutricional es el aprovechamiento biológico de los alimentos condicionado por factores como calidad de la dieta, salud individual. La población más vulnerable es la que enfrenta un mayor riesgo, con menor capacidad-respuesta a ese riesgo. Programa Mundial de Alimentos FAO. 16

### **3.4- PIRAMIDE ALIMENTARIA**

Es un modelo para presentar a los alimentos, su valor nutricional, uso y recomendaciones de consumo.

En las entrevistas con las madres se puso mucho cuidado en recalcar el valor nutritivo de cada alimento ( de la dieta básica familiar) para lograr las mejores combinaciones posibles tanto en valor nutritivo como disponibilidad , presentación , cantidad , etc. tratando de lograr la cantidad recomendada de calorías 1200 menores a dos años y 1500 para menores de cinco años, como se explicó en las dietas propuestas.

Hay varios ejemplos o modelos pero todos coinciden en aspectos básicos que son:

En la base, recomendaciones como ejercicio, control peso, medidas higiénicas, etc. Luego los alimentos “buenos” o blancos, como carbohidratos (pan, arroz, cereales enteros o integrales) y grasas como aceite de oliva, pescado y agua. En el siguiente piso los verdes, frutas y verduras o vegetales (consumir de 3 a 4 veces al día). En un piso superior nueces, leguminosas como fréjol, lentejas. En el siguiente nivel: carnes blancas, huevos (consumir de 1 a 2 veces diarias) en un penúltimo piso lácteos y derivados bajos en grasas y ricos en calcio (consumir de 2 a 3 veces al día. Y en el último nivel los rojos como: grasas

saturadas, margarinas, alimentos procesados, carnes rojas, carbohidratos refinados (arroz, pan blanco, papas, pastas, azúcares procesados (dulces, mermeladas, etc.)

Estas recomendaciones no están todavía autorizadas para las dietas infantiles, pero sirven para el conocimiento de la madre y la dieta familiar.

Algunas consideraciones para la adquisición, selección ,preparación de alimentos están íntimamente ligadas con la disponibilidad de recursos ya sea económicos( ingresos económicos, trabajo ),de alimentos( ya sea por compra o producción familiar en huertas o sembríos) , condiciones medio ambientales (servicios básicos como agua potable o tratada, luz, buena disposición de excretas, control del humo, ambiente libre de contaminación animal (cuyeros , chancheras, pesebreras, etc.) o ambiental basureros, ríos contaminados, abonos orgánicos o inorgánicos, fábricas, polvo, etc., accesibilidad con carreteras o caminos, distancia a centros poblados, ciudades, distancia a centros de atención médica, etc. Que tienen mucha importancia para que la madre o encargada de la preparación de los alimentos pueda ofrecer una dieta saludable para su familia

Entre algunos factores asociados a tener en cuenta están:

- 1-Acceso insuficiente o desequilibrio de los alimentos
- 2- Bajo ingreso familiar (falta capacidad de compra, malos gastos)
- 3- Tamaño familiar, a más familia menor cantidad-calidad de alimentos por persona
- 4-Enfermedades, alteraciones en la absorción, utilización de alimentos, parasitismo, anemias, alergias.
- 5-Enfermedades que aumentan la necesidad de nutrientes: carencia de Fe,  
Vitamina A, EDA, IRA, diarreas,
- 6-Inadecuada distribución de alimentos entre los miembros de la familia
- 7- Inadecuados hábitos alimenticios

Con una adecuada información, educación algunos de estos factores podrán ser superados para beneficio de la familia y el niño enfermo o desnutrido.

### **3.5- CONSEJOS PARA PREPARACION DE ALIMENTOS**

Higiene :” La conservación de los alimentos se la hará en lugares limpios con normas mínimas de higiene, lavado de manos con jabón antes y luego de manipularlos, usar ropa limpia, mangas arremangadas, protectores (delantales), utensilios limpios y lavarlos siempre luego de su uso,

No pruebe la comida con sus manos durante la preparación, prepare la cantidad suficiente que consumirá, si sobre guarde en recipientes limpios de preferencia en refrigeración. Utilice agua potable o hervida para su preparación”<sup>36</sup>

No hervir las legumbres, pues pierden su valor nutritivo.

Consejos para mejorar papillas y sopas: Aswort A. 37

- 1- Cocinar con menos agua y hacer papillas más espesas
- 2- Sustituir algo o toda el agua por leche
- 3- Agregar energía (leche en polvo, azúcares, margarina) y nutrientes( pepa sambo, calabaza) a las preparaciones
- 4- Tostar granos de cereal y molerlos (trigo, harinas , quinua)
- 5- Sacar pedazos sólidos de (carnes, frijoles, verduras) molerlos y esparcirlos
- 6- Ablandar con un poco de margarina o aceite

#### **4-CONTROL MEDICO PERIODICO**

Para abordar este aspecto tan importante en el tratamiento de la salud de cualquier persona se debería analizar desde por lo menos dos puntos de vista, el del paciente y su familia (cuidadora) y el del personal médico (equipo de salud, subcentro, hospital, etc.) ya que son visiones que por momentos no tienen puntos de convergencia sino son contrarias y a veces diametralmente opuestas ejemplo gravedad de la desnutrición, efectos carenciales a largo plazo, deterioro de salud físico-psicosocial, etc.

El modelo implementado en el Ecuador para la detección, atención del niño desnutrido se basa en la atención del paciente cuando llega a los puestos de salud (modelo curativo-asistencial) ya sea para el parto de la madre, los controles postnatales, vacunación, controles del “niño sano”, asistencia alimentaria con el programa “Mi Papilla” o por requerir asistencia médica por distintas enfermedades, limitándose a cumplir con el llenado de formularios y la atención requerida por el paciente.

“generalmente el niño es traído al Centro de Salud por presentar otra patología diferente a su desnutrición (intercurrente) ya sea por primera vez o por varias ocasiones” Bernard A.10

A pesar de existir programas como el AIEPI ( atención integrada de enfermedades prevalentes de la infancia), Vacunación Infantil, PANN 2000, complementación de hierro y vitamina A, probados internacionalmente, muchas veces el involucramiento profesional del médico es mínimo, sin un correcto diagnóstico, mal llenado de datos y formularios, poco apego a protocolos o normas estatales, carencia de insumos o medicación, disponibilidad de tiempo insuficiente en la consulta , mal llenado de datos y estadísticas, falta de

conocimientos, o no compromiso para lograr un adecuado diagnóstico y tratamiento del paciente.

Algo similar fue detectado en un estudio en Rosario – Argentina por la doctora Ana Bernard (10). quien expone algunas características de ese modelo de atención de salud:

“Sub registro de datos del niño y la familia

Mal uso o desconocimiento de protocolos de atención

Abordajes diferentes (criterios, conductas, tratamientos)

Conjunto de factores institucionales-asistenciales, de nutrientes deficientes sobre la evolución del estado nutricional del niño

Subvaloración de factores de desnutrición del niño en la familia, educación (hogar-escuela) y factores de prevención

Falta de monitoreo del niño desnutrido y la familia en su entorno”

Si vemos que en la atención directa hay poca involucramiento, es fácil deducir que el seguimiento de la evolución de la patología o estado nutricional, condiciones de vida, ambiente biopsicosocial del niño y la familia será mínimo o nulo, pues la atención se limita en muchos casos al ambiente físico u hospitalario, ignorando el ambiente familiar, sin visitas de control. Por tanto este modelo es imposible que ayude para un correcto manejo de los niños con problemas de desnutrición.

De la literatura revisada se deduce que es básico el control y seguimiento supervisado programado y constante ya sea mensual o bimensual y continuo hasta los cinco años de edad, abarcando los aspectos médico, dietético, nutricional, asistencial, afectivo, de niño en su contexto familiar para poder hacer una correcta evaluación y asistencia del niño desnutrido.

Para lograr este objetivo se promueve la visita domiciliaria del personal de salud (médico, enfermera, trabajadora social, promotores, etc.) en una auténtica medicina familiar y comunitaria con cumplimiento de normas básicas que tomen en cuenta el aspecto médico, psicosocial, familiar, económico, del niño y su entorno.

Estas acciones siempre deberían de estar respaldadas por un programa bien elaborado de asistencia médica-educativa- asistencial, ya sea de organismos estatales, locales o comunitarios pues tiene poco valor el que se haga un buen diagnóstico sino hay posibilidades reales de cambio de esos factores causales de la desnutrición, desperdiciando recursos humanos, técnicos, asistenciales sin lograr el objetivo principal, superar la desnutrición y cambiar el enfoque familiar sobre desnutrición, enfermedad.

La atención integral se dará con preferencia al niño enfermo o desnutrido, pero también a la madre ya que es generalmente ella quien cuida al niño, lo alimenta, y tiene el control de

actividades hogareñas, compra de alimentos, cuidado de niños, vestuario, si ella no se involucra en las acciones programadas para el cambio y/o tratamiento del niño es poco lo que se logra como resultado efectivo para disminuir la afectación del infante.

Es importante también proponer la integración a todas las actividades del resto de la familia, (padres, cuidadoras, hermanos) e inclusive la misma comunidad con programas como huertas familiares, centros de cuidados, guarderías, programas educativos, talleres, programación de actividades de control, impactación ambiental, etc.

Entre algunas recomendaciones de la OMS (13) para promoción del crecimiento están:

- 1- Evaluación periódica del crecimiento del niño
- 2- Toma de decisiones y acciones
- 3- Toma de decisiones y acciones comunitario y programático para el apoyo de las acciones a nivel del hogar
- 4- Seguimiento y retroalimentación de las acciones en el hogar y comunidad

Un modelo para la visita domiciliaria lo propone las normas del AIEPI formuladas por la OMS, y adoptadas por gobiernos locales, caso del Ecuador trae recomendaciones tanto para la visita domiciliaria inicial como de seguimiento. 43.44

Protocolo OMS de primera visita domiciliaria a niño de 2 meses a 4 años 13.43.44

- 1- Evaluación signos peligro de muerte : no puede alimentarse o tomar agua
- 2- Tos: frecuencia respiratoria  $>40'$  , somnolencia, tiraje, ruidos respiratorios, producción de moco, fiebre
- 3- Diarrea: somnolencia o inquietud, no puede beber o amamantarse, piel y mucosas secas, signo de pliegue, ojos hundidos, sed intensa, vómitos, diarreas y sus características, sangre en heces, tiempo de evolución
- 4- Fiebre: mayor a 38,5 °C, rigidez de nuca, piel caliente o sudorosa, está somnoliento o inconsciente, sangrados: epistaxis, nasal, en orina , vómitos
- 5- Problemas de oído: inflamación, dolor, adenopatías, supuraciones, fiebre, hipoacusia
- 6- Anemias o desnutrición: enflaquecimiento, hinchazón de cara , pies , abdomen, peso bajo, falta de apetito, palidez de piel , conjuntivas, palmas. Falta de crecimiento.

Situación nutricional del niño:

- ❖ Desnutrición grave y /o anemia grave
- ❖ Peso muy bajo y/ o anemia

❖ No tiene peso muy bajo ni anemia

Graficar la curva de crecimiento del niño en los registros como carnets, historia clínica, gráficos: buena (ascendente), señal de peligro (horizontal) y mucho peligro (valores descendentes).

- 7- Revisar esquema de vacunación
- 8- Relaciones afecto-amor entre madre o cuidadora y niño : cuidados, actitud, caricias, modo de hablarle, asistencia (que le dejen solo en casa) , comida (cantidad, calidad, horarios, porciones hábitos, asistencia)
- 9- Medidas preventivas: características de la vivienda: espacio, hacinamiento, ventilación, humo, aseo en casa y alrededor, dormitorios, cocinas, ropa y calzado utilizados, disposición de servicios básicos: agua, luz, disposición de excretas, vías de comunicación.

Todos estos datos anotados lo más certeramente posibles en formularios diseñados para el efecto o en historia clínica del niño o la familia. Las opciones son en todos los ítems tres signos de alarma, alerta o atención. Y su resolución igualmente en tres niveles casero, atención en hogar, atención en centro u hospital (derivación).

Para protocolos de seguimiento

1- Evolución del niño:

Sano se dará asistencia y consejería

Enfermo: asistencia, revisión, comparación con datos anteriores, tratamiento ya sea en hogar o centro salud local o remitirlo a otro nivel

- 2- Evaluación de factores protectores : vacunas, trato madre-hijo, problemas de alimentación, hogar, medio ambiente
- 3- Priorizar recomendaciones: salud, alimentación, limpieza y cuidados del hogar y entorno, buscar ayuda adecuada familia, comunidad, asistencial
- 4- Planear actividades: promoción de salud, niño, madre, otros miembros, anticoncepción, prevención ETS, parasitismo, factores protectores de la vivienda
- 5- Hábitos saludables: alimentación, higiene, recreación, ocupación tiempo libre
- 6- Integración social: familiar, comunitario, redes de apoyo
- 7- Búsqueda de ayuda: grupos apoyo, asistencia estatal, local
- 8- Acciones comunitarias : Identificación de problemas

Planificación de actividades, soluciones

## Búsqueda de apoyo

### Organización social comunitaria

Recomendaciones para padres y cuidadores sobre atención, cuidados, signos de alerta, administración de medicamentos, alimentos, complementos, relaciones afecto, evitar malos tratos, malas prácticas o costumbres, recomendaciones para cuidado, importancia de problema y acudir a controles programados y cuando sea necesario para atención del niño.

De estas revisiones se puede sacar como aportes básicos, que debe haber un involucramiento real del personal de salud ( médico, enfermera, promotor) para brindar una asistencia efectiva de calidad y cumpliendo normas establecidas , un capacitación constante en el campo médico, diagnostico, asistencial, de tratamiento, técnico (llenado de formularios: registro de atención del niño de 2 meses a 4 años de edad, aiepi, conocimiento y cumplimiento de protocolos) , seguimiento del paciente y su entorno familiar, búsqueda de soluciones y ayudas ya sea a nivel local, comunitario o de referencia, involucramiento de la familia, comunidad en el tratamiento y prevención de enfermedades como la desnutrición infantil.

Control médico periódico mínimo bimensual ya sea en centro de atención fijo (Subcentro, hospital) con acompañamiento a la consulta de preferencia de la madre o cuidadora del niño, para la logística de prevención, educación, atención del niño.

De no ser posible esta concurrencia a los centros asistenciales, se programará visitas domiciliarias con normas básicas de atención, pero con el compromiso familiar de acudir a los centros para la dotación de vacunas, medicinas, insumos, complementos, educación poniendo especial cuidado en dar un mensaje claro y sencillo que sea bien receptado, comprendido por la madre o cuidadora y valorado en visitas posteriores, comprometiendo a la familia en el tratamiento del niño enfermo.

“ se llega al diagnóstico precoz de desnutrición por medio de controles periódicos programados de salud, valores de curvas de peso en descenso y /o debajo del percentil 5 con antecedentes de carencia e la alimentación” Byron S. 9

En algunos artículos dan mucha importancia al hecho de anotar es estado anterior y actual del niño desnutrido para valorar la eficacia de las diferentes intervenciones en el tratamiento del enfermo, siendo reconocidos algunos estados que resumidos serían:

“Evolución del niño desnutrido:

- 1- Recuperados, valores antropométricos normales en 6 meses
- 2- Mejorado, recuperación sin llegar a valores normales
- 3- Cronificado, desnutrición aguda que evoluciona a crónica (más de 6 meses)
- 4-Emaciado, desnutrición crónica que pasa a desnutrición aguda

5- Recidivante, mejoría (eutrófico) pero vuelve a caer en desnutrición

6-Estable, permanece en iguales condiciones”. 10

#### **4.1 TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES MÁS COMUNES EN LOS NIÑOS**

Para el tratamiento de las enfermedades más comunes de la infancia ya sea a nivel domiciliario o en Sub centro u Hospital se siguen las normas del MSP del Ecuador sobretodo los programas del AIEPI y sus protocolos y recomendaciones.

En Santa Ana se observa que entre las 10 causas de morbilidad infantil están: enfermedades de IRA, (bronquitis, neumonía, amigdalitis, procesos gripales, otitis, etc.) EDA (gastroenteritis, diarreas) parasitismo (amebiasis, shigelosis, giardiasis, ascariasis) y la desnutrición. Para el tratamiento de estas enfermedades se aplican las normas y protocolos del MSP.

El AIEPI es una estrategia auspiciado por la OMS y UNICEF desde 1996 , es considerada en la actualidad como la estrategia más eficiente para reducir la carga de enfermedad y discapacidad en la población, y contribuir a un crecimiento y desarrollo saludables durante los primeros cinco años de vida.

La AIEPI es un enfoque integrado de la salud infantil que se centra en el bienestar general del niño. Su finalidad es reducir la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad en los niños menores de cinco años, así como promover su mejor crecimiento y desarrollo. La estrategia abarca componentes preventivos y curativos para su aplicación tanto por las familias y las comunidades como por los servicios sanitarios. Programa “niños sanos: la meta del 2002”

Las acciones son de evaluación (peligro, enfermedad, o estado normal), clasificación de enfermedad (consejería en amarillo, tratamiento simple, prevención, promoción de salud en verde, tratamiento urgente y referencia en rosado. Según cuadros de procedimientos, protocolos internacionales revisados y aprobados por el MSP del Ecuador. 44

La AIEPI abarca tres componentes principales:

- Mejora de la formación del personal sanitario en el tratamiento de casos
- Mejora general de los sistemas de salud
- Mejora de las prácticas sanitarias en las familias y comunidades.

En los centros sanitarios, la AIEPI promueve el diagnóstico correcto de las enfermedades de los niños no hospitalizados, vela por el tratamiento combinado apropiado de todas las enfermedades principales, refuerza la prestación de asesoramiento a los dispensadores de atención y acelera la derivación de los niños con enfermedades graves. En los hogares, promueve comportamientos apropiados cuando se necesita asistencia sanitaria, así como la

mejora de la nutrición, la atención preventiva, promoción de salud y la aplicación correcta del tratamiento prescrito.40. 41.42.43.44.

El Ecuador adoptó este programa y lo viene ejecutando en los distintos centros del MSP pero todavía hay déficit sobretodo en la capacitación del personal y la aplicación correcta de las normas y protocolos, también hay carencia en cuanto a la dotación correcta de medicamentos e insumos por lo que su eficiencia es medianamente satisfactoria.

En cuanto a la difusión de guías, talleres y organización comunitaria o familiar la deficiencia es mayor debido al enfoque curativo- asistencial de la medicina en nuestro país sin dar la debida importancia a la medicina primaria o comunitaria para un cabal conocimiento y educación de las familias en el cuidado, atención, manejo y supervisión de la salud y el control de las enfermedades.

Si embargo es importante resaltar que se ha logrado un avance significativo en cuanto a prevención (vacunación, planificación familiar, programa PANN 2000) y atención de las enfermedades de la Infancia AIEPI , disminuyendo la incidencia de enfermedad esto en Santa Ana se ve reforzado con el programa de medicina familiar donde los médicos acuden a controles y visitas en las comunidades o domicilio, dando educación , consejería, tratamiento y fomentan cambios en la conducta de la familia( madre) para un tratamiento mejor en los casos de niños desnutridos tanto en el cuidado, dieta, y tratamiento oportuno de enfermedades.

También se ha observado en la práctica que los niños que presentan más riesgos, desnutrición y malos cuidados, tienen más enfermedades ( en tipo y tiempo de curación) siendo niños que continuamente están enfermos y por ende no se recuperan de su estado de desnutrición más bien agravan su ya precario estado de salud.

## **5-ASPECTOS DE LA FAMILIA EN RELACION AL NIÑO DESNUTRIDO**

### **5.1 Estructuración familiar**

Al ser el niño desnutrido parte integrante de una familia es lógico pensar que cualquier cambio, alteración, deficiencia en el núcleo y entorno de su hogar van a afectar en las actividades, costumbres, cuidados, salud, economía de cada uno de los integrantes de esa familia y en particular en el de los enfermos.

En primer lugar consideraremos la estructura familiar, siendo el modelo tradicional el de la familiar nuclear (padre, madre, hijos) viviendo bajo un mismo techo (casa) y compartiendo una misma alimentación (comida) con normas propias establecidas de convivencia para esa familia.

Actualmente este modelo es cambiante ya sea por migración de uno o los dos progenitores, trabajo temporal o permanente fuera del lugar de vivienda (zona geográfica) asistencia de los niños a guarderías, centros de cuidado, escuelas, etc. Lo que hace que la estructura

familiar sea cambiante y las horas de unión o convivencia familiar se vean mermadas respecto a una familia tradicional.

En nuestro estudio se vio que generalmente los padres (hombre) trabajan fuera del hogar ya sea en el centro parroquial, Cuenca e incluso sean migrantes en el exterior. La madre está dedicada a trabajo en Cuenca (empleadas domésticas, vendedoras, empleadas públicas) en 18 de las 40 madres, o las actividades agrícolas en pequeña escala (parcelas familiares) con mucha limitación en el tiempo de atención para los niños, que generalmente quedan al cuidado de hermanos mayores o familiares como abuelas, tías, vecinas, teniendo en muchos casos un trato y cuidados pobres ya sea en alimentación, preparación de alimentos, higiene, vestuario, condiciones de salubridad domiciliaria y ambiental.

Por tanto el cuidado del niño desnutrido generalmente es malo o deficitario siendo uno de los principales problemas a tomar en cuenta para lograr un cambio efectivo ya sea con programas de educación, concientización a la madre, grupos de apoyo, guarderías, etc.

## **5.2 Nivel Económico**

Este aspecto de la vida familiar es difícil de averiguar y sobretodo cuantificar debido a la resistencia en cuanto a revelar el ingreso económico familiar, pero se pudo clasificar en tres categorías: ingresos mensuales familiares < 300 dólares americanos, entre 300 y 500 dólares y > 500 dólares. Según estimaciones gubernamentales la canasta básica familiar está en 420 dólares.

Como en todo grupo económicamente activo la familia necesita un presupuesto mínimo para su supervivencia, si este ingreso no cubre las necesidades básicas es fácil entender que los problemas de hacinamiento, mala alimentación, enfermedad, van a estar presentes en ese hogar y la superación de esos problemas va a ser muy difícil a veces volviéndose una constante o lo normal, siendo aceptado por la familia, con pocas posibilidades de cambio sin la debida asistencia de otras personas (grupos apoyo familiar o comunitario) fuera de su núcleo familiar.

Si no hay posibilidades de afrontar problemas que involucren gastos económicos extras (enfermedad, medicación, alimentación) la situación será igual y empeorará día a día con el pronóstico llegar a extremos que terminen con la estructuración familiar o la vida de las personas afectadas.

## **5.3 Nivel de escolaridad de la Madre**

En todas de las publicaciones revisadas se da gran importancia a la educación de la madre o cuidadora del niño desnutrido, debido a que es ella generalmente la encargada de los cuidados del niño.

Es de común acuerdo que a un nivel mayor de instrucción, mejores serán los cuidados y la recepción de las normas y consejería para el cuidado de niños enfermos o desnutridos, siendo mejor receptados y cumplidos los mismos con una recuperación más rápida y efectiva.

Por consiguiente un nivel bajo de instrucción será un factor de riesgo más, para la superación de la desnutrición infantil.

“factores de riesgo para desnutrición proteico-calórica, son nivel de escolaridad, instrucción bajo de la madre, interrupción temprana de la lactancia materna, embarazo en edades extremas (< 20 o < 35 años) de la edad fértil, peso al nacer bajo entre 2500 y 3000 gr”  
Revistas Pediatría de Cuba. 28

Se ha tomado en cuenta recomendaciones internacionales de un nivel de instrucción mínimo (escuela básica de 6 años de estudio) para determinar el nivel mínimo de instrucción de la madre.

#### **5.4 APLICACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS DE PROGRAMAS EDUCATIVOS**

Para poder realizar cualquier acción en un paciente o familia es básico conocer si las explicaciones, recomendaciones, educación impartidas han sido bien entendidas, comprendidas por parte de los que las aplicarán (padres, madres, cuidadoras, etc.) por lo tanto es indispensable realizar con ellas un resumen lo más detallado posible de las acciones a seguir ya sea en el centro asistencial (Sub centro, hospital) en puestos de salud comunitarios o en el propio hogar, tomándose el tiempo necesario y los materiales como cuadernos, instructivos, modelos, etc. y repasar conjuntamente hasta lograr una buena comprensión de lo explicado, esto redundará en una correcta aplicación, mejor y más temprana recuperación de la enfermedad o estado de desnutrición.

La evaluación práctica se verá reflejada en el estado del niño en la próxima consulta (en centro asistencial) o visita domiciliaria, no mayor a 1 mes. Si la comprensión y ejecución son buenas, el estado general mejorará y por el contrario si no fue satisfactoria el estado general será igual o empeorará haciendo más difícil y larga su recuperación.

“promoción de salud familiar:

- 1- Invitar a la familia a que integre al niño, según su edad, a las actividades familiares y comunitarias
- 2- Motivar a la familia a observar el crecimiento y desarrollo del niño
- 3- Inducir, ayudar con factores protectores para un adecuado crecimiento del niño
- 4- Fomentar, estimular en el niño hábitos saludables, como amor, afectividad, comunicación, solidaridad, respeto y tolerancia
- 5- Bienestar y crecimiento integral de cuerpo y mente, a través del trabajo, estudio, actividades artísticas, deporte, juegos y descanso
- 6- Cuidado del medio ambiente, pureza del aire, cuidado de fuentes de agua
- 7- Alimentación más variada, rica y nutritiva posible
- 8- Planeación y aplicación de medidas preventivas
- 9- Consulta continua y regular

## 10- Búsqueda de ayudas y cuidados hacia los problemas de salud” 43.

También es importante observar algunas de las situaciones o acciones que dificultarían el correcto manejo de la recuperación del niño desnutrido como serían falta de comprensión de acciones , oposición o mala predisposición de uno de los padres o cuidadores, limitaciones económicas, mala organización familiar, falta de alimentos , poca atención o importancia hacia el niño y su estado actual, no administración de medicamentos, insumos, complementos alimenticios, vitaminas , falta visitas de seguimiento, o asistencia a controles, abandono de acciones de recuperación o tratamiento.

Todo esto agravará considerablemente el estado de salud y será causa de un estado mas grave y continuo de enfermedad en el niño.

En la práctica estas consideraciones y actitudes no son tan infrecuentes, más bien es lo esperado sobretodo en familias con bajos niveles educativos y económicos, haciendo que la desnutrición infantil se vuelva un círculo viciosos de pobreza, enfermedad, con muy pocas posibilidades reales de recuperación o curación.

“Algunos factores para la no recuperación del estado de desnutrición:

- 1- Violencia intrafamiliar
- 2- Inestabilidad en el hogar
- 3- Consulta médica irregular
- 4- Mas de un hijo desnutrido en la familia
- 5- Falta de recursos económicos
- 6- Falta de buena atención al niño desnutrido
- 7- Asistencia sólo para programas de beneficio como medicinas , complementos
- 8- Consumo de comidas fuera de casa ( guarderías, escuela, familia)
- 9- Dieta pobre en alimentos y nutrientes
- 10- Falta de buena atención médica” 32

## **5.5 ACCIONES COMUNITARIAS**

Es quizá esta una de las tareas menos desarrolladas ya que depende de muchos factores como unión y organización comunitaria, planificación y priorización de acciones, disposición de recursos humanos, materiales, económicos etc. Para poder realizar una efectiva ayuda a las familias y personas que la necesiten.

En teoría esta ayuda en el caso de los niños desnutridos podría darse en algunos puntos clave como serían:

- 1- Asesoría y ayuda para organizar huertos familiares donde se cultiven alimentos útiles para mejorar la dieta familiar.

2- Organización y funcionamiento de centros de cuidado y recuperación infantil, guarderías donde sean cuidados los niños desnutridos durante el día o las horas que sus madres trabajen.

Hay modelos como el CIDI (centros integrales de desarrollo infantil) en Bolivia, donde madres y miembros de la comunidad atienden un promedio de 25 niños de 6 meses a 6 años en cuidados generales, atención primaria de salud, alimentación diaria y complementaria ( 55% de requerimientos nutricionales) , control del crecimiento, desarrollo educativo . Durante 4 – 6 horas diario, 5 días a la semana. Recibiendo el aporte estatal (programa directo) y capacitación permanente. 29.

El CONIN en Chile (instituto para internación y recuperación de niños desnutridos, con estadías promedio de 3 a 6 meses como programa estatal.

Estos modelos podrían servir para mejorar las escasas guarderías del ORI existentes en la actualidad ( 1 en Ingapirca, 1 en San Antonio de Travana, 1 en San Pedro) que atienden a niños < 5 años con programas de cuidado diario, asistencia alimentaria, asistencia en salud –odontología esporádica, sin un presupuesto y programación estable, pero que son de gran ayuda para los niños y familias que los utilizan, debido a que reciben mejor trato, alimentación y cuidados que los que tienen en su hogar ( generalmente de bajos recursos, donde trabajan fuera del hogar padre y madre).

3-Coordinación con servicios de salud (estatales y privados) para promover acciones de educación, capacitación a las madres y familias de la comunidad a fin de mejorar las condiciones del hogar, medio ambiente, cuidado y atención de los niños.

4.- Programas de ayuda y asistencia- referencia (redes de apoyo, estaciones de 2º nivel de atención) para los niños y personas enfermas o que necesiten cuidados mayores.

5- Involucramiento directo en la detección, planificación y desarrollo de problemas y proyectos en ayuda comunitaria

Por lo anteriormente expuesto se comprenderá fácilmente que el abordaje, tratamiento y seguimiento de un niño (a) desnutrido es una actividad muy compleja que implica un involucramiento y compromiso total del médico, la familia, estado y la sociedad con resultados parciales y a largo plazo pero que cuando se logran aportan una satisfacción plena para todos los actores de este drama humano social, con la recuperación del niño, su integración real y efectiva a la vida familiar y comunitaria y una expectativa de vida mejor para su futuro.

## DISCUSIÓN

Esta investigación se realizó en un área rural en condiciones no controladas en su totalidad presentando por tanto sustanciales diferencias con estudios consultados como el proyecto “desnutrición cero” de Bolivia.

El proyecto CONIN de Chile que cuenta con internación en hospitales distritales para la recuperación de los niños desnutridos.

Los controles efectuados por la Universidad Nacional de Colombia, para la aplicación de la dieta del Dr. Roza en hijos de estudiantes universitarios tuvieron un seguimiento estricto del departamento de nutrición para avalar los resultados finales.

Las guía alimentarias consultadas argentina, española, tuvieron comités de expertos que calificaron y avalaron sus resultados.

Las recomendaciones dietéticas del programa PANN 2000 del Ministerio de salud del Ecuador cuentan con experiencias propias y reconocimiento de la OMS.

Las guías, modelos, recomendaciones y programas de la OMS son sin lugar a dudas modelos internacionales probados y recomendados para su aplicación en los distintos países del mundo con características que se asemejen a las propuestas.

Por lo tanto los modelos recomendados si tuvieron un alto grado de confiabilidad como para ser tomados como referentes en la propuesta de una dieta que aprovechando los productos de la región cumplan con las expectativas de calidad.

Lo fundamental era el presentar modelos o menús que aporten con un mínimo de 1000 Kcal/día más un incremento de 100 Kcal/d. por cada año de edad para ser preparadas por las madres o cuidadoras y ser administradas de manera fraccionada ya sea en 3 o 4 comidas diarias.

1- Lo encontrado en cuanto a la preparación, administración y control de las dietas es objeto de análisis desde varios puntos de vista.

El cumplimiento de las recomendaciones es muy pobre pues un 63.6% no las cumplen, solo el 36, 4% si cumplieron. Este incumplimiento se pudo dar por distintas razones o motivos como son:

A- Falta de dinero para cambiar o comprar los alimentos en cantidad y calidad requerida por ser una comunidad donde el ingreso mensual es de 180 dólares americanos (6.1%) 360 en el 63.6% por tanto las necesidades son otras y se relega el aspecto de cambio para cumplir la meta de una dieta saludable.

B- Falta de tiempo para la preparación de los alimentos, esto se ve reforzado por cuanto las cuidadoras (madres o familiares adultos) deben realizar aparte del cuidado de los niños, trabajos agrícolas, en la ciudad o son empleadas, por tanto su disponibilidad de tiempo para la preparación de las dietas sugeridas es muy poco y no cumplen las recomendaciones.

C- Al ser hogares con varios miembros, muchos de ellos niños de diferentes edades la dieta familiar es una sola, siendo muy difícil que haya un trato especial hacia el niño desnutrido.

- D- Los modelos tradicionales y costumbres hacen que sea difícil el cambio de conducta en un tiempo corto, pese a que estuvieron consientes de los beneficios del modelo propuesto y elaboración de dietas para cumplir lo programado
- E- La supervisión dietética no es posible realizarla de forma constante solo se revisa en las visitas de control y las indicaciones o recomendaciones recibidas prontamente fueron olvidadas o desestimadas, para regresar a lo cotidiano
- F- También puede haber un alto índice de falta de comprensión en cuanto a tipo de alimento, valor nutritivo de cada uno, cantidad, forma de preparación, número de comidas diarias, etc.

Todo lo analizado nos lleva a concluir que pese a ser modelos buenos, probados y exitosos su cumplimiento es insatisfactorio, lo que redundo es un bajo porcentaje de recuperación del estado desnutrición, o cambio del mismo hacia la normalidad.

2- En lo referente a la integración de los complementos alimentarios a la dieta de estos niños también merece un análisis razonado. Sólo un 13% consumieron MI PAPILLA y el 86,7% no lo hicieron de manera regular según recomendaciones que fueron 2 medidas servidas una a media mañana y otra a media tarde a manera de colación por lo que se deduce que su uso es prácticamente nulo, desperdiciando un valioso recurso en la recuperación del estado nutricional de los niños.

- A- La validación del producto MI PAPILLA tiene la certificación de la OMS y su recomendación como complemento es universal, por tanto está por demás discutir si es un producto bueno o no. Si sirve y es probado.
- B- Al ser repartido por el estado es este caso el Sub centro de salud, tiene normativas propias como son que no se dé a niños mayores de 3 años, quedando fuera del alcance de un 64% de niños del estudio. Que se proporcione sólo en las dependencias del Subcentro o ministeriales y por parte de funcionarios del mismo. No hay una dotación regular durante todo el año con períodos de carencia del mismo.
- C- El sabor desagradable, cansino para la mayoría de niños y la limitadas formas de prepararla hicieron que su utilización fuera muy baja
- D- La poca aceptación en experiencias previas de las madres hizo que se viera a este recurso como algo secundario, poco útil y de difícil dotación.
- E- Mal uso del producto como es el que sirva de alimento para animales como cerdos, gallinas, perros (muy común en el campo) antes que el indicado
- F- Hay poca difusión de las ventajas y utilidad de este muy buen complemento alimentario sin crear interés en las madres para hacer uso del mismo
- G- Pese a las gestiones y compromiso con autoridades locales de salud ( Jefatura de área, médicos, enfermera) la dotación del producto que al principio ( 4 meses iniciales ) se cumplió de manera regular y satisfactoria, poco a poco por los inconvenientes ya expuestos fue abandonado como recurso para la recuperación nutricional

En conclusión este excelente recurso no tuvo ni la comprensión, aceptación, ni dotación correcta para ser validado como herramienta útil en esta investigación. Pese a que en estudios similares si se demostró su utilidad fue un recurso adecuadamente utilizado y recomendado como lo demuestran las campañas de la OMS en distintos países del mundo.

3- Un punto a ser tomado en consideración es el relacionado con el uso de multivitamínicos , que en nuestra área rural o campo es práctica común como lo revelan los datos encontrados pues el 69,6% lo consumían , pudiendo esta conducta tener algunas lecturas como serían:

A- El uso y abuso de multivitaminas es práctica común y rutinaria en áreas urbanas y rurales del Ecuador, ya sea como tradición, recomendación familiar ,exceso de propaganda de casas farmacéuticas (para cambiar hábitos o crear necesidades falsas) falta de control en el expendio , no necesidad de receta médica para su compra , automedicación , creencias erróneas de efectos protectores o recuperadores de salud, haciendo todas estas características que su uso sea masivo y sin ningún control sanitario o médico

B- Pese a recomendaciones del equipo de salud para su uso de manera puntual en casos que si requerían, esta no se aceptaba y más bien era visto como algo negligente el que no se recomiende su compra y uso en los niños desnutridos

C- La cantidad de multivitamínicos era grande pero los más usados son complejo B en jarabes, vitaminas A, C, D. en jarabes o emulsiones, calcio y hierro ya sea en jarabes o tabletas.

No se encontraron pautas referenciales en la bibliografía para intentar hacer comparaciones sobre su utilidad, beneficios o consecuencia ya sean positivas o negativas. Si se encuentra la recomendación de su uso en casos específicos y controlados como serían estados carenciales de vitamina B, raquitismo, anemias pero siempre con supervisión médica y realización de exámenes de control como son laboratorio, hemograma, rayos X, etc. Complementos que no estuvieron al alcance de nuestro material de trabajo en el presente estudio.

4- En cuanto a enfermedades encontradas en los niños desnutridos se pudo comprobar que está de acuerdo a datos de la bibliografía consultada pues la condición de desnutrido, es una desventaja que crea en el organismo del niño condiciones para que enfermedades propias de la infancia como IRA, EDA, Parasitismos, gripes, enfermedades dermatológicas, déficit carenciales de hierro , vitamina A, anemias, etc.,

Sean encontradas en un alto porcentaje 84,8% agravando el ya precario estado de salud y dificultando su recuperación. Algunas consideraciones al respecto:

A- En los 33 niños del estudio se vio que solo el 5 el 15,2% no presentaron enfermedades o sintomatología. El restante 84,8% si tuvo distintas patologías como son IRA 78,8%, EDA 54,5%, parasitismo 69,7 %. Otras 63,6%.

- B- Las condiciones propias de sus viviendas como déficit en dotación de agua de buena calidad para el uso humano ( pese a que es tratada y considerada potable en el 97%) , servicios para la recolección de excretas (69%) , el hacinamiento considerado como la permanencia de 3 o más personas por dormitorio del 75,8% , mal vestido, pobreza, falta de hábitos en higiene, horarios de comida, lavado de manos antes de comer y luego de evacuación de orina o heces, área circundante a sus hogares con materiales como lodo, acequias, pastos, terrenos ondulados, etc. Hacen que las condiciones generales de vivienda sean deficitarias y favorezcan la aparición de enfermedades o que estas al ser tratadas se presenten nuevamente en períodos cortos , volviéndose un verdadero círculo vicioso de enfermedad, tratamiento, recuperación, enfermedad.
- C- La asistencia a los controles de salud previamente establecidos ya sea mensual o bimensual tuvieron un bajo cumplimiento reflejado en el total de consultas recibidas: 7 controles el 12%, de 8 a 10 el 21%, de 11 a 12 el 66,7%. Además se da el hecho que son llevados a varios médicos ya sea de libre ejercicio o en hospitales o clínicas privadas realizando 2 o más consultas por una misma patología con tratamientos diversos y resultados poco satisfactorios .
- Explicando que los que tuvieron sobre los 10 controles (17 niños, el 51,5%) pertenecían al área de trabajo del autor (Dr. Reyes) y estaban más próximos al Sub Centro de salud por tanto su supervisión fue regular.
- En estos controles se supervisaba la marcha del proyecto, se trataban las enfermedades, se realizaba charlas motivacionales a personas que cuidaban a los niños, pero no siempre se podía dotar de medicación, (dejando recetas para su compra) ni encontrar a la madre o cuidadora directa por tanto un gran porcentaje de la utilidad de la supervisión no se cumplía.
- D- Es práctica común en las familias de esta parroquia el que los controles o visitas médicas tengan que hacerse a domicilio (94%) y llevando los insumos necesarios para el tratamiento, asistencia etc. para las distintas falencias tanto en la salud de los niños como de la familia. No hay el compromiso real de acudir a los controles programados ya sea en el Subcentro o puestos de salud (44%) y siempre estarán reclamando la dotación gratuita de los recursos que se necesiten, pues ellos muy poco aportan o compran o cumplen lo recomendado (83,3%) reflejándose en el alto número de niños enfermos y que no mejoran sus condición de desnutridos.
- E- Las condiciones propias de las familias y su pobre preocupación en la superación de dificultades, dotación de servicios medicación, insumos, , cambios de costumbres y hábitos, falta de cumplimiento de recomendaciones médicas, dietéticas, medio ambientales, hicieron que en general no varíen las condiciones iniciales de las finales y por consiguiente la enfermedad siempre estuvo presente en los niños siendo un factor agravante de su estado de salud y de mal pronóstico para la recuperación del mismo.

5- Al analizar los datos referentes al cumplimiento de compromisos , modelos establecidos , cambios en estilos de vida, costumbres y el cumplimiento de las metas propuestas. Se observa que es la mas baja puntuación pues tan solo 5 el 17% si lo realizan, mientras los 28 restantes no lo hacen el 83%. Algunas consideraciones serían

A- Falta de comprensión de los cambios y metas del programa con cambios difíciles de implementar por romper con lo tradicional, falta de recursos, falta de interés por ponerlos en práctica. falta de reconocimiento de la gravedad de la desnutrición y sus consecuencias a largo plazo en la salud del niño y sus repercusiones en la familia y comunidad.

B- Falta de motivación y empoderamiento para ellos ser los actores directos del cambio rompiendo esquemas e innovando modelos probados como beneficiosos en la recuperación de la desnutrición como una atención correcta y a tiempo de enfermedad, dietas nuevas, cambios en estilo de vida, controles periódicos, etc.

C- El quemimportismo demostrado es un fiel reflejo de las pocas motivaciones por cambiar una realidad llena de defectos, vicios , errores pese a las charlas, consejerías incentivo que recibían por parte del personal médico para cambiar las condiciones presentes que estaban encaminadas a lograr restablecimiento de la salud en sus hijos , mejoras en sus familias y comunidades.

6- También debemos aceptar que en la programación del estudio no se tomaron en cuenta muchos aspectos logísticos que debían implementarse antes de comenzar la ejecución del mismo y que en el transcurso del mismo se vieron como fallas sustanciales para lograr las metas propuestas, haciendo que el resultado final no sea el esperado , sino solo un mejoramiento parcial pero significativo de que si se puede lograr cambios con unas acciones supervisadas y continuas.

A- No se coordinó de manera programada y secuencial con los actores involucrados como, médicos y enfermeros del ministerio de salud , sin una correcta explicación de la metodología, propuestas y metas a lograr con este programa, no habiendo el apoyo necesario ni en atención de salud o prestación de insumos, complementos, medicación que el caso ameritaba, siendo mas bien un obstáculo mas a vencer para lograr las metas propuestas

B- Fallas en cuanto a la educación para las madres o cuidadoras, que creo es la principal falencia del plan ejecutado, pues no tenían una idea clara y concreta de los cambios a realizar, la metodología a seguir y los logros por alcanzar. Viendo en la ejecución del mismo que era solo un apoyo más a lo que recibían tradicionalmente para enfrentar sus precarias condiciones de vida y combatir la enfermedad de sus hijos.

C- La metodología utilizada de entrevista personal y supervisión mensual no fue la mejor, reflejada en los resultados. se deberá buscar otras alternativas como cursos, talleres y empezar por esta acción anticipadamente hasta lograr una

correcta comprensión del tema y empoderar de manera real para el cumplimiento efectivo de los cambios necesarios para cumplir lo programado.

D- Falta de adecuada supervisión en las visitas de control, ya sea porque no estaba clara las metas de cambio, falta de colaboración, falta de insumos, o dinero etc. Haciendo que la supervisión sea poco efectiva, sirviendo más que todo para la toma de datos antropométricos y la consejería para implementar los cambios, la misma que era prontamente olvidada o desestimada para continuar con la rutina diaria.

En los pocos casos que se siguieron las pautas para el cambio se encontró que la respuesta fue satisfactoria correspondiendo a los 13 niños que se recuperaron desde su estado de desnutrición hasta niveles de normalidad.

7- Un análisis final de los datos más relevantes nos indicó varios aspectos a destacar  
Contrario a lo encontrado en la literatura el porcentaje de niñas con desnutrición fue de 3 a 1 respecto a los niños.

La edad en donde más niños hubieron era la de 3 y 4 años (57%) no siendo las edades menores las más frecuentes como si lo hay en estudios similares donde a menor edad hay más desnutrición.

La enfermedad siempre está presente en los niños desnutridos y forma un círculo vicioso para no permitir una recuperación más rápida y efectiva de su desnutrición

Falta de cumplimiento de dietas, cambios, estilos de vida en las familias

Poca atención en el aspecto preventivo, asistencial para la recuperación del niño enfermo o desnutrido.

Los índices de ganancia de peso y talla se lograron mantener en rangos de normalidad mínima pese al estado de desnutrición.

El programa sirvió para la recuperación del 39,4 % o sea 13 niños dato importante si se advierten las dificultades y falencias presentadas en el desarrollo del mismo

Se deberá realizar un análisis más a fondo de los resultados y encontrar las falencias para poder reprogramar un modelo con estas características y recomendar su aplicación en otras comunidades similares.

8- Las fortalezas encontradas en la aplicación de este trabajo aunque pocas son valiosas entre ellas la implementación del modelo de atención familiar con una visión holística de la familia con sus falencia y necesidades ,y una atención con cambios en los aspectos preventivos, educacionales ,asistenciales y de seguimiento para el niño desnutrido y toda su familia.

El contacto constante y amigable reflejado en las visitas domiciliarias para supervisión, asistencia, educación de la familia

En cuanto a las debilidades encontradas se mencionaron algunas, a las cuales añadiríamos las siguientes: mala programación se dejaron varios aspectos sin cubrir tal vez por ser un primer experimento de cambio.

Falta de coordinación entre los actores de la programación

Falta de una red de apoyo que cubra las deficiencias que se producían en el transcurso del programa

Mala respuesta de las familias para la implementación de los cambios requeridos

Falta de involucramiento de otros actores como autoridades, representantes comunitarios o familiares en la programación, implementación control y seguimiento de planes de cambio como el propuesto

Falta de comunicación de resultados obtenidos a los actores involucrados y representante comunitarios.

En cuanto a oportunidades el principal aspecto a resaltar es que se hizo un programa que con sus deficiencias sirvió para crear una visión diferente con reales oportunidades de que sea el propio pueblo el encargado de programar y ejecutar acciones para lograr cambios que le beneficien a sus familias y comunidad.

Se rompió con esquemas tradicionales, dando paso a cambios reales en modelos de atención, prevención y educación

La actuación del equipo de salud familiar cumplió con su objetivo de dar atención, protección a la familia, ya sea que este enferma o requiera de guía o educación para prevenir la enfermedad y logra implementar cambios efectivos en el estilo de vida de esas familias.

Las amenazas encontradas hacen referencia a que es difícil romper moldes o actitudes tradicionales pues los cambios esperados no son inmediatos, ni sus metas son vistas como reales o necesarias para un mejoramiento de las condiciones actuales de vida y salud.

Siendo un programa piloto, si no se cumplen metas y se ven cambios en un tiempo corto o inmediato se corre el riesgo de concluir dichos programas como el de la medicina de familia. Mas aún si la Junta parroquial es actor directo en la programación y dotación de recursos para el mantenimiento de esos programas.

Por la visión diferente al modelo estatal, se crearon conflictos graves que hicieron más grande la brecha entre el modelo estatal y el nuevo de medicina familiar

El reconocimiento de los logros alcanzados, no es inmediato y pasará algún tiempo para que su modelo sea aceptado como funcional y beneficioso para la comunidad.

Se prefiere seguir con lo tradicional, y no enfrentar el reto del cambio, en todos sus aspectos que modificaría sustancialmente actitudes, esquemas, tradiciones, modelos de vida y atención de salud.

## CONCLUSIONES

- 1- En la recuperación del niño desnutrido actúan varios factores intrafamiliares como falta de recursos económicos, familias numerosas, otros miembros enfermos, falta de reconocimiento de la gravedad de la desnutrición , falta de compromiso y acciones de cambio lo que redundan en un bajo cumplimiento de planes y programas establecidos para su recuperación
- 2- Se sigue teniendo una visión curativa asistencial para enfrentar la enfermedad, dando muy poco valor al aspecto preventivo, educación y seguimiento de las acciones de recuperación
- 3- Los programas deben de tener el respaldo de una verdadera red de apoyo y supervisión que actúe de manera coordinada, inmediata y efectiva cuando hayan fallas en la programación o dotación de insumos, medicinas, educación realizando las correcciones sobre la marcha para el cumplimiento de lo planificado
- 4- El seguimiento deberá ser complementado con la dotación de las carencias que se hayan detectado de manera inmediata y supervisada
- 5- La educación a las cuidadoras o madres deberá ser la base fundamental y anticipada para lograr que el cambio sea efectivo en la recuperación de los niños desnutridos
- 6- Hay falta de involucramiento del personal médico en acciones importantes como el mal llenado de formularios, falta de aplicación de planes y programas, atención médica no integral en algunos actores, pocos recursos terapéuticos, falas en la supervisión del programa
- 7- Poca aceptación de complementos nutricionales ofrecidos por el estado para ser integrados a la dieta diaria del niño desnutrido
- 8- Mínimos cambios en la dieta, adición de nutrientes en cantidades menores a las recomendadas , o no modificación de la dieta diaria común familiar , lo que da como resultado una mala alimentación, con pobres resultados en la recuperación final de la desnutrición
- 9- Falta de compromiso y poca aceptación para implementar cambios sugeridos en los cuidados, dieta, atención de salud, curación de enfermedades
- 10- Fallas en la comunicación y entendimiento de los planes y metas por parte de las cuidadoras o madres de los niños
- 11- El modelo implantado estuvo mal programado pues no se previnieron aspectos claves sobretodo en logística para la dotación de lo básico en cuanto a recursos que deberían ser dados a las familias con niños desnutridos.
- 12- La recuperación de 13 niños (39,4%) es importante pudiendo ser consecuencia de los cambios implementados y su correcta aplicación

- 13- Este modelo rompió esquemas tradicionales y podría ser visto como una experiencia para cambios futuros, con resultados parciales beneficiosos en cuanto a la recuperación de la salud y cambios en estilos de vida.
- 14- Deberá involucrarse más a representantes de la comunidad y actores directos del cambio o destinatarios de futuros programas en la planificación y ejecución de los mismos.
- 15- El modelo implantado no resultó ser eficaz para lograr el cambio esperado
- 16- Se niega la hipótesis por los resultados obtenidos

## RECOMENDACIONES

- 1- Mantener la atención médica con la propuesta de medicina familiar ya que ella abarca una visión holística de la familia, siendo la que ofrece reales aspectos de atención en la prevención, educación, atención, recuperación y seguimiento tanto de individuos enfermos como de los afectados por alguna enfermedad o limitación.
- 2- En la planificación de futuros programas se deberá involucrar a representantes de todos los sectores involucrados tanto en la planificación, difusión, ejecución, control, seguimiento y análisis de los mismos
- 3- La principal fase de una propuesta que involucre cambios radicales en estilos de vida debe ser la de educación a los actores involucrados. Debiendo realizar con antelación y evaluarse sus resultados antes de iniciar las acciones reales de cambio planificadas
- 4- Tener una coordinación y control con todos los actores que intervengan en un programa para poder suplir falencias y dar soluciones a problemas que se presenten sobre la marcha en el cumplimiento de lo programado
- 5- Tener modelos de referencia para comparar resultados o si es un cambio innovador planificar debidamente las acciones de control y seguimiento
- 6- Todo cambio involucra un riesgo, pero si no se emprenden acciones efectivas para romper modelos caducos no se logrará la superación de los defectos de esos modelos. Por tanto si es correcto programar dichas acciones aún cuando los resultados finales no sean los esperados, pero que signifiquen un cambio beneficioso en las conductas familiares o comunitarias.

## BIBLIOGRAFIA

1-Abordaje del Manejo de la Salud Infantil. AEPI enfermedades prevalentes de la Infancia

2-AIEPI preescolar. Sociedad Ecuatoriana de Pediatría. (42)

<http://www.pediatria.org.ec/index>.

3-Aswor.An. Alimentación en niños de corta edad. (37)

4-Armas N. Entre voces y Silencios: LAS FAMILIAS POR DENTRO. Quito  
2007.Ediciones América

5-Bernard, Ana María(a); Podestá, Laura(b); Gutiérrez, Laura(c); Balparda, Laura(d);  
Toledo, Alejandra(e); Manfred, Alejandro (f)

La desnutrición infantil: un desafío permanente para el equipo de salud (33)

<file:///D:/histoclin.consejosniñ.desnut.htm>

6-Bloj A., Grande S. Pollen S. Desnutrición Infantil: intervenciones en la subjetividad en el  
manejo de la internación y en el consultorio ambulatorio.

[http://www.Rosario.gov.ar/sitio/salud/Revista/no Web/Vol 2 n 1 .art.htm](http://www.Rosario.gov.ar/sitio/salud/Revista/no%20Web/Vol%20n%201.art.htm). Septiembre  
2008.

7- CEPAL-UNICEF [www.CEPAL.org/desafios](http://www.CEPAL.org/desafios).

8-Código de la Niñez y Adolescencia. Dirección Nacional Protección de  
Menores.M.B.S.Ecuador

9-CONIN: Instituto para intervención y recuperación de niños desnutridos. CHILE  
disponible : [bus.s/d.cu.revistas/ped./vol 79 02 07](http://bus.s/d.cu.revistas/ped./vol%2079%2002%2007) Consulta 2008 septiembre 25 (8)

10-Cuadro de procedimientos: Atención al niño/niña de 2 meses a 4 años. Aiepi 2005.

Ministerio de Salud Pública Ecuador. Dirección de Normatización del Sistema Nacional de  
Salud de la Niñez. (44 )

11-Chiriboga E. (1984) PEDIATRIA CLINICA EN LA PRACTICA MEDICA.

2º ed. Colegio Técnico don Bosco. Quito. ( 1 )

12-Desnutrición Niños menores a cinco años . [hppt. index Medico](http://index.Medico) ( 4 )

13-Desnutrición Infantil: Un desafío permanente para el equipo de salud (10 )

Investigación en Salud (revista Rosario-Argentina/Vol. 3 Nº 1 y 2

Disponible: [file:///D:/histoclin.consejosniñ. desnutridos.htm](file:///D:/histoclin.consejosniñ.desnutridos.htm). 2008 septiembre 08

- 14- Dubickas K y González P. 2006. Percepción Materna ante la No recuperación del niño desnutrido (38)
- 15- Estrategia Mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño (17 )  
 Disponible en : [whqlibdoc. who.int/publications](http://whqlibdoc.who.int/publications) 2008 septiembre 30
- 16- Estudios longitudinales [http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/NVGuidingPrinciples\\_CF.htm](http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/NVGuidingPrinciples_CF.htm). Consulta 2008 octubre 11
- 17- FAO. Organización de Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación 2005
- 18- Fundación CINTERANDES fichas familiares y Línea de de base.  
 Archivos Fundación CINTERANDES y Subcentro Salud de Santa Ana ( 7 )
- 19- [file:///D:/bolivia proyecto atención niños desnutridos\\_files/nn CSC menu.htm](file:///D:/bolivia%20proyecto%20atenci%C3%B3n%20ni%C3%B1os%20desnutridos_files/nn%20CSC%20menu.htm) ( 30 )
- 20- [file:///D:/histoclin.consejos niñ desnut.htm](file:///D:/histoclin.consejos%20ni%C3%B1%20desnut.htm). (32)
- 21- Genobe N. algunas reflexiones acerca de la contribución de la antropología a la problemática de la alimentación y salud.  
[http.www. Rosario/90.art./sitio /Salud/Revista INV.web/vol 3 N° 1 y 2 art .htm](http://www.Rosario/90.art./sitio/Salud/Revista%20INV.web/vol%203%20N%C2%BA%201%20y%202%20art.htm).
- 22- Guías de la alimentación en Guatemala
- 23- Guías alimentación , salud y nutrición INNFA 2005. [www. postgrados.ec.document](http://www.postgrados.ec/document).
- 24- Insuficiencia Nutricional en Ecuador . Causas consecuencias y soluciones. (18)  
 Boletín Informativo Quito Abril 2006  
[hptt://Ecuador.nutrinet.org/ontent/hogcategory/45/118/long/es](http://Ecuador.nutrinet.org/ontent/hogcategory/45/118/long/es).  
 Consulta 2008 octubre 03
- 25- <http://ecuador.nutrinet.org/content/blogcategory/81/243/lang,es/> (19)
- 26 - [http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr 21/es/index.html](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr_21/es/index.html) ( 14 )  
 consulta 2008 octubre 11
- 27- <http://www.disaster-info.net/desplazados/index.php> .  
[file:///D:/manejo salud infantil.htm](file:///D:/manejo%20salud%20infantil.htm) (31)
- 28- <http://salud.ops.org.bo/servicios/DB> (29)
- 29- [http://www.aspec.org.pe /alimentos y nutrición /alimentos sanos/claves .php](http://www.aspec.org.pe /alimentos%20y%20nutrici%C3%B3n /alimentos%20sanos/claves .php) (36)

- 30 [http://www.who.int/child\\_adolescent\\_health/topics/prevention\\_care/child/imci/es/index.html](http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/prevention_care/child/imci/es/index.html) AIEPI ( 40)
- 31- <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/imci-aiapi.htm> (41)
- 32- Manual de Capacitación aiapi 2006. Ministerio de Salud Pública Ecuador.  
Dirección de Normatización del Sistema nacional de Salud. Salud de la Niñez. (45)
- 33- Manual, guía para agentes de intervención en la alimentación de niños menores de cinco años. No escolarizados
- 34- Manual de coberturas del Ministerio de Salud Pública. 2004
- 35- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2006) Saber Alimentarse. Manual de Capacitación en Alimentación y Nutrición para el personal de salud. Quito.2006 (23)
- 36- Mora M & Vargas M (2000) Atención Nutricional para el Niño mayor de un año. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá (11)
- 37- Municipalidad de Cuenca. Plan de Ordenamiento y Desarrollo de la Parroquia Santa Ana.
- 38- Municipalidad de Cuenca. SIL Sistema de Información Local
- 39- Naranjo P. (1985) Desnutrición: problemas y soluciones. (20)  
Editorial Olmedo Cía.Ltda.Quito
- 40- Nelson (1980) TRATADO DE PEDIATRIA 7º Ed. Salvat mexicana de Ediciones S.A. de C.V. México ( 3 )
- 41- Nutrición y enfermedades prevenibles de la infancia.  
Segundo y tercer Informes Oficiales , consolidado de la aplicación de la convención sobre los derechos del niño en el Ecuador período 1993-2002. ( 6 )
- 42- Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación 1996 © FAO. (35)  
Guía Metodológica de Comunicación Social en Nutrición  
<http://www.fao.org/docrep/003/X6957S/X6957S00.HTM>
- 43- Organización Mundial de la Salud. Curso de capacitación sobre evaluación del crecimiento del niño. Versión 1 Noviembre 2006. Ginebra OMS 2006 (13)

[brookordes@who.int](mailto:brookordes@who.int) consulta 2008 octubre 10

- 44- Organización Mundial Salud OMS. Estrategia Mundial para la Alimentación del lactante y del niño pequeño. [whqlibdoc.who.int/publications](http://whqlibdoc.who.int/publications). (26)
- 45- Pediatría: Sociedad Paraguaya de Pediatría .Vol31 N° 1 (2004) – (2)  
Disponible: [www.spp.org.py/revistas/ed.2004/kwa](http://www.spp.org.py/revistas/ed.2004/kwa) fecha consulta 2008 septiembre 1
- 46- Pérez García S. y Catañeda Orellana F. Desastres USAC.edu.gt/apuntes/vol 1-N 1 (39)
- 47- Principios de Orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. <http://www.paho.com> (21)
- 48- Posada A, Gómez J & Ramírez H ( 2005) El Niño Sano . Ed. Médica Internacional Itada. Bogotá. (12)
- 49- Quizhpe A. Revista IDICSA volumen 5 N° 2. 1990. Diferencias en la recuperación nutricional de lactantes con distintos cuadros clínicos.
- 50- Quizhpe A. Revista IDICSA volumen 6 N° 1. 1991.  
Desnutrición: causas, consecuencias y soluciones.
- 51- Revistas de pediatría de Cuba. [bus.sld.cu/revistas/ped/vol79](http://bus.sld.cu/revistas/ped/vol79) 2007 ( 28 )
- 52- Rubiano N. et. al. 2003. Población y Ordenamiento territorial. Universidad Externado de Colombia. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Bogotá. Colombia
- 53- Sacoto. F. Situación de Salud en el Ecuador. FENSALUD. 2004
- 54- Sfair.B. Desnutrición en Niños menores de 5 años. Revista del Instituto Médico “Sucre” Año LXIV Enero-junio 2000 N° 116 (9)  
[http://www.indexmedico.com/publicaciones/journals/revistas/bolivia/institutosucre/edicion 1/bayron\\_desnutricion](http://www.indexmedico.com/publicaciones/journals/revistas/bolivia/institutosucre/edicion 1/bayron_desnutricion).
- 55- Silva Y. 2005.Guías de Alimentación , Salud y Nutrición del INNFA 2005  
[www.postgrados.ec/documentos](http://www.postgrados.ec/documentos). (24)
- 56- Sociedad Argentina de Pediatría. Guías de Alimentación para niños Sanos de 0 a 2 años.(27)
- 57- Sociedad Española de Nutrición Comunitaria SENC.  
Guía para una alimentación saludable. (25) <http://www.Nutricion.comunitaria.com>
- 58- Sociedad Paraguaya de Pediatría. (34)  
Revistas: [http://www.spp.org.py/revistas/ed\\_2004/kwa\\_ene\\_jun\\_2004.htm](http://www.spp.org.py/revistas/ed_2004/kwa_ene_jun_2004.htm).
- 59- Valores de hemoglobina en población Ecuatoriana. Ed. ICT 1999. Quito

Ecuador Ministerio de Salud Pública Instituto Nacional de Ciencia y Tecnología en Salud.

- 60- Vega G. Revista IDICSA volumen 6 N° 1 1991. Alimentos, nutrición y aspectos antropológicos: diversidades transculturales y psicológicas. Una propuesta esquemática para investigar el tema.
- 61- WHO Prevención de enfermedad de los niños en Emergencia complejas o situaciones de desastres

## ANEXOS

### FORMULARIO PARA LA RECOLECCION DE DATOS

#### 1- DATOS DE LA FAMILIA

- 1.1- FAMILIA .....
- 1.2 - PADRE ..... EDAD .....
- 1.3- MADRE ..... EDAD .....
- INSTRUCCIÓN ..... OCUPACION .....
- 1.4- NUMERO DE PERSONAS .....

#### 2- CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA

- 2.1- LUZ ELECTRICA: SI ..... NO .....
- 2.2- AGUA POTABLE ( ENTUBADA) : SI ..... NO .....
- 2.3- ALCANTARILLADO . SI .... NO..... POZO SEPTICO SI ..... NO .....
- DISPOSICIÓN DE EXCRETAS AL AIRE LIBRE : SI ..... NO .....
- 2.4- NUMERO TOTAL DE CUARTOS ..... NUMERO DORMITORIOS .....
- 2.5- HACINAMIENTO (3 O MÁS PERSONAS POR DORMITORIO):  
SI ... NO....

#### 3- INGRESO ECONOMICO FAMILIAR ( PROMEDIO) EN SALARIOS MINIMOS VITALES

1 SMV .... 2 SMV ..... 3 SMV ..... 4 SMV .....

#### 4- DATOS DEL NIÑO

- 4.1- NOMBRES .....
- 4.2 EDAD: AÑOS ..... MESES .....
- 4.3- NUMERO DE HISTORIA CLINICA ( SCS ) .....
- 4.4- PESO EN KILOGRAMOS .....
- 4.5 TALLA EN CENTIMETROS .....

4.6- ESTADO DE NUTRICION SEGÚN CURVAS DEL (M S P):

NORMAL ....DESNUTRICION LEVE .....DESNUTRICION MODERADA...

5- ENFERMEDADES ENCONTRADAS EN EL NIÑO:

5.1- IRA: SI ... NO .... TRATADA: SI ..... NO .....

5.2- EDA: SI .... NO .... TRATADA: SI..... NO .....

5.3- PARASITISMO: SI ..... NO ... TRATADA : SI... NO .....

5.4- OTRAS: SI .... NO ... TRATADA: SI... NO ....

6- DIETA ADMINISTRADA AL NIÑO

6.1- NORMAL FAMILIAR .....

6.2- FAMILIAR, MAS MODIFICACIONES .....

6.3- DIETA SUGERIDA O SIMILAR (100 Kcl/d + 100 c/año) .....

7- SUPLEMENTOS ALIMENTARIOS:

7.1 – MI PAPILLA . SI ..... NO ..... A VECES .....

7.2 – VITAMINAS: SI ..... NO.....

8- CONTROL DE SALUD :

8.1 EN EL SUBCENTRO DE SALUD: SI ..... NO .....

8.2 PUESTOS COMUNITARIOS : SI ..... NO.....

8.3 VISITA DOMICILIARIA: SI ..... NO

8.4 OTROS MEDICOS : SI..... NO

9—SIGUE LAS RECOMENDACIONES RECIBIDAS : SI..... NO .....

10- PERSONA ENCARGADA DEL CUIDADO DEL NIÑO

10.1 MADRE SI .....NO.....

10.2 ABUELA O FAMILIAR ADULTO SI ..... NO .....

10.3 OTROS ADULTOS SI ..... NO....

10.4 GUARDERIA O CENTROS ASISTENCIALES SI ..... NO .....

10.5 ESCUELA SI .... NO ....

11- CONSENTIMIENTO PARA INGRESO AL PROGRAMA

VERBAL ... SI ..... NO..... ESCRITO SI..... NO .....

TABLA DE CARACTERISTICAS GENERALES DE LAS FAMILIAS

NOMBRE	EDAD	vivienda			T c	T do	ind hacinam		ing familiar			luz elect		agua pot		dispos.excretas		
		propi a	prest ad	arre nd			2/dor	3/dor	1 smv	2 smv	3 smv	si	no	si	no	alcant	pozo sep	aire l.
A.M	1.9 a			1				1			1	1		1			1	
B.C	3.3 a	1					1				1	1		1		1		
F.A	4.9 a			1	3	2		1		1		1		1				1
Q.K	4.3 a		1		7	3	1			1		1		1				1
P.A	4.2 a			1	4	2		1			1	1		1		1		
P.E	3.4 a	1			6	2	1				1	1		1				1
A.K	1.5 a	1			3	1		1		1		1		1				1
P.J	1.7 a	1			3	1		1		1		1		1				1
A.E	3.4 a	1			4	1		1		1		1		1				1
A.J	5.0 a			1	4	1		1			1	1		1				1
P.R	1.9 a	1			6	2	1				1	1		1				1
A.S	5.0 a			1	3	1		1		1		1		1				1
F.B	4.0 a		1		3	1		1	1			1		1				1
M.B	3.8 a	1			5	2	1				1	1		1				1
N.N	4.0 a		1		4	1		1			1	1		1				1
F.M	4.11 a	1			4	2	1			1		1		1				1
Q.J	3.11a			1	4	2	1			1		1		1				1
P.N	2.9 a	1			4	1		1	1				1		1			1
A.N	4.2 a	1			4	1		1		1			1	1				1
A.R	2.0 a	1			4	1		1		1			1	1				1
M.N	4.0 a	1			3	1		1		1		1		1				1
S.N	2.3 a	1			4	1		1		1			1	1				1
S.B	3.7 a	1			4	1		1		1			1	1				1
Z.J	4.0 a	1			4	2		1		1		1		1				1
A.J	4.2 a	1			4	2	1				1	1		1				1
B.J	4.3 m	1			5	2		1		1		1		1				1
Z.K	1.5 a	1			4	1		1		1		1		1				1
S.J	3.9 a	1			4	1		1		1		1		1				1
E.J	3.9 a	1			5	2		1		1		1		1				1
B.J	2.7 a	1			4	2		1			1	1		1				1
L.A	2.8 a	1			4	1		1		1			1	1				1
G.S	5.0 a	1			4	1		1		1		1		1				1
N.A	3.9 a	1			4	1		1		1		1		1				1
		24	3	6			8	25	2	21	10	27	6	32	1	2	21	10

TABLA DE CARACTERISTICAS DIETÉTICAS DEL NIÑO DESNUTRIDO

NOMBRE	EDAD	dieta del niño			MI papilla		vitaminas		sigue indica	
		familiar	modific	indicada	si	no	si	no	si	no
Alvarez Heredia Mary Escarlet	1.9 a			1	1		1		1	
Buele Chalco Carla Lisbeth	3.3 a		1			1	1			1
Franco Bueno Alexis Stalin	4.9 a		1		1		1		1	
Quichimbo Chocho Kevin Fernando	4.3 a	1				1	1			1
Pacheco Zambrano Anaís Gricelia	4.2 a		1		1		1			1
Parra Matute Evelyn Dayana	3.4 a			1	1		1		1	
Alvarez Alvarez Karla Daniela	1.5 a	1				1		1		1
Pincay Alvarez Jeniffer Nicole	1.7 a	1				1		1		1
Alvarez Alvarez Evelyn Pamela	3.4 a		1			1		1		1
Alvarez Alvarez Joselyn Nayeli	5.0 a	1				1	1		1	
Pelaez Fajardo Ronald Ismael	1.9 a			1		1	1		1	
Alvarez Alvarez Silvia Dayana	5.0 a		1			1	1		1	
Farfán Mendoza Brayan Paúl	4.0 a	1				1	1			1
Mendoza Alvarez Betsy Dayana	3.8 a		1			1	1			1
Nivelo Bernal Nube Azucena	4.0 a		1			1	1			1
Farfan Alvarez Mishel Alejandra	4.11 a		1			1	1		1	
Quituisaca Dominguez Johana Cisne	3.11a	1				1		1		1
Pindo Morocho Noemí Valeria	2.9 a	1				1		1		1
Albán Morocho Nancy Erika	4.2 a	1				1	1			1
Albán Morocho Ruth Natalia	2.0 a	1				1		1		1
Morocho Siquiche Nayelli Johana	4.0 a									
Suconota Quezada Natalia Joseline	2.3 a	1				1	1			1
Suconota Quezada Boris Omar	3.7 a	1				1	1			1
Zhingri Villa José David	4.0 a		1			1		1		1
Aguilar Nieto Janeth Priscila	4.2 a		1			1		1		1
Bustamante Pincay Denis Joel	4.3 a	1				1	1			1
Zumba Zhumi Karla Gina	1.5 a									
Sumba Bueno Jonathan Andres	3.9 a									
Encalada Fernandez Jazmin Alejan	3.9 a		1			1	1		1	
Bueno León Jesica Maribel	2.7 a		1			1	1		1	
Loja Enríquez Ana Isabel	2.8 a		1			1		1	1	
Fernandez Jimenez Nataly Mishel	5.0 a	1				1	1		1	
Nivelo Enriquez Ariel Fernando	3.9 a	1				1	1		1	

**PESO EN KILOS DE LOS NIÑOS DURANTE EL AÑO 2008**

<b>NOME</b>	<b>EDAD</b>	<b>P1</b>	<b>P2</b>	<b>P3</b>	<b>P4</b>	<b>P5</b>	<b>P6</b>	<b>P7</b>	<b>P8</b>	<b>P9</b>	<b>P10</b>	<b>P11</b>	<b>P12</b>
A.M	1.9	7	7.9	8	7.9	8.4	8.2	8	8	9	8.6	9	9.3
B.C	3.3	10	10.2	10.5	11.1	11.2	10.8	11	11.3	12	11.5	12.5	11.5
F.A	4.9	11.1	11	11	11.8	11	11.8	11.5	12	12.3	11.3	11.5	11.8
Q.K	4.3	12.1	12.3	11.5	11.8	12	12.2	12.4	12.6	13	13.2	13	13.5
P.A	4.2	11.5	12	12	12.6	13	12.6	13.2	13.5	13.4	13.1	13.5	13.7
P.E	3.4	10	9.6	9.8	10.2	10.5	10.2	10.5	10.7	11	10.5	11	11
A.K	1.5	4.9	5	5.3	5.6	6.3	6.6	6.4	6.7	6.8	7	7	7
P.J	1.7	5.8	6.4	6.3	6.7	6.7	7	7.3	7.6	7.2	7.2	7.5	7.5
A.E	3.4	10.3	10.8	11	11	11.4	11.8	11.5	11.4	11.8	11.3	12	12.3
A.J	5	13	13.2	13	13.4	13.7	14.2	13.7	14.5		14.3	14	14.3
P.R	1.9	7.9	7.7	8	8.3	8.3	8.5	8.8	9.2	9.3	9.7	9.8	9.8
A.S	5	12.5	12.7	13	13	13.9	13.5	13.5	14.2	14.7	13	14.2	14.5
F.B	4	11.5	11.8	12	12.3	12.5	12.5	12	12	11.7	12.3	12.7	13
M.B	3.8	10.1	10.3	10.5	11	10.8	11	11	11.2	11.5	11.5	11.7	12
N.N	4	10.5	11.2	12	12.5	11.7	11.5	11.5	11.5	12	11.5	11.6	11.5
F.M	4.11	12	12.5	13.6		13.8	14	14.1	14.3	14	14.4	14.5	11.5
Q.J	3.11	11	11.5	12	12	12.3	12.5	12.8	13.1	13.3		13.8	14
P.N	2.9	8.8	9	9.5	9		9.5	9.5	9.8	10	10	10	10
A.N	4.2	11	11.5	10	10.5	10.5	11	11		11	11	11	12
A.R	2	7.8	8.5	8	10	10	9	8		8.8	8.9	7.5	8
M.N	4	11.5		11		12.5		12.8		13		13	13
S.N	2.3	8	8	7.5	8		8		8.3	8.5	8.5	8	
S.B	3.7	10.7	11	11	11		11.1	11.3		12			
Z.J	4	11		12	12	12	12.5	12.8	13	13		12.8	13
A.J	4.2	10.2	10.5	10.2	10	10.3	10.2	10.8		10.8	11	11.5	11.7
B.J	2.3	8.6	9	9.2			9.4		9.6		9.8		10
Z.K	1.5	7.1		8.2	6.7		8	9		8.1	7.2		8
S.J	3.9	11.1		11.2		11.7		12.3	11.8	12.5	12.5	13	12.3
E.J	3.9	10.4	11	11	11.6	11	12	12.3	13	13	12	13	13
B.J	2.7	8.5	8.8	9	9.2	9	9.2	9.7		11	10.1	11	10.2
L.A	2.7	7.8	8		8.5	9.3	9	9.4		9		9.5	9.8
G.S	1.11	8			6.5		6			7	7	7.2	9
N.A	3.9	10	11	11.5	10	10.5	10	10.8		12	12		12.5

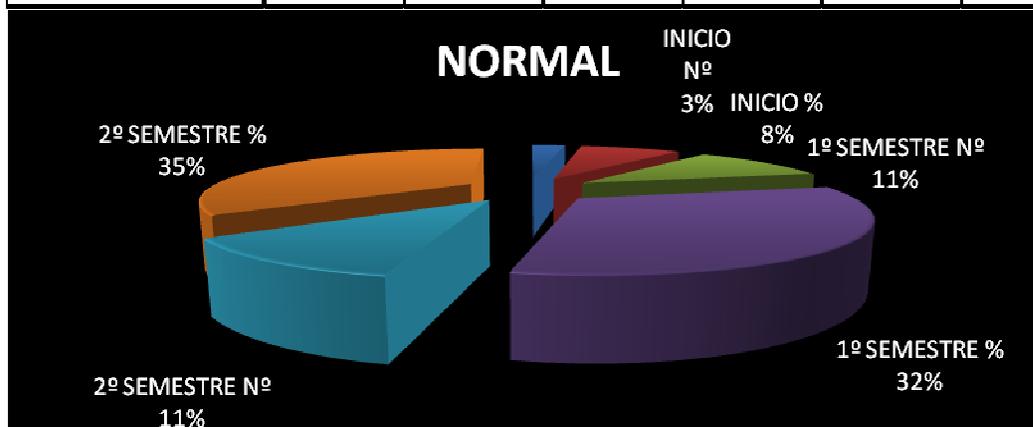
INCREMENTO DE PESO POR TRIMESTRE									
		PESO EN KILOGRAMOS -GANANCIA %							
	edad	Kg.	%	Kg.	%	Kg.	%	Kg.	%
A.M.	1.9	1.0	14.1	1.2	17.6	2.0	28.5	2.3	32.8
B.C.	3.3	0.5	5.0	0.8	8.0	2.0	20.0	1.5	15.0
F.A.	4.9	0.0	0.0	0.7	6.3	1.2	10.9	0.7	6.3
Q.K.	4.3	-0.6	-4.9	0.1	0.9	0.9	7.4	1.4	11.5
P. A.	4.2	0.5	4.3	1.1	9.5	1.9	16.5	2.2	19.1
P.E.	3.4	-0.2	-2.0	0.2	2.0	1.0	10.0	1.0	10.0
A.K.	1.5	0.4	8.1	1.7	34.6	1.9	38.7	2.1	42.8
P.J.	1.7	0.5	8.6	1.2	20.6	1.4	24.3	1.7	29.3
A.E.	3.4	0.7	6.7	1.5	14.5	1.5	14.5	2.0	19.4
A.J.	5.0	0.0	0.0	1.2	9.2			1.3	10.0
P.R.	1.9	0.1	1.2	0.6	7.5	1.4	17.7	1.9	24.0
A.S.	5.0	0.5	4.0	1.0	8.0	2.2	17.6	2.0	16.0
F.B.	4.0	0.5	4.3	1.0	8.6	0.2	1.7	1.5	13.0
M.B.	3.8	0.4	3.9	0.9	8.9	1.4	13.8	1.6	15.8
N.N.	4.0	1.5	14.2	1.0	9.5	1.5	14.2	1.0	9.5
F.M.	4.11	1.6	13.3	2.0	16.6	2.0	16.6	2.5	20.8
Q.J.	3.11	1.0	9.0	1.5	13.6	2.3	20.9	3.0	27.2
P.N.	2.9	0.7	7.9	0.7	7.9	1.2	13.6	1.2	13.6
A.N.	4.2	-1.0	-9.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	9.0
A.R.	2.0	0.2	2.5	1.2	15.3	1.0	12.8	0.2	2.5
M.N.	4.0	-0.5	-4.3			1.3	11.3	1.5	13.0
S.N.	2.3	-0.5	-6.2	0.0	0.0	0.5	6.2	0.5	6.2
S.B.	3.7	0.3	2.8	0.4	3.7	1.3	12.1		
Z.J.	4.0	1.0	9.0	1.5	13.6	2.0	18.1	2.0	18.1
A.J.	4.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.6	5.8	1.5	14.7
B.J.	2.3	0.6	6.9	0.8	9.3			1.4	12.6
Z.K.	1.5	1.1	15.4	0.9	12.6	1.0	14.0	0.9	12.6
S.J.	3.9	0.1	0.9			1.4	12.6	1.4	12.6
E.J.	3.9	0.6	5.7	1.6	15.3	2.6	25.0	2.6	25.0
B.M.	2.7	0.5	5.8	0.7	8.2	2.5	29.4	1.6	18.8
L.A.	2.7	0.7	8.9	1.2	15.3	1.2	15.3	2.0	25.0
G.S.	1.11			-2.0	-25.0	-1.0	-12.5	1.0	12.5
N.A.	3.9	1.5	15.0	0.0	0.0	2.0	20.0	2.5	25.0

**TALLA EN CENTIMETROS DE LOS NIÑOS DURANTE EL AÑO 2008**

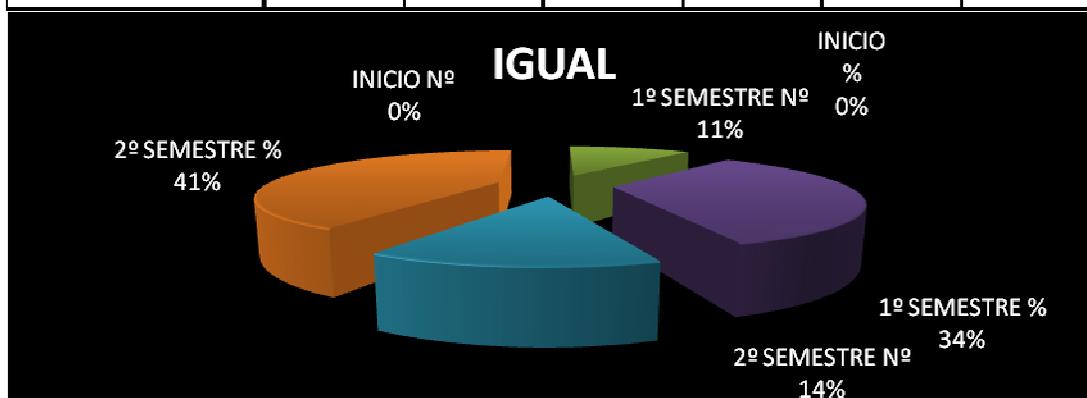
<b>NOME</b>	<b>EDAD</b>	<b>P1</b>	<b>P2</b>	<b>P3</b>	<b>P4</b>	<b>P5</b>	<b>P6</b>	<b>P7</b>	<b>P8</b>	<b>P9</b>	<b>P10</b>	<b>P11</b>	<b>P12</b>
A.M	1.9	68	68	69	70	71	71	72	73	74	75	75	75
B.C	3.3	82.5	83	83	84	84	85	85	87	87	87	87	87
F.A	4.9	88	89	90.5	90.5	91	92	92	93	94	94	94.5	95
Q.K	4.3	86	86	87	88	88.5	88.5	89	90	91	92.5	93	93
P.A	4.2	91	92	93	93.5	93.5	93.5	94	95	96	97	99	99
P.E	3.4	80	80	80.5	81	81	82	83	84	84.5	85	85	86
A.K	1.5	60	61	63	64	64	65	65	65	66	69	70	70
P.J	1.7	64	64	66	66.5	67	68	69	70	71	72	73	74
A.E	3.4	86	87	87.5	89	90	91	91.5	92	92.5	93	94	94.5
A.J	5	96	96.5	97	99	99.5	100	100	100		100	100	100.5
P.R	1.9	71	71	72	74	75	76	77	77.5	78	79	80	80.5
A.S	5	90	92	94	95	95.5	96	96.5	97	97	97.5	97.5	98
F.B	4	88	88.5	89	89	89	90	90	90.5	91	91	91	92
M.B	3.8	82	83	83	83	84	84	84.5	84.5	85	86	87	88
N.N	4	84	84	85	85	85	85.5	86	87	88	89	89.5	89.5
F.M	4.11	93	94	95		95.5	96	96.5	97	97.5	98	98.5	99
Q.J	3.11	84	84	85	86	87	87	88	89	91		92	92
P.N	2.9	75	75.5	77	78		78.5	79	79	79	79	79.5	80
A.N	4.2	90	90	90	90.5	91	91	91.5		91.5	91.5	92	92
A.R	2	70	72	75	75	75	75	75		76.5	76.5	77	78
M.N	4	86		86		89		90		91		93	94
S.N	2.3	72	73	73	74		74		74	74	74.5	75	
S.B	3.7	86	86	86	86		86.5	87		87			
Z.J	4	86		86	87	87.5	89	89.5	90	90		90	91
A.J	4.2	85	85	86	86	86	86	87		87	87	87.5	87.5
B.J	2.3	73	74	75			77		78		81		82
Z.K	1.5	64		67	67		67.5	68		70	70.5		72
S.J	3.9	84		85		86		87	87.5	89		91	92
E.J	3.9	85	85	85	86	86	86.5	87	87	88	89	91	92
B.J	2.7	74	74.5	75	75.5	76	76.5	77		79	80	82	83
L.A	2.7	76	76		78	79	80	80		81		81.5	82
G.S	1.11	69			69.5		70			70	70.5	71	72
N.A	3.9	83	83.5	84	84	84	84	84		86	86		87

INCREMENTO DE TALLA POR TRIMESTRES								
NOMBRE	cm	%	cm	%	cm	%	cm	%
A.M.	1.0	1.4	3.0	4.4	6.0	8.8	7.0	10.2
B.C.	0.5	0.6	2.5	3.0	4.5	5.4	4.5	5.4
F.A.	2.5	2.8	4.0	4.5	6.0	6.8	7.0	7.9
Q.K.	1.0	1.1	1.5	1.7	5.0	5.7	7.0	7.9
P. A.	2.0	2.1	2.5	2.7	5.0	5.4	8.0	8.7
P.E.	0.5	0.6	2.0	2.5	4.5	5.6	6.0	7.5
A.K.	3.0	5.0	5.0	8.3	6.0	10.0	10.0	16.6
P.J.	2.0	3.1	4.0	6.2	7.0	10.9	10.0	15.6
A.E.	3.0	3.4	5.5	6.3	7.0	8.1	8.5	9.8
A.J.	1.0	1.1	4.0	4.1			4.5	4.6
P.R.	1.0	1.4	5.0	7.0	7.0	9.8	9.5	13.3
A.S.	4.0	4.4	6.0	6.6	7.0	7.7	8.0	8.8
F.B.	1.0	1.1	2.0	2.2	3.0	3.3	4.0	4.5
M.B.	1.0	1.2	2.0	2.4	3.0	3.6	6.0	7.3
N.N.	1.0	1.9	2.0	2.3	5.0	5.9	5.5	6.5
F.M.	2.0	2.1	3.0	3.2	4.5	4.8	6.0	6.4
Q.J.	1.0	1.1	3.0	3.5	7.0	8.3	8.0	9.5
P.N.	2.0	2.6	3.5	4.6	4.0	5.3	5.0	6.6
A.N.	0.0	0.0	1.0	1.1	1.5	1.6	2.0	2.2
A.R.	5.0	7.1	5.0	7.1	6.5	9.2	8.0	11.4
M.N.	0.0	0.0			5.0	5.8	8.0	9.3
S.N.	1.0	1.3	2.0	2.6	2-0	2.6		
S.B.	0.0	0.0	0.5	0.5	1.0	1.1		
Z.J.	0.0	0.0	3.0	3.4	4.0	4.6	5.0	5.8
A.J.	1.0	1.1	1.0	1.1	2.0	2.2	2.5	2.9
B.J.	2.0	2.7	4.0	5.4			9.0	12.3
Z.K.	3.0	4.6	3.5	5.4	6.0	9.3	8.0	12.5
S.J.	1.0	1.1			5.0	5.9	8.0	9.5
E.J.	1.0	1.1	1.5	1.7	3.0	3.5	7.0	8.2
B.M.	1.0	1.3	2.5	3.3	5.0	6.6	9.0	12.1
L.A.			4.0	5.2	5.0	6.5	6.0	7.8
G.S.	0.5	0.7	1.0	1.4	1.0	1.4	3.0	4.3
N.A.	1.0	1.2	1.0	1.2	3.0	3.6	4.0	4.8

ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS						
	INICIO		1º SEMESTRE		2º SEMESTRE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>NORMAL</b>	3	9.1	12	36.4	13	39.4
<b>DES LEVE</b>	29	87.8	14	42.4	18	54.5
<b>DES MODERADA</b>	1	3.0	7	21.4	2	6.1



CONDICIÓN DE LOS NIÑOS						
	INICIO		1º SEMESTRE		2º SEMESTRE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>IGUAL</b>	0	0	17	51.5	21	63.6
<b>MEJOR</b>	0	0	13	36.4	6	18.2
<b>EMPEORADO</b>	0	0	3	9.1	5	15.2
<b>SIN DATO</b>					1	3.0



## ENFERMEDADES DE LOS NIÑOS (T1)

NOMBRE	EDAD	ENERO				FEBRERO				MARZO			
		IRA	EDA	PARA	OTRA	IRA	EDA	PARA	OTRA	IRA	EDA	PARA	OTRA
A.M.	1.9 a	1				1						1	
B.C.	3.3 a							1		1			
F.A	4.9 a									1			
Q.K.	4.3 a			1									
P. A.	4.2 a	1								1			
P.E.	3.4 a					1				1			
A.K.	1.5 a												
P.J.	1.7 a		1		1	1	1				1		
A.E.	3.4 a											1	
A.J.	5.0 a	1	1				1	1			1		1
P.R.	1.9 a						1			1			1
A.S.	5.0 a				1	1						1	1
F.B.	4.0 a	1				1				1			1
M.B.	3.8 a					1						1	
N.N.	4.0 a	1					1				1	1	
F.M.	4.11 a											1	
Q.J.	3.11a				1							1	
P.N.	2.9 a				1	1				1			1
A.N.	4.2 a							1				1	
A.R.	2.0 a					1				1			
M.N.	4.0 a												
S.N.	2.3 a								1			1	
S.B.	3.7 a									1			
Z.J.	4.0 a		1								1	1	
A.J.	4.2 a					1				1			
B.J.	4.3 m						1	1					
Z.K.	1.5 a		1		1						1		
S.J.	3.9 a						1					1	1
E.J.	3.9 a	1			1					1		1	1
B.M.	2.7 a	1								1	1	1	
L.A.	2.7 a					1				1			
G.S.	5.0 a												
N.A.	3.9 a												
		7	4	1	6	10	6	4	6	9	5	13	7

## ENFERMEDADES DE LOS NIÑOS (T2)

NOMBRE	EDAD	ABRIL				MAYO				JUNIO			
		IRA	EDA	PARA	OTRA	IRA	EDA	PARA	OTRA	IRA	EDA	PARA	OTRA
A.M.	1.9 a		1					1		1			
B.C.	3.3 a		1		1	1				1			
F.A	4.9 a												
Q.K.	4.3 a						1						
P. A.	4.2 a						1						1
P.E.	3.4 a												
A.K.	1.5 a												
P.J.	1.7 a	1				1	1	1		1	1		
A.E.	3.4 a												
A.J.	5.0 a		1	1		1			1	1	1		
P.R.	1.9 a							1					
A.S.	5.0 a												
F.B.	4.0 a					1		1		1			
M.B.	3.8 a						1						
N.N.	4.0 a	1			1		1				1		1
F.M.	4.11 a						1						1
Q.J.	3.11a				1								
P.N.	2.9 a	1				1							
A.N.	4.2 a							1		1			
A.R.	2.0 a	1				1	1			1			
M.N.	4.0 a												
S.N.	2.3 a			1	1						1		
S.B.	3.7 a			1									
Z.J.	4.0 a		1				1	1	1				
A.J.	4.2 a			1				1	1				1
B.J.	4.3 m							1	1				
Z.K.	1.5 a				1		1					1	
S.J.	3.9 a		1								1		
E.J.	3.9 a							1					
B.M.	2.7 a						1						
L.A.	2.7 a				1							1	1
G.S.	5.0 a												
N.A.	3.9 a												
		4	5	4	6	6	10	9	4	7	5	2	5

### ENFERMEDADES DE LOS NIÑOS (T3)

NOMBRE	EDAD	JULIO				AGOSTO				SEPTIEM			
		IRA	EDA	PARA	OTRA	IRA	EDA	PARA	OTRA	IRA	EDA	PARA	OTRA
A.M.	1.9 a					1				1			
B.C.	3.3 a			1							1		
F.A	4.9 a				1	1							
Q.K.	4.3 a	1								1			
P. A.	4.2 a										1		
P.E.	3.4 a							1					
A.K.	1.5 a												
P.J.	1.7 a	1					1		1		1		
A.E.	3.4 a	1						1					
A.J.	5.0 a			1	1							1	
P.R.	1.9 a					1							
A.S.	5.0 a								1			1	1
F.B.	4.0 a	1				1					1	1	
M.B.	3.8 a		1							1	1		
N.N.	4.0 a				1	1							
F.M.	4.11 a					1							
Q.J.	3.11a												
P.N.	2.9 a	1			1							1	
A.N.	4.2 a												
A.R.	2.0 a		1										
M.N.	4.0 a												
S.N.	2.3 a					1						1	
S.B.	3.7 a						1						
Z.J.	4.0 a				1	1					1		
A.J.	4.2 a		1		1					1			1
B.J.	4.3 m											1	
Z.K.	1.5 a		1				1	1	1				
S.J.	3.9 a						1				1		1
E.J.	3.9 a					1							
B.M.	2.7 a	1			1					1			1
L.A.	2.7 a									1			
G.S.	5.0 a												
N.A.	3.9 a												-
		6	4	2	7	9	4	3	3	6	8	5	4

### ENFERMEDADES DE LOS NIÑOS (T4)

NOMBRE	EDAD	OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
		IRA	EDA	PARA	OTRA	IRA	EDA	PARA	OTRA	IRA	EDA	PARA	OTRA
A.M.	1.9 a		1	1						1			1
B.C.	3.3 a		1									1	
F.A	4.9 a					1							
Q.K.	4.3 a												
P. A.	4.2 a												
P.E.	3.4 a												
A.K.	1.5 a												
P.J.	1.7 a			1			1			1		1	1
A.E.	3.4 a												
A.J.	5.0 a			1			1			1			
P.R.	1.9 a	1		1		1				1			
A.S.	5.0 a				1	1							
F.B.	4.0 a	1		1						1			
M.B.	3.8 a			1									
N.N.	4.0 a	1	1					1	1	1			
F.M.	4.11 a	1						1					
Q.J.	3.11a												
P.N.	2.9 a					1		1	1				
A.N.	4.2 a		1	1									
A.R.	2.0 a												
M.N.	4.0 a												
S.N.	2.3 a					1							
S.B.	3.7 a			1									
Z.J.	4.0 a				1		1		1				
A.J.	4.2 a			1						1			1
B.J.	4.3 m					1					1		1
Z.K.	1.5 a		1						1			1	1
S.J.	3.9 a						1				1		
E.J.	3.9 a		1	1						1			
B.M.	2.7 a									1		1	
L.A.	2.7 a											1	
G.S.	5.0 a												
N.A.	3.9 a												
		4	6	10	2	6	4	3	4	9	2	5	5

## RESULTADOS Y ANALISIS

### CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO DE ESTUDIO

#### DISTRIBUCION POR SEXO

El 72.7 % de los niños desnutridos, son del sexo femenino, El 27.3 son de sexo masculino.

Cuadro N°. 1

Distribución de 33 niños desnutridos de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, según sexo. Cuenca. Ecuador. 2008.

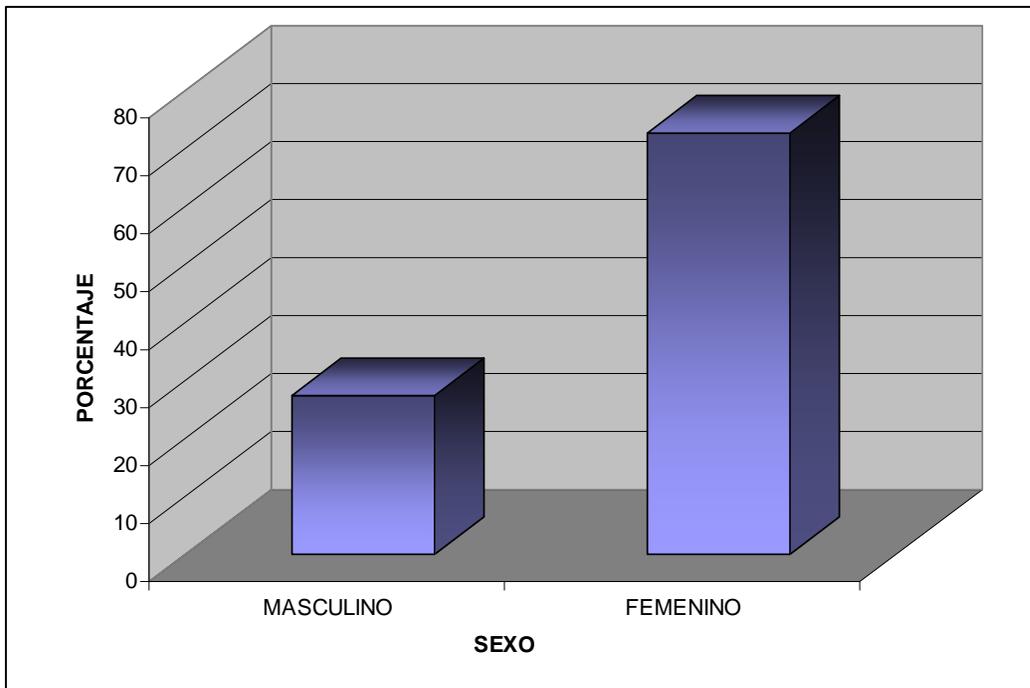
SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	9	27.3
FEMENINO	24	72.7
TOTAL	33	100.0

\* Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Dr. Gabriel Reyes.

Cuadro N°. 1

Distribución de 33 niños desnutridos de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, según sexo. Cuenca. Ecuador. 2008.



\* Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Dr. Gabriel Reyes.

### DISTRIBUCION POR EDAD

Los porcentajes más elevados de desnutrición se presentan entre los 3 y 4 años con el 27.3 % 30.3 %, respectivamente.

Cuadro N°. 2

Distribución de 33 niños desnutridos de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, según edad en años. Cuenca. Ecuador. 2008.

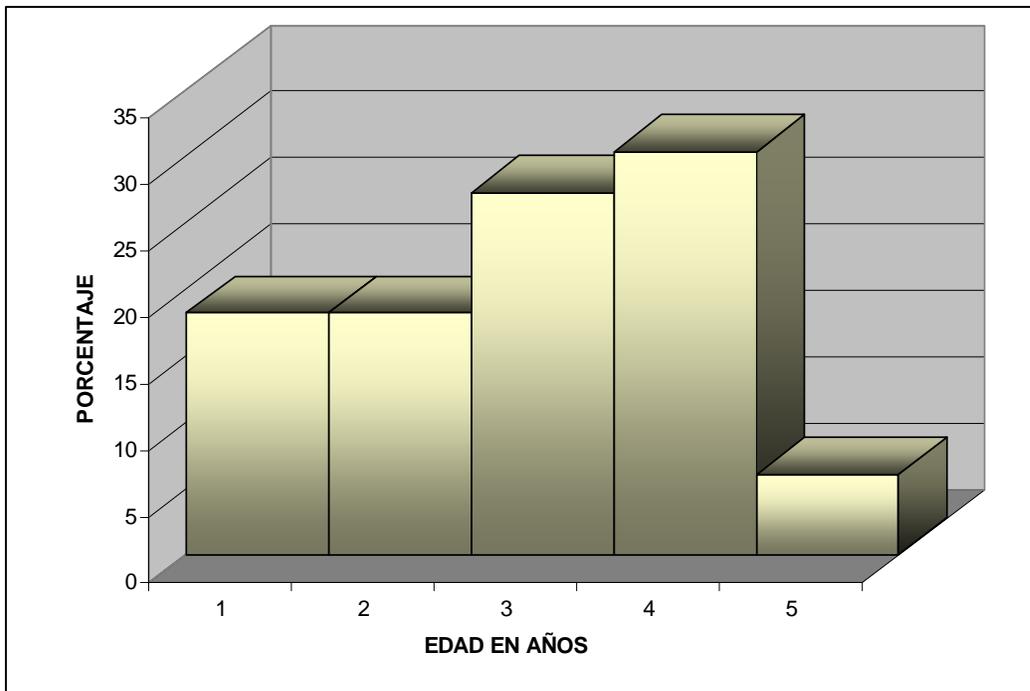
EDAD (AÑOS)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	6	18.2
2	6	18.2
3	9	27.3
4	10	30.3
5	2	6.1
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100.0</b>

\* Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Dr. Gabriel Reyes.

Cuadro N°. 2

Distribución de 33 niños desnutridos de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, según edad en años. Cuenca. Ecuador. 2008.



\* Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Dr. Gabriel Reyes.

### PERSONA QUE CUIDA AL NIÑO.

El 81.8 % de los niños esta al cuidado de su madre. Un 15.2 % permanece con la abuela u otro familiar mayor. El 9.1 % tiene cuidados en la guardería y dos niños están al cuidado de adultos que no son sus familiares.

Cuadro N°. 3

Distribución de 33 niños desnutridos de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, según quien cuida al niño. Cuenca. Ecuador. 2008.

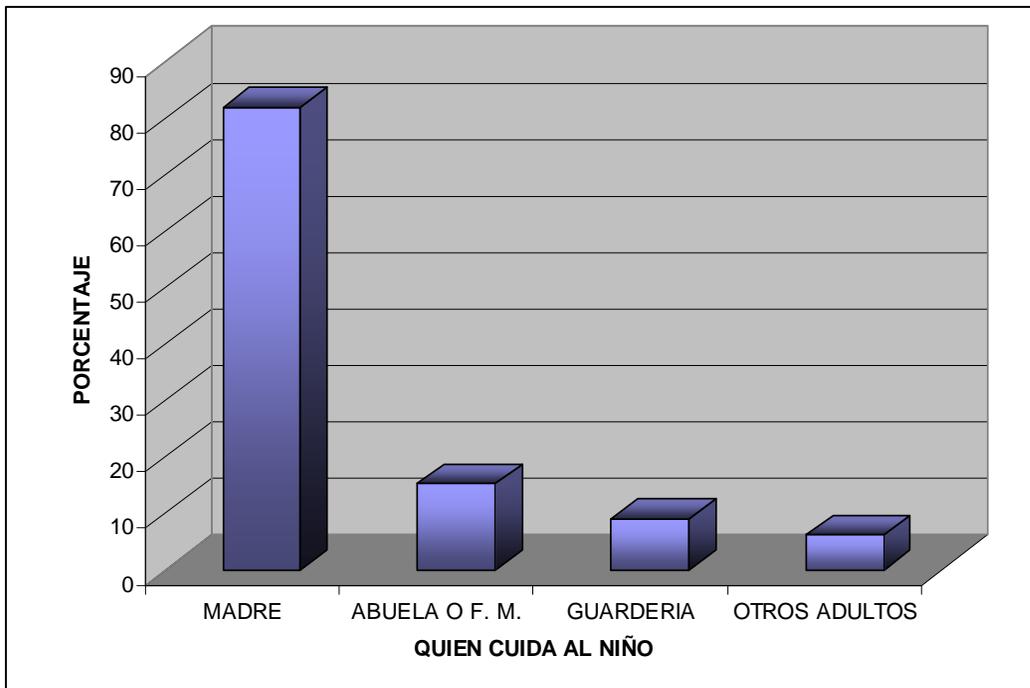
QUIEN CUIDA AL NIÑO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MADRE	27	81.8
ABUELA O FAMILIAR MAYOR	5	15.2
GUARDERIA	3	9.1
OTROS ADULTOS	2	6.1

\* Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Dr. Gabriel Reyes.

Cuadro N°. 3

Distribución de 33 niños desnutridos de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, según quien cuida al niño. Cuenca. Ecuador. 2008.



\* Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Dr. Gabriel Reyes.

#### CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA.

Vivienda propia tienen el 72 % de las familias de los niños estudiados. El 18.2 % de los niños viven en casa arrendada.

Cuadro N°. 4

Distribución de familias de 33 niños desnutridos de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, según propiedad de la vivienda. Cuenca. Ecuador. 2008.

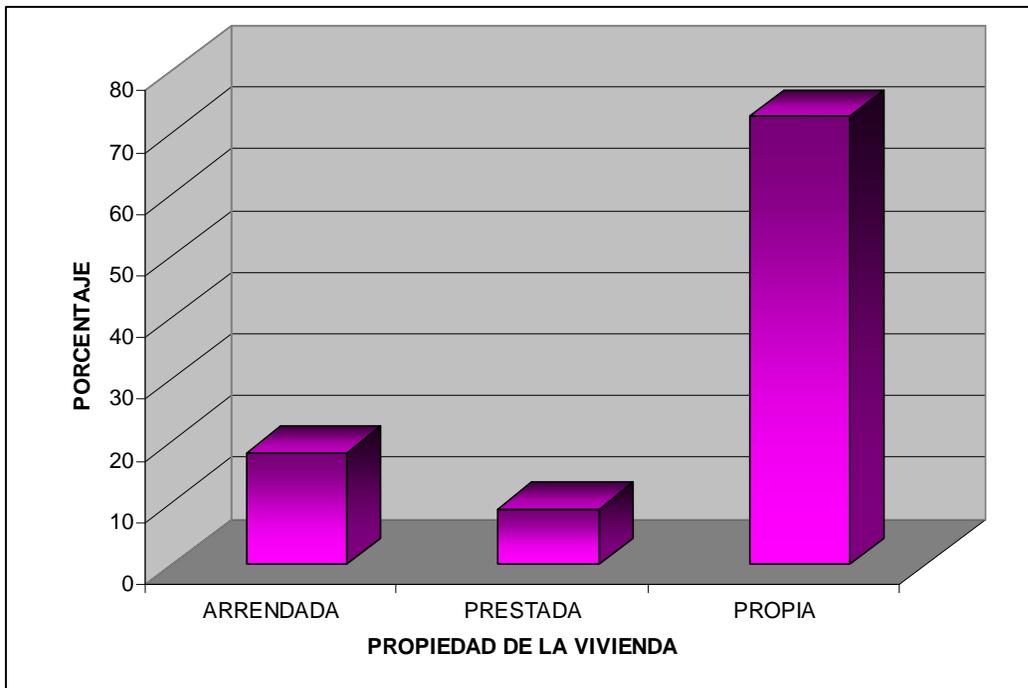
PROPIEDAD DE LA VIVIENDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ARRENDADA	6	18.2
PRESTADA	3	9.1
PROPIA	24	72.7
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100.0</b>

\* Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Dr. Gabriel Reyes.

Cuadro N°. 4

Distribución de familias de 33 niños desnutridos de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, según propiedad de la vivienda. Cuenca. Ecuador. 2008.



\* Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Dr. Gabriel Reyes.

#### VIVIENDAS SEGÚN DISPOSICION DE ENERGIA ELECTRICA

El 81.8 % posee energía eléctrica y el 97 % posee agua potable. La eliminación de escretas la realizan en pozo séptico el 63.6%% y al aire libre el 30.3 %. Sólo en 2 casas existe alcantarillado.

Cuadro N°. 1

Distribución de familias de 33 niños desnutridos de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, de acuerdo a si tienen energía eléctrica. Cuenca. Ecuador. 2008.

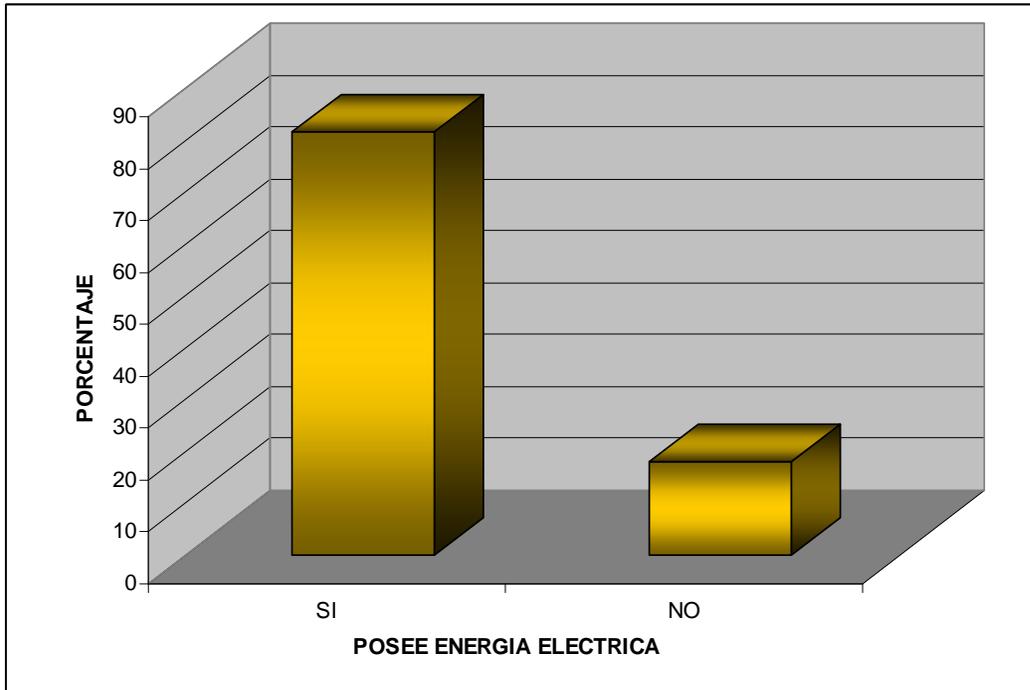
ENERGÍA ELÉCTRICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	27	81.8
NO	6	18.2
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100.0</b>

\* Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Dr. Gabriel Reyes.

Cuadro N°. 1

Distribución de familias de 33 niños desnutridos de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, de acuerdo a si tienen energía eléctrica. Cuenca. Ecuador. 2008.



\* Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Dr. Gabriel Reyes.

### VIVIENDAS SEGÚN DISPOSICIONDE AGUA POTABLE

Cuadro N°. 1

Distribución de familias de 33 niños desnutridos de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, de acuerdo a si tienen agua potable. Cuenca. Ecuador. 2008.

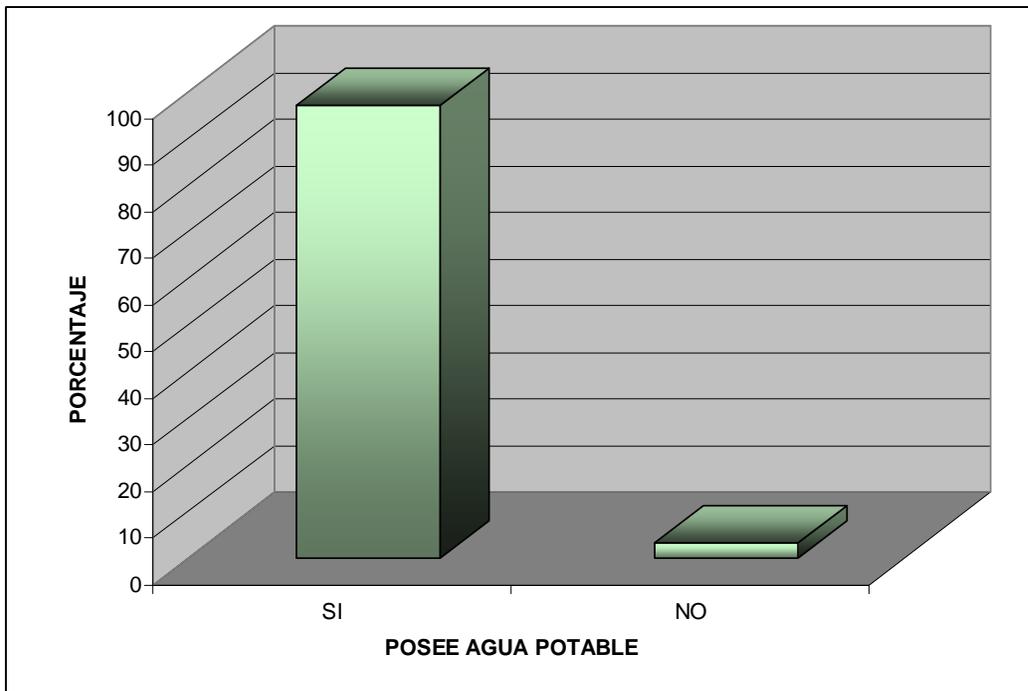
AGUA POTABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	32	97
NO	1	3
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100.0</b>

\* Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Dr. Gabriel Reyes.

Cuadro N°. 1

Distribución de familias de 33 niños desnutridos de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, de acuerdo a si tienen agua potable. Cuenca. Ecuador. 2008.



\* Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Dr. Gabriel Reyes.

## VIVIENDAS SEGÚN DISPOSICION DE EXCRETAS

Cuadro N°. 1

Distribución de 33 niños desnutridos de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, según donde eliminan las excretas. Cuenca. Ecuador. 2008.

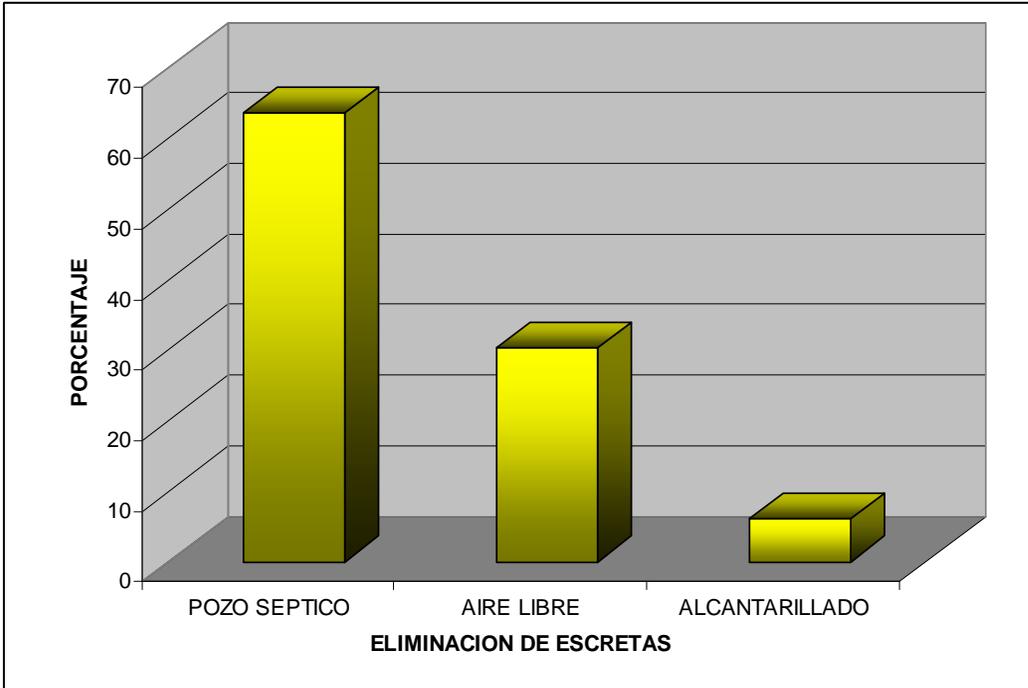
ELIMINACION DE ESCRETAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
POZO SEPTICO	21	63.6
AIRE LIBRE	10	30.3
ALCANTARILLADO	2	6.1
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100.0</b>

\* Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Dr. Gabriel Reyes.

Cuadro N°. 1

Distribución de 33 niños desnutridos de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, según donde eliminan las excretas. Cuenca. Ecuador. 2008.



\* Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Dr. Gabriel Reyes

## VIVIENDAS SEGÚN ÍNDICE DE HACINAMIENTO

El 78.8 % de las viviendas poseen hasta 4 cuartos. El 54.5 % tienen un solo dormitorio y 2 dormitorios tienen el 42.4 % de las familias. El hacinamiento llega al 75.8 % de las familias estudiadas. Por la presencia de 3 o más personas que comparten un mismo dormitorio.

Cuadro N°. 1

Distribución de familias de 33 niños desnutridos de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, según hacinamiento en la vivienda. Cuenca. Ecuador. 2008.

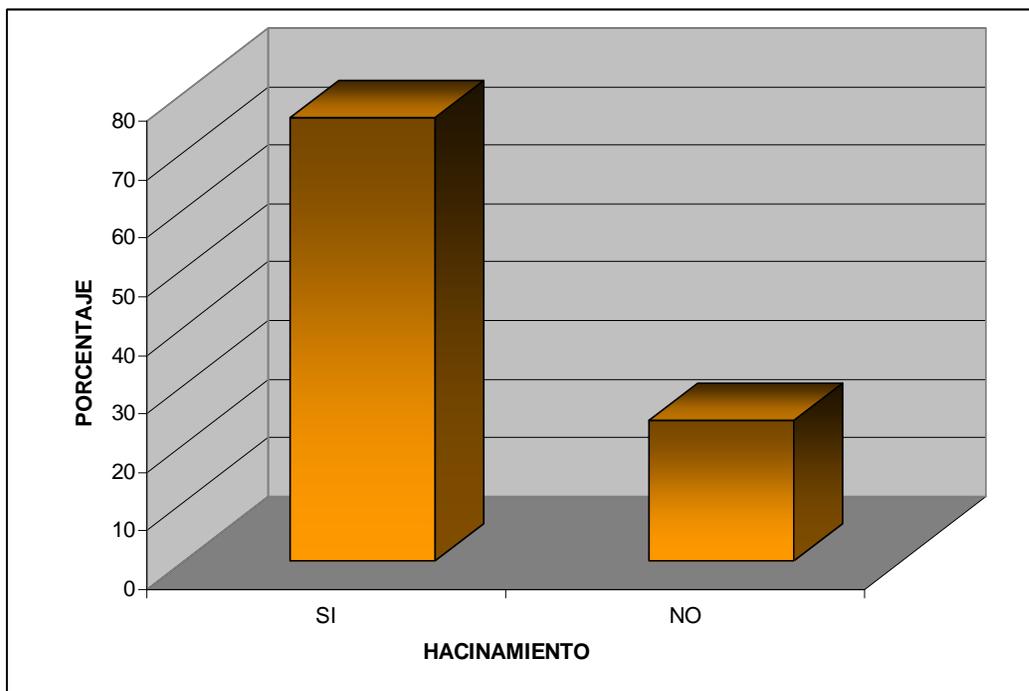
HACINAMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	25	75.8
NO	8	24.2
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100.0</b>

\* Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Dr. Gabriel Reyes.

Cuadro N°. 1

Distribución de familias de 33 niños desnutridos de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, según hacinamiento en la vivienda. Cuenca. Ecuador. 2008.



\* Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Dr. Gabriel Reyes.

### VIVIENDAS SEGÚN NUMERO DE CUARTOS

Cuadro N°. 1

Distribución de familias de 33 niños desnutridos de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, según número de cuartos de la vivienda. Cuenca. Ecuador. 2008.

Nº DE CUARTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
3	6	18.2
4	20	60.6
5	3	9.1
6	3	9.1
7	1	3
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100.0</b>

\* Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Dr. Gabriel Reyes.

Cuadro N°. 1

Distribución de familias de 33 niños desnutridos de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, según número de dormitorios en la vivienda. Cuenca. Ecuador. 2008.

Nº. DORMITORIOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	18	54.5
2	14	42.4
3	1	3
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100.0</b>

\* Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Dr. Gabriel Reyes.

Cuadro N°. 1

Distribución de familias de 33 niños desnutridos de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, según hacinamiento en la vivienda. Cuenca. Ecuador. 2008.

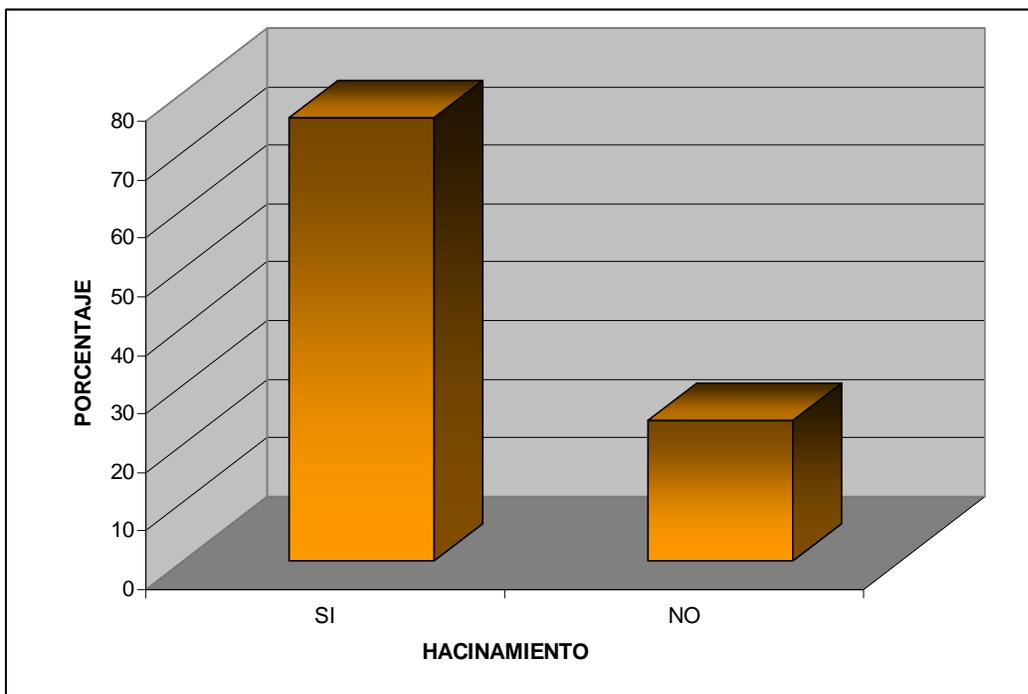
HACINAMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	25	75.8
NO	8	24.2
TOTAL	33	100.0

\* Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Dr. Gabriel Reyes.

Cuadro N°. 1

Distribución de familias de 33 niños desnutridos de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, según hacinamiento en la vivienda. Cuenca. Ecuador. 2008.



\* Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Dr. Gabriel Reyes.

## INGRESO FAMILIAR MENSUAL.

El 63.6 % de las familias estudiadas tiene ingresos de hasta 2 salarios mínimos vitales. El 30.3 % tiene hasta 3 SMV.

Cuadro N°. 1

Distribución de familias de 33 niños desnutridos de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, según ingreso familiar mensual. Cuenca. Ecuador. 2008.

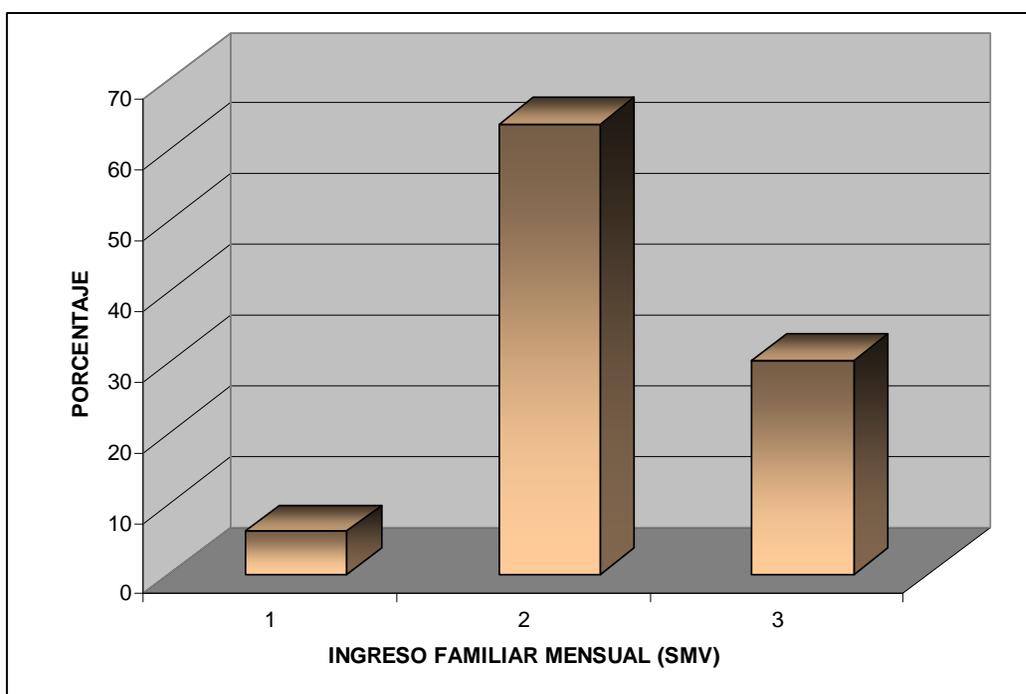
INGRESO FAMILIAR MENSUAL (SMV)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	2	6.1
2	21	63.6
3	10	30.3
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100.0</b>

\* Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Dr. Gabriel Reyes.

Cuadro N°. 1

Distribución de familias de 33 niños desnutridos de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, según ingreso familiar mensual. Cuenca. Ecuador. 2008.



\* Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Dr. Gabriel Reyes.

## NUMERO DE CONTROLES

El 45.5% de los niños estudiados asistieron a los 12 controles establecidos. Once controles tuvieron el 21.2 %. El 12.1 % tuvieron hasta 7 controles.

Cuadro N°. 1

Distribución de 33 niños desnutridos de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, según número de controles anuales. Cuenca. Ecuador. 2008.

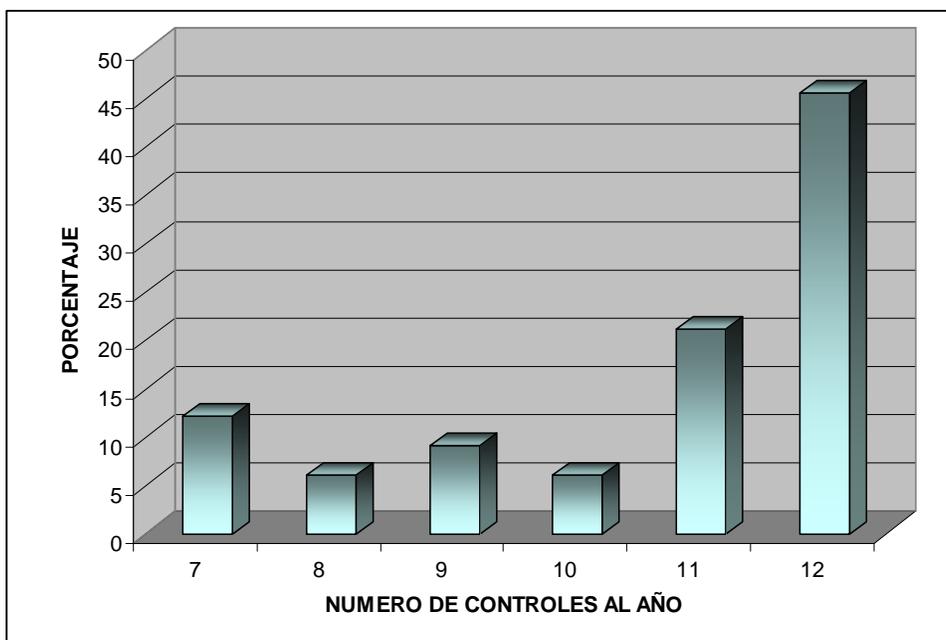
Nº DE CONTROLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
7	4	12.1
8	2	6.1
9	3	9.1
10	2	6.1
11	7	21.2
12	15	45.5
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100.0</b>

\* Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Dr. Gabriel Reyes.

Cuadro N°. 1

Distribución de 33 niños desnutridos de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, según número de controles anuales. Cuenca. Ecuador. 2008.



\* Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Dr. Gabriel Reyes.

## **PATOLOGIA SOBREAÑADIDA**

El 84.8 % de los niños estudiados presentaron alguna patología sobreañadida con episodios que variaron entre 2 y 4 por paciente al año

La patología más frecuente fue la infección respiratoria aguda que presentaron el 78.8 % de los niños con numero de episodios anuales que variaron entre 1 y 9.

En orden de frecuencia le sigue el parasitismo que presentaron el 69.7 % de los niños que presentaron hasta 3 episodios niño-año.

Luego se encuentra la enfermedad diarreica aguda presentaron el 54.5 % de los niños con episodios niño-año que variaron entre 1 y 8.

Otras patologías presentaron 21 niños (63.6 %).

Cuadro N°. 1

Distribución de 33 niños desnutridos de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, según si presentaron patología sobreañadida. Cuenca. Ecuador. 2008.

<b>PATOLOGIA AÑADIDA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>SI</b>	28	84.8
<b>NO</b>	5	15.2
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100.0</b>

\* Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Dr. Gabriel Reyes.

Cuadro N°. 1

Distribución de 33 niños desnutridos de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, según numero de patologías sobreañadidas paciente-año. Cuenca. Ecuador. 2008.

<b>Nº DE PATOLOGIAS AÑADIDAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>0</b>	5	15.2
<b>2</b>	7	21.2
<b>3</b>	9	27.3
<b>4</b>	12	36.4
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100.0</b>

\* Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Dr. Gabriel Reyes.

Cuadro N°. 1

Distribución de 33 niños desnutridos de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, según si presentaron infección respiratoria aguda (IRA). Cuenca. Ecuador. 2008.

<b>INFECCION RESPIRATORIA AGUDA (IRA)</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>SI</b>	26	78.8
<b>NO</b>	7	21.2
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100.0</b>

\* Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Dr. Gabriel Reyes.

Cuadro N°. 1

Distribución de 33 niños desnutridos de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, según número de número de episodios de IRA paciente-año. Cuenca. Ecuador. 2008.

<b>Nº DE IRA AÑO PACIENTE</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>0</b>	7	21.2
<b>1</b>	8	24.2
<b>2</b>	6	18.2
<b>3</b>	3	9.1
<b>4</b>	3	9.1
<b>5</b>	2	6.1
<b>6</b>	3	9.1
<b>9</b>	1	3
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100.0</b>

\* Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Dr. Gabriel Reyes.

Cuadro N°. 1

Distribución de 33 niños desnutridos de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, según si presentaron enfermedad diarreica aguda (EDA). Cuenca. Ecuador. 2008.

ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>SI</b>	18	54.5
<b>NO</b>	15	45.5
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100.0</b>

\* Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Dr. Gabriel Reyes.

Cuadro N°. 1

Distribución de 33 niños desnutridos de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, según número de episodios de EDA paciente-año. Cuenca. Ecuador. 2008.

Nº DE EDA AÑO-PACIENTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>0</b>	15	45.5
<b>1</b>	7	21.2
<b>2</b>	5	15.2
<b>3</b>	2	6.1
<b>4</b>	1	3
<b>5</b>	1	3
<b>7</b>	1	3
<b>8</b>	1	3
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100.0</b>

\* Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Dr. Gabriel Reyes.

Cuadro N°. 1

Distribución de 33 niños desnutridos de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, según si presentaron parasitismo. Cuenca. Ecuador. 2008.

PARASITISMO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	23	69.7
NO	10	30.3
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100.0</b>

\* Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Dr. Gabriel Reyes.

Cuadro N°. 1

Distribución de 33 niños desnutridos de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, según número de número de episodios de parasitismo paciente-año. Cuenca. Ecuador. 2008.

PARASITISMO AÑO-PACIENTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	10	30.3
1	8	24.2
2	11	33.3
3	4	12.1
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100.0</b>

\* Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Dr. Gabriel Reyes.

Cuadro N°. 1

Distribución de 33 niños desnutridos de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, según si presentaron otras patologías. Cuenca. Ecuador. 2008.

<b>OTRAS PATOLOGIAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>SI</b>	21	63.6
<b>N0</b>	12	36.4
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100.0</b>

**\* Fuente: Formulario de recolección de datos.**

**Elaboración: Dr. Gabriel Reyes.**

Cuadro N°. 1

Distribución de 33 niños desnutridos de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, según número de número de episodios de otras patologías paciente-año. Cuenca. Ecuador. 2008.

<b>OTRAS PATOLOGIAS AÑO-PACIENTE</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>0</b>	13	39.4
<b>1</b>	8	24.2
<b>2</b>	7	21.2
<b>3</b>	2	6.1
<b>4</b>	2	6.1
<b>5</b>	1	3
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100.0</b>

**\* Fuente: Formulario de recolección de datos.**

**Elaboración: Dr. Gabriel Reyes.**

## DIETA DEL NIÑO.

El 46.7 % de los niños tuvo dieta familiar normal durante la intervención. El 43.3 % siguió la dieta normal (incremento de proteínas, vegetales, etc.) modificada . Solo ell 10 % la indicada por el Dr. Rozo o similares.

Cuadro Nº. 1

Distribución de 33 niños desnutridos de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, según dieta aplicada al niño. Cuenca. Ecuador. 2008.

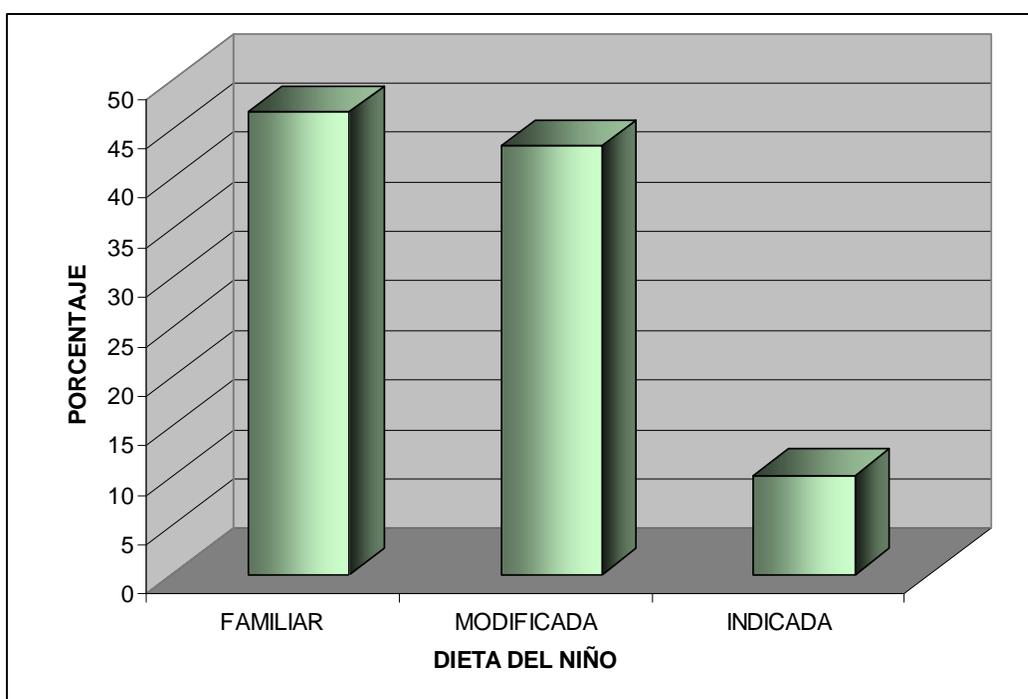
DIETA DEL NIÑO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FAMILIAR	14	46.7
MODIFICADA	13	43.3
INDICADA	3	10
TOTAL	30	100.0

\* Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Dr. Gabriel Reyes.

Cuadro Nº. 1

Distribución de 33 niños desnutridos de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, según dieta aplicada al niño. Cuenca. Ecuador. 2008.



\* Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Dr. Gabriel Reyes.

## SUPLEMENTOS ALIMENTICIOS

El 13.3 % recibió papilla y el 70 % suplementos vitamínicos. Otros suplementos recibieron el 40 %.

Cuadro N°. 1

Distribución de 33 niños desnutridos de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, según si recibieron papilla como suplemento alimentario. Cuenca. Ecuador. 2008.

PAPILLA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	4	13.3
NO	26	86.7
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>

\* Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Dr. Gabriel Reyes.

Cuadro N°. 1

Distribución de 33 niños desnutridos de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, según si recibieron vitaminas como suplemento alimentario. Cuenca. Ecuador. 2008.

VITAMINAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	21	70
NO	9	30
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>

\* Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Dr. Gabriel Reyes.

## FRECUENCIA DE LOS CONTROLES.

Los controles se realizaron cada 2 meses en el 69.7 % de los niños. El 18.2 % tuvieron controles mensuales.

Cuadro N°. 1

Distribución de 33 niños desnutridos de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, según frecuencia con la que acuden a los controles. Cuenca. Ecuador. 2008.

FRECUENCIA DE CONTROLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 MES	6	18.2
2 MESES	23	69.7
3 MESES	4	12.1
TOTAL	33	100.0

\* Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Dr. Gabriel Reyes.

## ESTABLECIMIENTO QUE CONTROLA AL NIÑO.

El 93.9 % de los niños fueron controlados en la visita domiciliaria,

El 39.4 % acude al subcentro de salud y el 9.1 % a puestos comunitarios.

Cuadro N°. 1

Distribución de 33 niños desnutridos de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, según establecimiento que controla al niño. Cuenca. Ecuador. 2008.

ESTABLECIMIENTO QUE CONTROLA AL NIÑO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
VISITA DOMICILIARIA	31	93.9
SUBCENTRO DE SALUD	13	39.4
PUESTOS COMUNITARIOS	3	9.1
OTROS	7	21.2

\* Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Dr. Gabriel Reyes.

## ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.

Solo el 16.7 % de los niños cumplieron las indicaciones impartidas para su recuperación.  
El 83.3 % no cumplen las recomendaciones.

Cuadro N°. 1

Distribución de 33 niños desnutridos de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, de acuerdo a si cumplen las recomendaciones sugeridas. Cuenca. Ecuador. 2008.

CUMPLEN LAS RECOMENDACIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO	25	83.3
SI	5	16.7
TOTAL	30	100.0.0

\* Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Dr. Gabriel Reyes.

Cuadro N°. 1

Distribución de 33 niños desnutridos de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, de acuerdo a si cumplen las recomendaciones sugeridas. Cuenca. Ecuador. 2008.



\* Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Dr. Gabriel Reyes.

## EVOLUCIÓN DEL PESO

Al inicio del estudio, 63.6 % de los niños, independientemente de su edad tuvieron un peso entre 10 y 14 Kg.

El peso en el control de los 6 meses se presenta entre 10 y 14 Kg en el 57.6 %. Entre 5 y 9 Kg. encontramos un 36.4 % de los niños. En dos niños no hubo la determinación por no asistir al control.

A los 12 meses el 63.6 % de los niños tienen un peso entre los 10 y 14 Kg., y el 24.2 % entre 5 y 9 Kg. A 4 niños no hubo como realizarles el control.

### Cuadro N°. 1

Distribución de 33 niños desnutridos de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, según peso al inicio de la intervención. Cuenca. Ecuador. 2008.

PESO AL INICIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
< 5	1	3
5-9	11	33.3
10-14	21	63.6
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100.0</b>

\* Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Dr. Gabriel Reyes.

### Cuadro N°. 1

Distribución de 33 niños desnutridos de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, según peso a los 6 meses de la intervención. Cuenca. Ecuador. 2008.

PESO A LOS 6 MESES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
5-9	12	36.4
10-14	19	57.6
SIN DATO	2	6.1
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100.0</b>

\* Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Dr. Gabriel Reyes.

Cuadro N°. 1

Distribución de 33 niños desnutridos de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, según peso al año de la intervención. Cuenca. Ecuador. 2008.

<b>PESO A LOS 12 MESES</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>5-9</b>	8	24.2
<b>10-14</b>	21	63.6
<b>SIN DATO</b>	4	12.1
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100.0</b>

\* Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Dr. Gabriel Reyes.

#### **INCREMENTO PORCENTUAL DEL PESO**

Comparando el peso en el primer trimestre de la intervención se observa que en un 12.1 % no hubo incremento ponderal. En el 36.4 % el incremento porcentual del peso fue del 5 al 9 %; un incremento del 10 al 14 % se observó 4 pacientes que corresponden al 12.1 %. Cinco pacientes tuvieron un incremento entre el 15 y 19 %.

En el segundo semestre de la intervención el peso se mantienen igual en 3 pacientes que corresponden al 9.1 %. Un incremento ponderal de hasta el 4 % presentan 5 niños (15.2 %). Un incremento del 5 al 9 % presentan 12 niños (36.4 %).

Al año de la intervención, 9 niños que corresponden 27.3 % tuvieron un incremento ponderal del 10 al 14 %, siguiéndole en orden de frecuencia los que tuvieron un incremento entre el 15 al 19 % y que corresponden a 7 niños estudiados. Un incremento entre el 20 y 24 % presentan 4 niños (12.1 %). Mas de un 25 % de incremento ponderal presentaron 5 alumnos.

Cuadro N°. 1

Distribución de 33 niños desnutridos de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, según porcentaje de incremento de peso al primer semestre de la intervención. Cuenca. Ecuador. 2008.

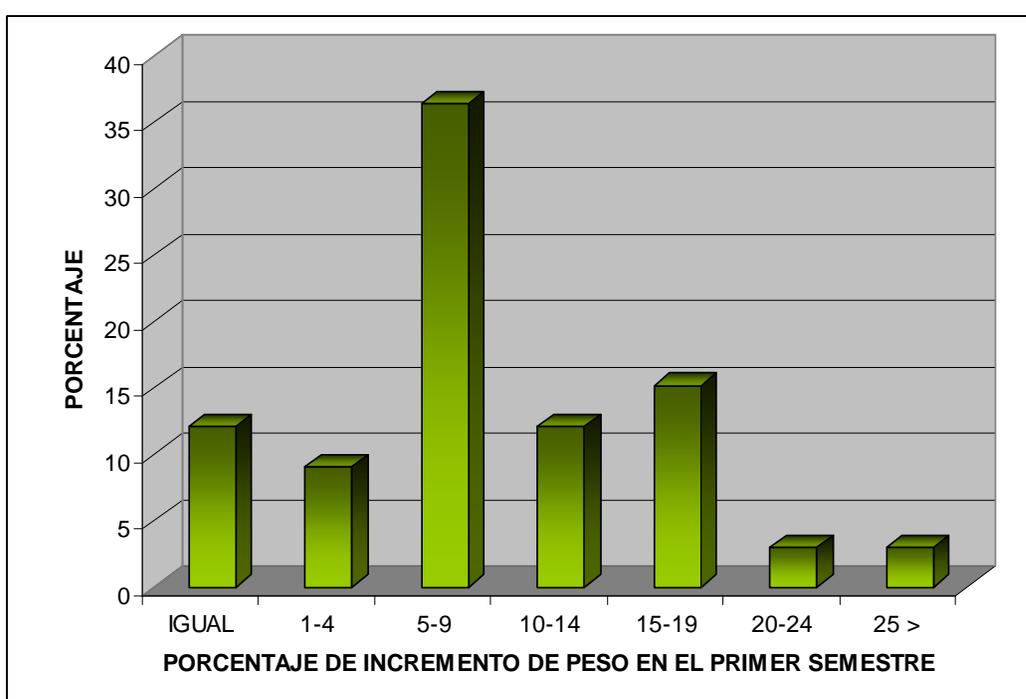
PORCENTAJE DE INCREMENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
IGUAL	4	12.1
1-4	3	9.1
5-9	12	36.4
10-14	4	12.1
15-19	5	15.2
20-24	1	3
25 >	1	3
SIN DATO	3	9.1
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100.0</b>

\* Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Dr. Gabriel Reyes.

Cuadro N°. 1

Distribución de 33 niños desnutridos de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, según porcentaje de incremento de peso al primer semestre de la intervención. Cuenca. Ecuador. 2008.



\* Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Dr. Gabriel Reyes.

Cuadro N°. 1

Distribución de 33 niños desnutridos de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, según porcentaje de incremento de peso en el segundo semestre de la intervención. Cuenca. Ecuador. 2008.

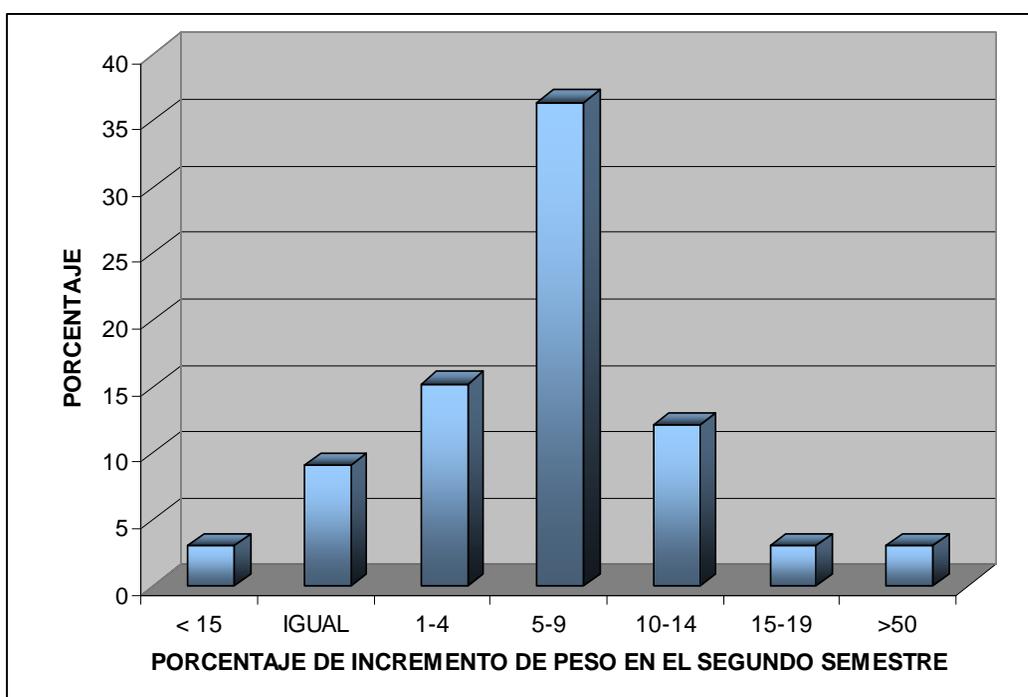
PORCENTAJE DE INCREMENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
< 15	1	3
IGUAL	3	9.1
1-4	5	15.2
5-9	12	36.4
10-14	4	12.1
15-19	1	3
>50	1	3
SIN DATO	6	18.2
TOTAL	33	100.0

\* Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Dr. Gabriel Reyes.

Cuadro N°. 1

Distribución de 33 niños desnutridos de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, según porcentaje de incremento de peso en el segundo semestre de la intervención. Cuenca. Ecuador. 2008.



\* Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Dr. Gabriel Reyes.

Cuadro N°. 1

Distribución de 33 niños desnutridos de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, según porcentaje de incremento de peso al año de la intervención. Cuenca. Ecuador. 2008.

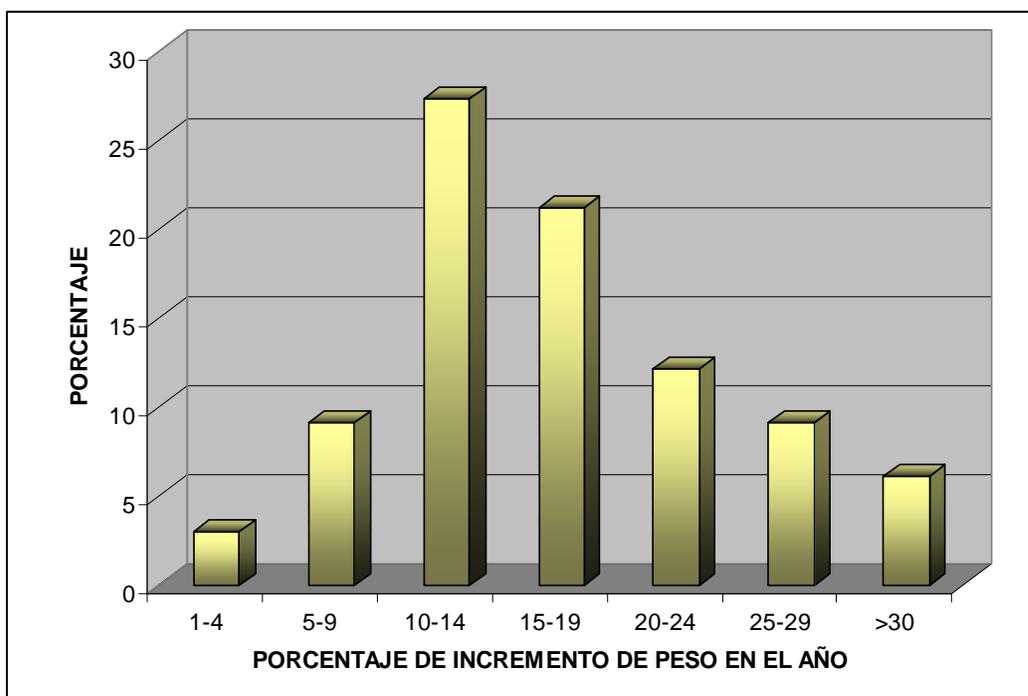
PORCENTAJE DE INCREMENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1-4	1	3
5-9	3	9.1
10-14	9	27.3
15-19	7	21.2
20-24	4	12.1
25-29	3	9.1
>30	2	6.1
SIN DATO	4	12.1
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100.0</b>

\* Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Dr. Gabriel Reyes.

Cuadro N°. 1

Distribución de 33 niños desnutridos de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, según porcentaje de incremento de peso al año de la intervención. Cuenca. Ecuador. 2008.



\* Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Dr. Gabriel Reyes.

## EVOLUCION DE LA ESTATURA

Con respecto a la talla al inicio de la intervención, esta varió entre los 60 y 94 cm., siendo la mas frecuente entre 85 y 89 cm. Que representan el 30.3 % de los casos.

A los 6 meses encontramos que la estatura varía entre los 65 y 104 cms. Manteniéndose el porcentaje mayor entre 85 y 89 cm.

Al año de la intervención, el mayor porcentaje de casos (27.3 %) corresponde a 9 niños que presentaron estaturas entre 90 y 94 cm.

### Cuadro N°. 1

Distribución de 33 niños desnutridos de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, según talla en centímetros al inicio de la intervención. Cuenca. Ecuador. 2008.

TALLA AL INICIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
60-64	3	9.1
65-69	2	6.1
70-74	5	15.2
75-79	2	6.1
80-84	6	18.2
85-89	10	30.3
90-94	5	15.2
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100.0</b>

\* Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Dr. Gabriel Reyes.

Cuadro N°. 1

Distribución de 33 niños desnutridos de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, según talla en centímetros en el primer semestre de la intervención. Cuenca. Ecuador. 2008.

TALLA A LOS 6 MESES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
65-69	3	9.1
70-74	3	9.1
75-79	5	15.2
80-84	3	9.1
85-89	9	27.3
90-94	5	15.2
95-99	2	6.1
100.0-104	1	3
SIN DATO	2	6.1
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100.0</b>

\* Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaboración Dr. Gabriel Reyes

Cuadro N°. 1

Distribución de 33 niños desnutridos de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, según talla en centímetros al final de la intervención. Cuenca. Ecuador. 2008.

TALLA AL AÑO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
70-74	4	12.1
75-79	2	6.1
80-84	5	15.2
85-89	4	12.1
90-94	9	27.3
95-99	4	12.1
100.0-104	1	3
SIN DATO	4	12.1
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100.0</b>

\* Fuente: Formulario de recolección de datos.

**Elaboración: Dr. Gabriel Reyes.**

## INCREMENTO PORCENTUAL DE LA ESTATURA

En los 6 primeros meses del estudio, el 63 % presenta incremento en la estatura entre 1 y 4 %. Nueve niños (27.3 %) incrementaron la talla entre un 5 y 9 %.

En el segundo semestre del estudio, el 45.5 % de los niños incrementaron su talla hasta un 4 %. Hasta el 9 % de incremento en su estatura presentan 11 niños que corresponden al tercio de los casos.

Comparando el incremento de la estatura desde el inicio hasta el final de la intervención observamos que aumentó hasta un 19 % en 4 niños (12.1 %). LA mayoría de casos (48.5 %), tuvieron incrementos que oscilaron entre el 5 y 9 %.

### Cuadro N°. 1

Distribución de 33 niños desnutridos de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, según porcentaje de incremento de la estatura en el primer semestre de la intervención. Cuenca. Ecuador. 2008.

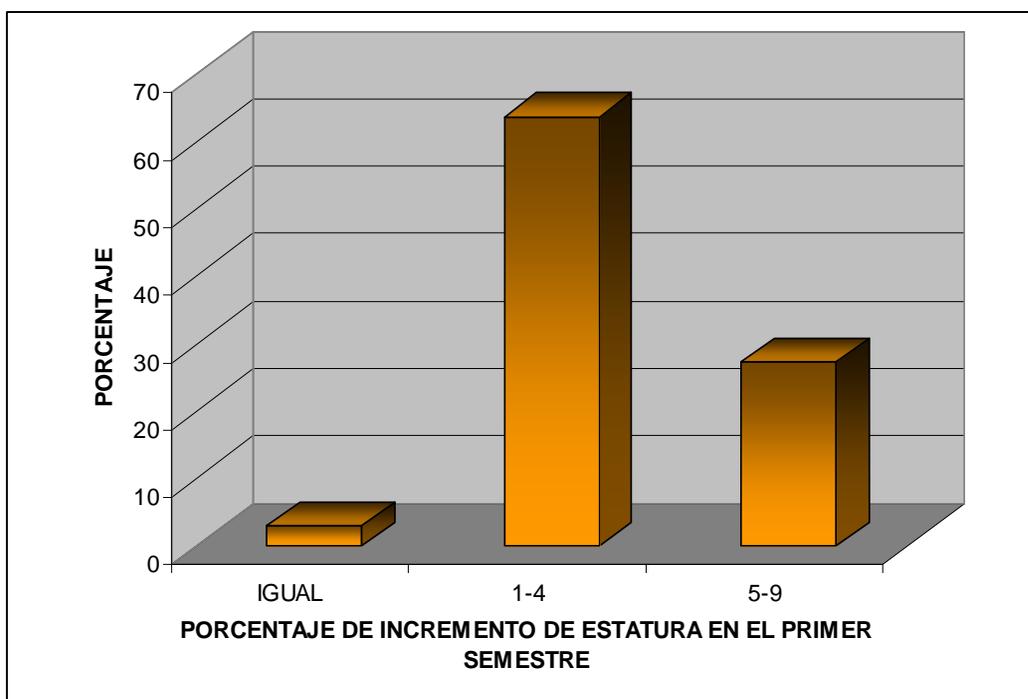
PORCENTAJE DE INCREMENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
IGUAL	1	3
1-4	21	63.6
5-9	9	27.3
SIN DATO	2	6.1
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100.0</b>

\* Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Dr. Gabriel Reyes.

Cuadro N°. 1

Distribución de 33 niños desnutridos de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, según porcentaje de incremento de la estatura en el primer semestre de la intervención. Cuenca. Ecuador. 2008.



\* Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Dr. Gabriel Reyes.

Cuadro N°. 1

Distribución de 33 niños desnutridos de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, según porcentaje de incremento de la estatura en el segundo semestre de la intervención. Cuenca. Ecuador. 2008.

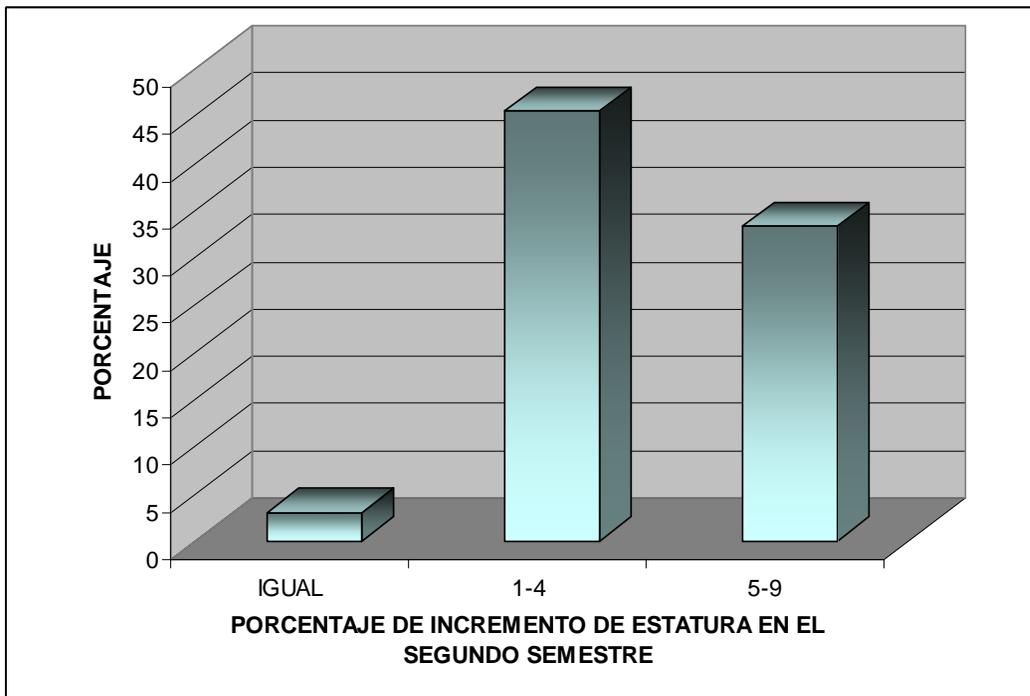
PORCENTAJE DE INCREMENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
IGUAL	1	3
1-4	15	45.5
5-9	11	33.3
SIN DATO	6	18.2
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100.0</b>

\* Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Dr. Gabriel Reyes.

Cuadro N°. 1

Distribución de 33 niños desnutridos de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, según porcentaje de incremento de la estatura en el segundo semestre de la intervención. Cuenca. Ecuador. 2008.



\* Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Dr. Gabriel Reyes.

Cuadro N°. 1

Distribución de 33 niños desnutridos de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, según porcentaje de incremento de peso al final de la intervención. Cuenca. Ecuador. 2008.

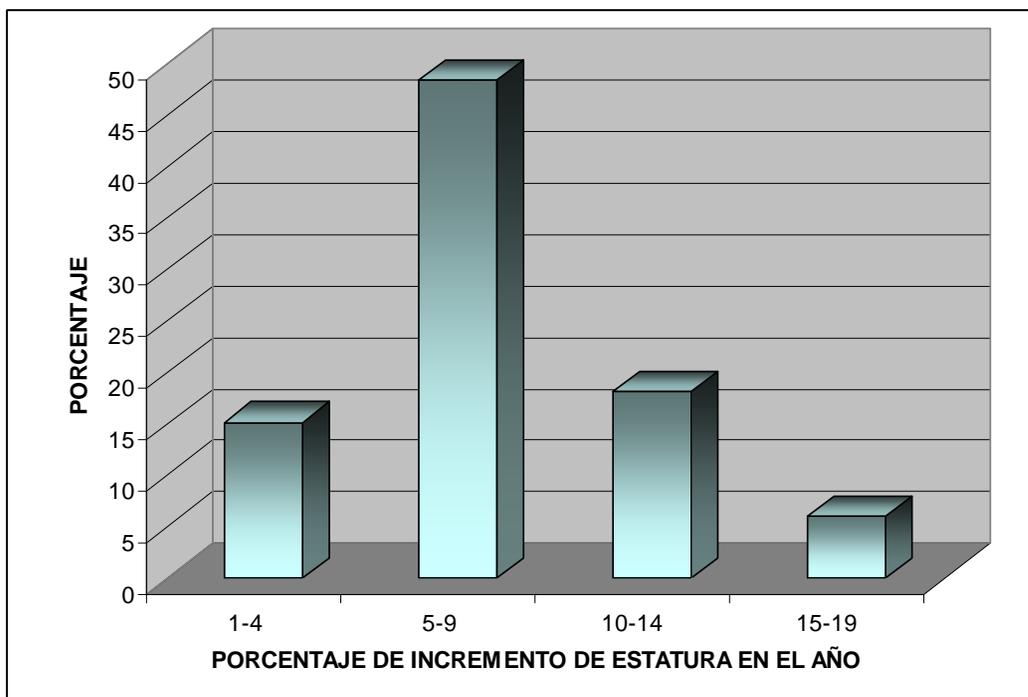
PORCENTAJE DE INCREMENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1-4	5	15.2
5-9	16	48.5
10-14	6	18.2
15-19	2	6.1
SIN DATO	4	12.1
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100.0</b>

\* Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Dr. Gabriel Reyes.

Cuadro Nº. 1

Distribución de 33 niños desnutridos de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, según porcentaje de incremento de peso al final de la intervención. Cuenca. Ecuador. 2008.



\* Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Dr. Gabriel Reyes.

#### EVOLUCION DEL ESTADO NUTRICIONAL

Al inicio de la intervención, el 87.8 % de los niños tuvieron un diagnóstico de desnutrición leve. Un niño presentó desnutrición moderada. Los tres niños que constan con un estado nutricional normal hicieron desnutrición en el primer trimestre y por eso se les incluyó en el estudio.

Cuadro Nº. 1

Distribución de 33 niños desnutridos de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, según diagnóstico nutricional al inicio de la intervención. Cuenca. Ecuador. 2008.

DIAGNOSTICO AL INICIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DESNURICION LEVE	29	87.8
DESNUTRICION MODERADA	1	3
NORMAL	3	9.1
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100.0</b>

\* Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Dr. Gabriel Reyes.

Al final del primer semestre, el estado nutricional fue normal en el 36.4 % de los casos. Un 39.4 % presentan desnutrición leve y 7 niños hacen desnutrición moderada.

Cuadro N°. 1

Distribución de 33 niños desnutridos de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, según diagnóstico nutricional los 6 meses de la intervención. Cuenca. Ecuador. 2008.

<b>DIAGNOSTICO A LOS 6 MESES</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>DESNURICION LEVE</b>	14	42.4
<b>DESNUTRICION MODERADA</b>	7	21.2
<b>NORMAL</b>	12	36.4
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100.0</b>

**\* Fuente: Formulario de recolección de datos.**

**Elaboración: Dr. Gabriel Reyes.**

Al final del estudio, el estado nutricional fue normal en el 39.4 % de los niños, persistiendo la desnutrición leve en el 54.5 % de los casos. Dos niños presentaron desnutrición moderada.

Cuadro N°. 1

Distribución de 33 niños desnutridos de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, según diagnóstico nutricional al final de la intervención. Cuenca. Ecuador. 2008.

<b>DIAGNOSTICO AL AÑO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>DESNURICION LEVE</b>	18	54.5
<b>DESNUTRICION MODERADA</b>	2	6.1
<b>NORMAL</b>	13	39.4
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100.0</b>

**\* Fuente: Formulario de recolección de datos.**

**Elaboración: Dr. Gabriel Reyes.**

En resumen, en el primer semestre del estudio, el estado nutricional se mantiene igual en el 51.5 % de los casos, mejora en el 36.4 % y empeora en el 9.1 %.

En el segundo semestre, observamos que el estado se mantiene igual en el 63.6 % de los niños, mejora en el 18.2 %, y empeora en el 15.2 %.

Comparando el inicio con el final del estudio, observamos que un 45.5 % de los niños no cambió su estado nutricional. El 39.4 % mejoraron y un 12.1 % empeoró.

Cuadro N°. 1

Distribución de 33 niños desnutridos de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, según resultado de la intervención en el primer semestre. Cuenca. Ecuador. 2008.

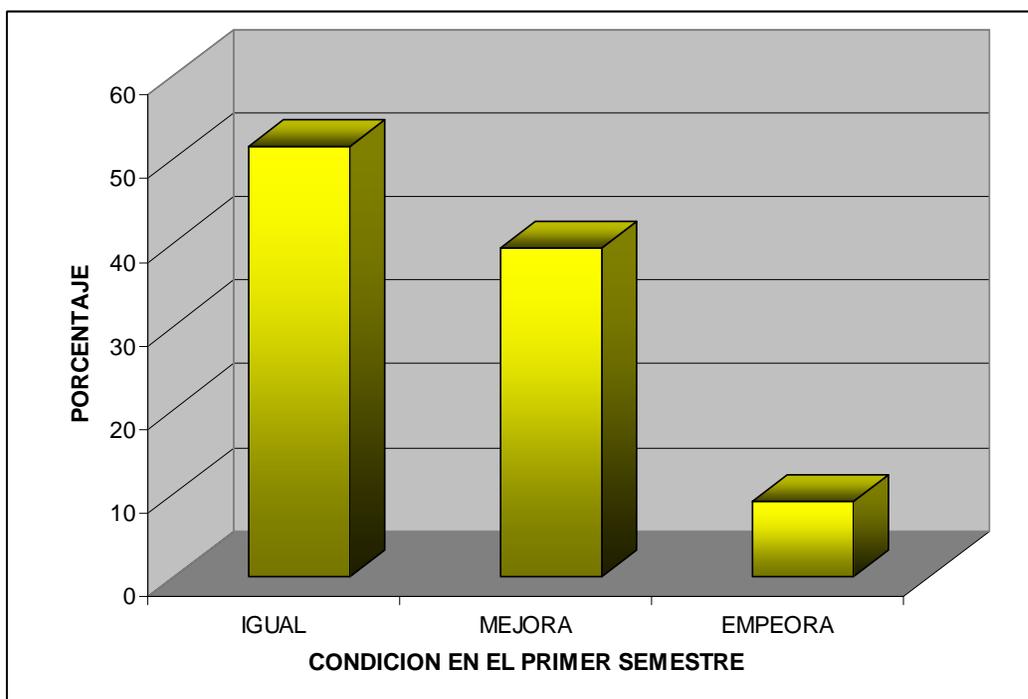
CONDICION AL PRIMER SEMESTRE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
IGUAL	17	51.5
MEJORA	13	39.4
EMPEORA	3	9.1
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100.0</b>

\* Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Dr. Gabriel Reyes.

Cuadro N°. 1

Distribución de 33 niños desnutridos de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, según resultado de la intervención en el primer semestre. Cuenca. Ecuador. 2008.



\* Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Dr. Gabriel Reyes.

Cuadro N°. 1

Distribución de 33 niños desnutridos de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, según resultado de la intervención en el segundo semestre. Cuenca. Ecuador. 2008.

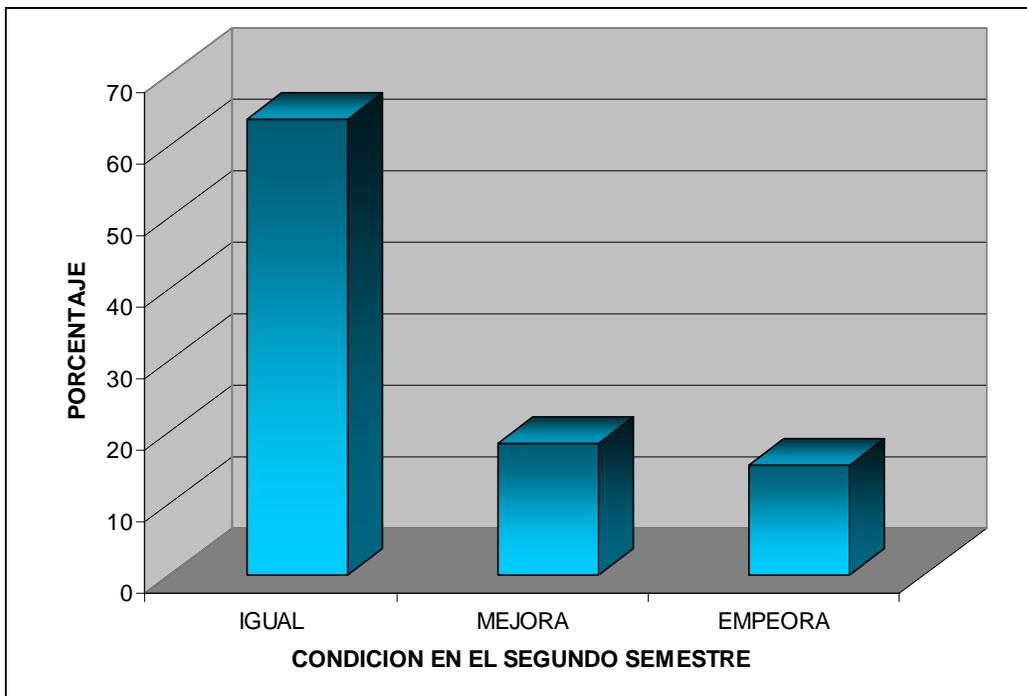
CONDICION AL SEGUNDO SEMESTRE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
IGUAL	21	63.6
MEJORA	6	18.2
EMPEORA	5	15.2
SIN DATO	1	3
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100.0</b>

\* Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Dr. Gabriel Reyes.

Cuadro N°. 1

Distribución de 33 niños desnutridos de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, según resultado de la intervención en el segundo semestre. Cuenca. Ecuador. 2008.



\* Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Dr. Gabriel Reyes.



Cuadro N°. 1

Distribución de 33 niños desnutridos de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, según resultado de la intervención al final del estudio. Cuenca. Ecuador. 2008.

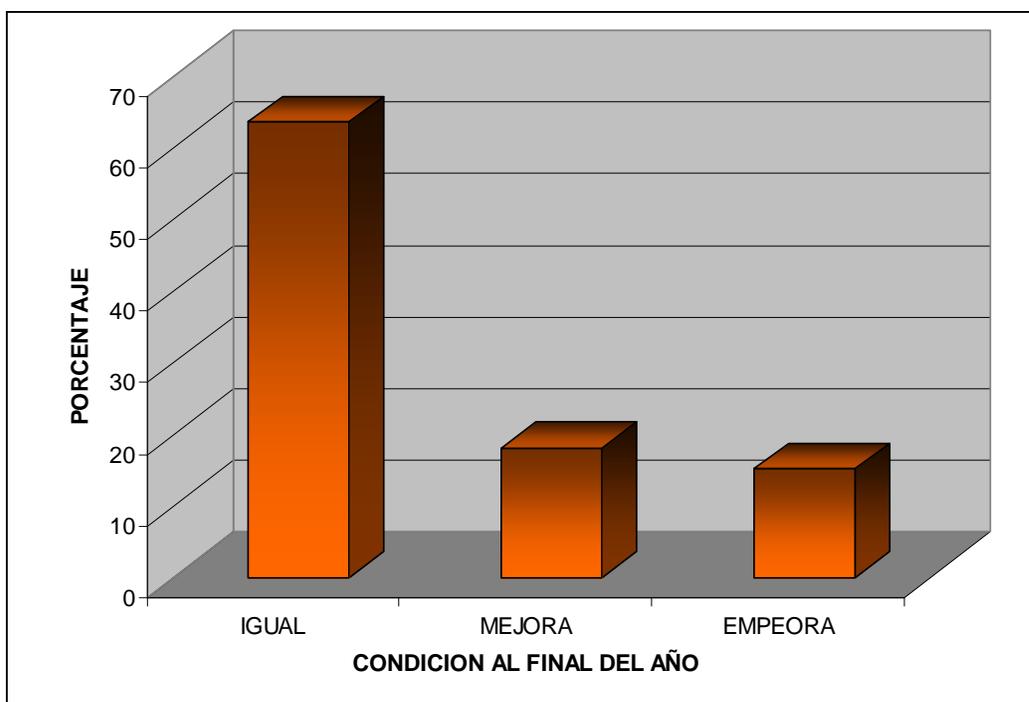
CONDICION AL AÑO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
IGUAL	15	45.5
MEJORA	13	39.4
EMPEORA	4	12.1
SIN DATO	1	3
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100.0</b>

\* Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Dr. Gabriel Reyes.

Cuadro N°. 1

Distribución de 33 niños desnutridos de 1 a 5 años de la parroquia Santa Ana, según resultado de la intervención al final del estudio. Cuenca. Ecuador. 2008.



\* Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaboración: Dr. Gabriel Reyes.

## INDICE

TITULO .....	2
LUGAR .....	2
AUTOR.....	2
RESUMEN .....	3
INTRODUCCION.....	4
JUSTIFICACION .....	5
OBJETIVO GENERAL .....	5
OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	5
HIPOTESIS .....	5
METODOLOGIA .....	6
TAMAÑO DE LA MUESTRA .....	7
CARACTERISTICAS GENERALES DE LA DESNUTRICION .....	8
DESNUTRICION UN PROBLEMA MUNDIAL .....	10
DESNUTRICION EN EL ECUADOR .....	13
DESNUTRICION EN LA PARROQUIA SANTA ANA .....	16
IMPORTANCIA DEL PROBLEMA (DESNUTRICION ) .....	18
ANTROPOLOGIA Y ALIMENTACION .....	19
COMO DIAGNOSTICAR AL NIÑO DESNUTRIDO .....	22
ANTROPOMETRIA .....	23
PERCENTILES,PORCENTAJE DE ADECUACIÓN, DESVIACION ESTANDART .....	25
VALORES DE REFERENCIA .....	27
POLITICAS PARA ENFRENTAR LA DESNUTRICION .....	29
LA DESNUTRICION INFANTIL DESDE UNA VISION DE MEDICINA DE FAMILIA .....	32
MARCO TEORICO .....	36
ALIMENTOS Y DIETA .....	36
DIETA DEL Dr. CAMILO ROZO .....	42
PLAN DE ALIMENTACION DIARIA PARA EL NIÑO PREESCOLAR .....	45
COMPLEMENTO ALIMENTARIO .....	48
PORGRAMA EDUCATIVO .....	51
LACTANCIA MATERNA .....	52

PERCEPCION DEL ESTADO DE DESNUTRICION DE SU HIJO .....	53
SELECCIÓN DE ALIMENTOS .....	55
PIRAMIDE ALIMENTARIA .....	57
CONSEJOS PARA LA PREPARACION DE ALIMENTOS .....	58
CONTROL MEDICO PERIODICO .....	59
TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES MAS COMUNES EN LOS NIÑOS .....	64
ASPECTOS DE LA FAMILIA EN RELACION AL NIÑO DESNUTRIDO .....	65
APLICACIÓN DE CONOCIMIENTOS DE PROGRAMAS EDUCATIVOS .....	67
ACCIONES COMUNITARIAS .....	68
DISCUSIÓN .....	70
CONCLUSIONES .....	77
RECOMENDACIONES .....	79
BIBLIOGRAFIA .....	80
ANEXOS .....	85
FORMULARIO PARA LA RECOLECCION DE DATOS.....	85
TABLAS DE FAMILIA ( CARACTERISTICAS) .....	87
TABLA DE DIETA, VITAMINAS .....	87
TABLAS DE PESO .....	88
TABLAS DE TALLA .....	91
TABLAS DE ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS .....	93
TABLAS DE ENFERMEDADES DE LOS NIÑOS .....	94
RESULTADO Y ANALISIS ESTADISTICOS .....	98