

FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INCIDEN EN LA DENUTRICIÓN DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD 1° DE MAYO DEL MUNICIPIO DE GUAYARAMERIN DURANTE LA GESTION 2008-2009

I. INTRODUCCIÓN

La desnutrición es un síndrome conocido desde hace muchos años que proviene de un desequilibrio entre el aporte de nutrientes a los tejidos, ya sea por una dieta inapropiada o por una utilización defectuosa por parte del organismo.

A nivel mundial existen 480 millones de personas que sufren desnutrición crónica, aproximadamente el 10.5% de la población mundial. En América Latina, más del 50% de los niños menores de 5 años sufren de desnutrición. Bolivia con una población de más de 8 millones de habitantes, sufre desnutrición en un 46.5% de población infantil..

La desnutrición se convierte en uno de los factores de mayor preocupación en salud pública debido a que conlleva muchos riesgos en el desarrollo de los niños.

Dependiendo al grado de desnutrición podemos encontrar problemas en el crecimiento, dificultades de aprendizaje, etc.

El presente estudio de tipo descriptivo, la población sujeto de estudio pertenece al área de influencia del centro de salud 1° de Mayo, donde el estudio realizamos una investigación de tipo descriptiva donde podemos encontrar una población con hábitos alimentarios no saludables, los mismos vienen de las pautas de crianza y los mismos se reproducen de una generación a otra, perpetuando hábitos no saludables. No hay la costumbre de consumir alimentos verdes, variedad de frutas, etc. Culturalmente acuden a alimentos de la región para cubrir ciertas necesidades, pero que lamentablemente no siempre son las adecuadas.

La alimentación general es hipercarbonada, por el alto consumo de pastas, yuca, harina de plátano, etc.

Se evidencia que el cuidado de los niños pequeños está claramente asignado a las mujeres del hogar. Lo que denota el comportamiento machista aún perdurable en la región.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad, en América Latina, más del 50 % de los niños menores de 5 años presentan algún grado de desnutrición. Ahora, el 41% de estos niños sufren retardo de crecimiento denominada desnutrición crónica la misma que es irreversible si esta desnutrición no es tratada de manera correcta y adecuada hasta los dos primeros dos años de vida.

La 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 y 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 5 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 juegan un papel muy importante en el cuidado del niño, las que a su vez dependen de varios factores que inciden en la nutrición del menor de 5 años.

Según la UNICEF, la mortalidad infantil en los niños menores de 5 años en Bolivia alcanza el puesto Nro. 57 a nivel mundial y, en América Latina, el 2do. Después de Haití, que ocupa el primer lugar.

La desnutrición puede deberse a varios factores a) Específica: Cuando falta un nutriente bien determinado. Ejemplo: Anemia = Falta de hierro, Raquitismo = Falta de vitamina D.

Escorbuto = Falta de vitamina C, Cretinismo = Falta de yodo.

b) Global: cuando la deficiencia es nutricional, tanto calórica como proteica,

Asimismo la desnutrición puede deberse a diferentes causas a) Primaria o carencial: Por oferta inadecuada de alimentos (déficit de ingestión) en virtud de condiciones socioeconómicas, culturales desfavorables. b) Secundaria sintomática: cuando el aprovechamiento de alimentos es inadecuado, las mismas que a su vez pueden ser circunstanciales presentando signos clínicos como (Ej: edema, alteración de cabellos y de piel) y se combinan de diversas maneras, presentando los diferentes cuadros clínicos, con dos extremos bien definidos: marasmo y kwashiorkor, con numerosas formas intermedias o indeterminadas.

La desnutrición pluricarencial o primaria facilita la instalación de infecciones, que la agravan, cerrando un círculo vicioso (desnutrición más infección y mayor

desnutrición) y es causa de fondo de la alta morbi- mortalidad infantil en países subdesarrollados.

Los datos del ENDSA 2008 en Bolivia, según el nuevo estándar de la OMS, el 27 por ciento de los niños y niñas menores de cinco años (en vez del 22 por ciento) padece desnutrición crónica y el 8 por ciento presenta retraso en el crecimiento en condición severa.

Los niveles de desnutrición aguda y global de la población menor de cinco años son del 1 y 4 por ciento, Respectivamente. En estos dos últimos tipos de desnutrición no son significativas las proporciones en grado

El nivel de desnutrición crónica presenta grandes variaciones según las características analizadas. En los primeros 35 meses, la desnutrición crónica aumenta sistemáticamente con la edad del niño y de la niña, pasando de 9 por ciento en menores de 5,

El nivel de desnutrición crónica aumenta a medida que disminuye la educación de la madre y el quintil Los datos del ENDSA 2008 nos muestran que Los problemas de malnutrición son elevadas en la región de la Amazonía boliviana, los estudios muestran que esta situación se manifiesta principalmente en niños provenientes de familias de escasos recursos económicos, de padres o tutores con grados de escolaridad bajos, etc.

Prácticamente no hay una sola familia que no tenga problemas de nutrición al interior de la misma; es por esta razón que nos interesa conocer cuáles son los factores que inciden en la desnutrición de niños menores de 5 años que acuden al centro de salud 1° de mayo de la ciudad de Guayaramenrin datos que servirán para plantear estrategias que sirvan para mejorar la salud de la población en estudio en función a los resultados obtenidos.

a. Pregunta de Investigación

¿Cuáles son factores socioculturales que influyen en la prevalencia de desnutrición en niños menores 5 años de edad que asisten de manera regular al centro de Salud 1° de Mayo en el período de agosto 2008 a agosto 2009?

III.JUSTIFICACIÓN

La desnutrición es uno de los principales problemas de salud pública en Bolivia, la desnutrición crónica afecta a 30 de cada 100 niños menores de 5 años.

El principal problema de la niñez boliviana es la desnutrición crónica, cuya manifestación (más evidente) es la talla baja para la edad.

La desnutrición (en todas sus formas) es la manifestación de una serie de causas muchas de ellas estructurales que interactúan entre sí y, según el caso individual, que tienen mayor o menor relevancia, entre las más destacadas se menciona al insuficiente consumo de alimentos eguido de las enfermedades infecciosas, inseguridad alimentaria en el hogar, indecuadas practicas de cuidado seguido del limitado acceso al agua y saneamiento y servicios de salud, todos unidos a la falta de conocimientos y educación.

El presente estudio pretende conocer con certeza los factores que inciden en la desnutrición de los niños menores de 5 años en esta región de Bolivia la cual tiene de manera particular costumbres y hábitos de alimentación particulares causales para la desnutrición.

Se determinará el estado nutricional y el aporte nutricional vs requerimiento nutricional de todos los niñ@s en estudio, se definirá el grado de conocimiento de nutrición y alimentación complementaria de las madres o tutores, se determinará las actitudes y prácticas frente a todas las buenas prácticas adecuadas para el cuidado del niñ@ menor de 5 años, como ser lactancia materna, asistencia médica y oportuna, cumplimiento de recomendaciones clínicas, etc.

MARCO TEORICO

a. MARCO SITUACIONAL

i. Geográfico

El departamento de Beni se encuentra ubicado al noreste del país, en una región esencialmente amazónica. Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) la población estimada para el año 2007 en este departamento alcanza los 422 434 habitantes.

La pirámide poblacional muestra un patrón típicamente expansivo (base ancha y cima estrecha), que refleja una alta natalidad y alta mortalidad. La estructura poblacional en este departamento muestra un predominio de población joven donde gran parte de los habitantes tienen menos de 15 años (44%).

Guayaramerín forma parte de la segunda sección de la Provincia Vaca Diez del departamento del Beni, en el norte del país. Tiene una superficie de 5.500 km², se encuentra a 172 m sobre el nivel del mar, la temperatura media ambiental es de 36° C.

Es una ciudad fronteriza, limita al norte con el río Mamoré y la ciudad brasilera de Guayarará-Mirim, al sur con la provincia Yacuma, al oeste con el municipio de Riberalta.

Guayaramerín en lengua Tupí Guaraní quiere decir Cachuela Chica, se formó a fines del siglo pasado, servía como parada obligatoria para preparar embarcaciones, descansar y aprovisionarse de alimentos antes de cruzar el tramo de las cachuelas.

El 17 de noviembre de 1905 se crea el Puerto Oficial de Guayaramerín, cambiándole el nombre por el de Puerto Sucre y con el rango de Puerto Menor (Gobierno de Ismael Montes). Por ley del 22 de septiembre de 1915 se le devuelve el nombre de Guayaramerín, ratificándose el rango de Puerto Menor.

El municipio de Guayaramerín es una región endémica de la malaria, antiguamente en 1943 este puerto era temido por ser foco principal de esta enfermedad, actualmente sigue siendo prioridad la pesquisa y tratamiento de esta enfermedad.

La ciudad de Guayaramerín tiene una población de 45.525 habitantes, comprende 4 distritos urbanos con 25 Organizaciones Territoriales de Base y 38 comunidades campesinas y un pueblo indígena unión Joaquiniana¹.

Guayaramerín es una frontera cosmopolita, porque residen familias de todas las provincias Benianas de todos los departamentos del país, sin embargo los originarios son descendientes de familias Baureñas.

La forma social del municipio es el resultado del mestizaje entre los descendientes de españoles con los indígenas, tanto locales como aquellos traídos de braceros desde Santa Cruz y del sur del Beni, adicionalmente al contingente nacional se trasladaron extranjeros, principalmente japoneses, coreanos, suizos, ingleses, alemanes y brasileros.

Está centrada en el comercio activo que se realiza entre Bolivia y Brasil, siendo Guayaramerín una ciudad comercial por excelencia y los artículos de primera necesidad que llegan desde el Brasil están exentos de impuestos de rigor por acuerdo internacional.

Actualmente Guayaramerín viene atravesando una fuerte crisis económica debido a la influencia del país vecino Brasil por el alza del Real. Se caracteriza por su amplia y dinámica actividad comercial, existen 155 casas comerciales, un mercado central, un mercado seccional y un mercado campesino, se destaca como principal centro de comercialización el mercado central.

La actividad agroindustrial es limitada, aunque se explotan algunos recursos como, madera, palmito y castaña.

¹ INE. Censo de Población y Vivienda 2001

La agricultura está basada en la producción de productos como arroz, yuca, plátano en mayor escala contribuye sobre todo en carbohidratos que no mejoran la nutrición de la población, es por ello que se evidencia altos índices de anemias y desnutrición, a pesar de todo existen instituciones y ONGs que están incentivando a los campesinos y agricultores.

La ganadería le da la oportunidad a la población de trabajar como empleados(as) en estancias ganaderas, favoreciendo de esta manera la posibilidad de adquirir carne vacuna y porcina. Los recursos piscícolas de los ríos, lagos y arroyos permiten a la población consumir diferentes especies de pescado como el surubí, blanquillo y otros.

A Guayaramerín se puede acceder de cualquier parte del país y del exterior por su vinculación terrestre, que se realiza a través del transporte terrestre, a través de vías que se dirigen a Trinidad y La Paz.

El transporte fluvial se lo realiza a través de embarcaciones (llamados motores) de pequeños y grande calajes que recorren los ríos Iténes, Mamoré y todos sus afluentes. En cuanto al cruce de Guayaramerín y Guayara-mirim y viceversa se lo realiza en las llamadas “Chalanas” que están en constante actividad las 24 horas del día.

El transporte aéreo lo realizan compañías o empresas aéreas como TAM, AEROCON.

La lengua oficial en Guayaramerín es el castellano, sin embargo, también se habla el quechua y aymará entre los residentes del valle y del altiplano, que en gran proporción emigraron a esta región, rara vez se escucha dialectos locales como el Trinitario, Baures, Itonamas y otros, por supuesto el portugués también es frecuente entre la población guayaramirense, debido al permanente flujo de brasileros a la región, principalmente por comercio.

3.2. CENTRO DE SALUD 1º DE MAYO:

Este Centro de Salud se encuentra ubicado en la zona oeste de la ciudad de Guayaramerín. La población de influencia es de 8.000 habitantes. Dentro de las características de la población podemos indicar que gran parte de ellos son migrantes, por lo que se puede encontrar personas que tienen como lengua materna el idioma, castellano, aymará, quechua y en muy poca proporción el guaraní.

Las principales actividades económicas, agriculturas, comercio informal, podemos encontrar carpinteros, tejeros y ganaderos, coordina con 4 OTBs y Agentes Comunitarios, cuenta con un sistema de agua potable el 60% de la población y 40% agua de noria o pozos familiares.

La eliminación de excretas es por medio de cámaras sépticas, pozos ciegos. Prácticamente no existe sistema de alcantarillado en la zona.

Guayaramerín forma parte de la Red 08 dentro del sistema organizativo de salud del Beni. La Red de Salud fue creada en 1990 como distrito, dependiente de la Unidad Sanitaria de Riberalta, actualmente cuenta con 14 establecimientos de salud públicos,

que corresponden al 1er y 2do nivel. Además existen 4 establecimientos privados de salud.

El Centro de Salud 1° de Mayo cuenta con el siguiente personal de salud.

- Un médico General, Jefe de área.
- Un médico interno que realiza rotación de Salud Pública.
- Un odontólogo.
- Un médico general con atención SUSAs.
- Cuatro Enfermeras Auxiliares.
- Un Técnico de Laboratorio de Malaria.
- Un Sereno.

Presta atención 1er. Nivel de Salud (SUMI), además del Seguro Autónomo del Beni (SUSA).

ii. Político

b. MARCO TEORICO

La desnutrición, particularmente en menores de cinco años, continúa como uno de los problemas de salud no resueltos en nuestro país y en el mundo es consecuencia – y una de las principales manifestaciones - de la exclusión social, económica, política y cultural de los segmentos de la población que viven en condiciones de pobreza, sin servicios mínimos de saneamiento básico, agua potable, acceso a salud, educación y con inseguridad. De manera que la desnutrición, en última instancia, es el reflejo de la inequidad económica y de las crisis sociopolíticas que aquejan a nuestro planeta. Con 26.5%, la desnutrición crónica (baja talla) afecta aproximadamente a 288,1243 niños/as menores de 5 años. Este porcentaje es inaceptablemente elevado y se encuentra muy por encima de la mayoría de los países de la región. Estudios realizados señalan que la desnutrición adquiere mayor magnitud en los menores que viven en el área rural, en municipios marginales, que son hijos de madres sin instrucción y de familias que se encuentran en los quintiles más bajos de ingresos. Si bien a nivel nacional, se ha registrado una reducción lenta, el problema ha sufrido un incremento en las regiones más deprimidas del país 4. Lo anterior amenaza con perpetuar el ciclo de pobreza y subdesarrollo y es necesario reconocer que para enfrentar el problema de la desnutrición se requiere de un enfoque de intervención intersectorial, masiva, coordinada, integral, sostenida en el tiempo y con una gran participación de la comunidad organizada. La evidencia científica sustenta varias observaciones empíricas: la desnutrición afecta profundamente el crecimiento y desarrollo de la niñez desde el inicio del curso vital; compromete el desarrollo físico, mental y cognitivo y determina un mayor riesgo de enfermar y morir. Por lo tanto, la desnutrición deteriora el potencial educacional y, por ende, afecta el desarrollo del ser humano. Al menos un 50% de las muertes de menores de cinco años se produce por el sinergismo entre la desnutrición y las enfermedades infecciosas más frecuentes. Más allá de la importancia de tratar los casos de desnutrición es, por lo tanto, esencial prevenir la aparición de esta condición, lo que es factible de alcanzar únicamente por medio de un conocimiento colectivo sobre el fenómeno y un intenso y sostenido

trabajo multi- e intersectorial, que alcance efectivamente a las comunidades y a las familias que tradicionalmente han sido excluidas².

i. MODELOS CONCEPTUALES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Es importante iniciar definiendo y diferenciando crecimiento y desarrollo del niño, como procesos. Crecimiento es el proceso por el cual se incrementa la masa de un ser vivo; incremento que se produce por el aumento del número de células o de la masa celular y desarrollo es el proceso por el cual los seres vivos logran mayor capacidad funcional de sus sistemas y que se produce a través de los fenómenos de crecimiento y especialización o integración (Lechting, 1971; Sinclair, 1973) crecimiento es entendido como el desarrollo progresivo de un ser vivo, de una parte o de todo el organismo, desde las etapas más tempranas hasta la madurez, incluyendo el aumento de tamaño y por desarrollo se entiende la serie de cambios por los cuales el embrión se vuelve organismo maduro.

Los alimentos son esenciales para un crecimiento normal, e importa tanto la cantidad como la calidad del nutriente. La necesidad calórica por kilogramo de peso corporal en los primeros meses de vida es dos a tres veces mayor (100 a 120 cal./kg.) comparada con la de adultos que realizan trabajo corporal moderado (40 a 50 cal/kg) (Gordon y Levine, 1944). La razón de lo anterior es que en las edades tempranas además del balance energético, se requiere energía para los procesos sintéticos del crecimiento.

Alimentación La alimentación se refiere a la disponibilidad y acceso de alimentos, esto explica lo que el sujeto come. Es un proceso socioeconómico en lo genérico y uno de tipo psicológico en lo individual o específico. Una vez conocida la disponibilidad y el acceso a los alimentos dado fundamentalmente por un proceso social y económico, las preferencias, combinaciones y diversidad se vuelven un asunto cultural y psicológico.

Nutrición. La nutrición es un proceso biológico de asimilación y procesamiento de alimentos en donde los sistemas de reacción del organismo determinan la biodisponibilidad de los nutrientes de los alimentos (Marthell, Bertolini, Nieto, Tenzer, Ruggia y Belitzky, 1981). El proceso nutricional se modifica con la especialización o deterioro de los órganos y sistemas que intervienen en el proceso, aún cuando se mantengan los estándares de alimentación, el proceso de nutrición será diferente si existen diferencias en el funcionamiento de los sistemas involucrados en el proceso de asimilación y procesamiento de alimentos.

En la literatura (Fomon, 1976) se ha utilizado de manera tradicional el término estado nutricional para hacer referencia a la forma en que las medidas antropométricas sirven como evidencia de que el sujeto ha venido consumiendo proteínas y energía y, se supone, que la proporcionalidad de la talla con la edad implica que no existen trastornos en los procesos de nutrición. Esta suposición, se derivó de los estudios en comunidades con niños con desnutrición aguda-crónica, en los cuales, se encontraba

² Ministerio de Salud y Deportes, Programa "Desnutrición Cero" 2006 – 2010, (Versión preliminar) MSD, Septiembre del 2006.

invariablemente la relación entre pérdida crónica de la talla y un déficit en el consumo de proteínas y energía y, en general, un subconsumo generalizado de alimentos, esto es, una alimentación insuficiente. Sin embargo, desde entonces sabemos que la desnutrición leve y moderada como resultante de medidas antropométricas no puede explicarse en relación a variables socioeconómicas pues, invariablemente, está asociada a variables de tipo psicosocial. Hasta aquí las precisiones deben dejar claro que:

a) crecimiento y desarrollo son procesos paralelos que pueden ser afectados por la alimentación y la nutrición, entre otras variables. Además, no todas las variables que afectan el desarrollo afectan el crecimiento y viceversa;

b) alimentación y nutrición son inclusivos como estados pero como procesos son exclusivos; c) el estado nutricional, como resultante, se estima indirectamente con medidas antropométricas y se relaciona con los procesos de alimentación y nutrición en desnutridos crónicos-agudos. De nuevo, en condiciones extremas, la falta de alimento inhibe tanto el crecimiento como el desarrollo psicosocial; sin embargo, aún cuando existe poca evidencia, los problemas leves o moderados en el crecimiento no necesariamente traen como consecuencia desórdenes del desarrollo.

Es difícil entender actualmente, como y de qué manera, crecimiento y desarrollo son facilitados o inhibidos cuando el problema no es falta de alimentos sino diversidad de la dieta. Comunidades con consumos adecuados de proteínas y energía, pero con una dieta monótona parecen presentar algunas carencias en el consumo de micronutrientes principalmente hierro, zinc, y vitamina A, B12 y C (Pollit, 1991). La monotonía en la dieta puede estar asociada a factores de comercialización o acceso y aún, cuando los alimentos y los recursos para adquirirlos están disponibles, aspectos históricos-culturales y de interacción madre-niño establecen las condiciones que hacen más probable el consumo de una restringida canasta de alimentos.

LACTANCIA Y NUTRICIÓN

Los patrones y posibilidades de alimentación del niño afectan su estado nutricional, el que a su vez condiciona su potencial de desarrollo y crecimiento. En este sentido, la práctica de la lactancia materna provee a los niños de nutrientes adecuados y de inmunización para un gran número de enfermedades comunes en la niñez. Sin embargo, el temprano inicio de la complementación alimenticia sin las medidas de higiene y esterilización adecuadas, limita lo valioso de la lactancia al ponerse al niño en contacto con sustancias contaminadas en el ambiente. Los hábitos de lactancia y destete sin duda están muy relacionados con los riesgos de enfermedad y muerte y con el nivel de nutrición.

Por otro lado, la duración y la intensidad de la lactancia en el período de postparto influyen en el intervalo entre nacimientos y los niveles de fecundidad resultantes, los que a su vez condicionan las posibilidades de sobrevivencia de los hijos futuros y de las madres. Asimismo, la inadecuada alimentación y la prevalencia e incidencia de enfermedades infecciosas son determinantes más importantes que los factores genéticos en el crecimiento de los infantes. Por ello, la desnutrición infantil es una de las variables más sensibles a las condiciones de vida.

En este capítulo se analiza la información relacionada con el estado nutricional de los niños menores de cinco años en Bolivia y de una de las variables determinantes: las prácticas de alimentación, incluyendo la lactancia (su iniciación y su frecuencia), el uso de mamadera con

'chupón' y el suplemento con otras comidas. En la **ENDSA 2008** las madres fueron interrogadas sobre la práctica de la lactancia, su inicio, frecuencia y el uso de complementación alimenticia de cada hijo nacido vivo desde enero del 2003.

11.1 INICIACIÓN DE LA LACTANCIA

La lactancia continúa siendo práctica generalizada en Bolivia. El 98 por ciento de los niños nacidos en los cinco años anteriores a la **ENDSA 2008** ha lactado alguna vez. Este porcentaje no muestra diferencias importantes por sexo del niño ni por las otras características analizadas.

- Entre los niños y niñas que lactaron, 64 por ciento empezó a lactar dentro de la primera hora de nacidos y esa proporción sube a 90 por ciento dentro del primer día.
- Si bien el inicio temprano de la lactancia —dentro de la primera hora— no presenta grandes diferencias por sexo, lugar del parto y persona que atendió el parto, en otras características analizadas se observan diferencias importantes: el inicio temprano es menor en el área urbana (61 por ciento) que en el área rural (67 por ciento), se reduce a medida que aumenta el nivel de educación de la madre y el quintil de riqueza del hogar.
- También se registran diferencias significativas por departamento. La proporción más baja de inicio temprano de la lactancia se presenta en Santa Cruz (49 por ciento), en comparación con las más altas observadas en Beni (76 por ciento) y en Chuquisaca (74 por ciento).
- Es importante resaltar que más de la cuarta parte de los niños y niñas (29 por ciento) recibieron algún alimento diferente de la leche materna durante los primeros tres días de nacidos/as antes de que la madre empezara a amamantar de manera regular. Este porcentaje es mayor en el área urbana (34 por ciento) que en la rural (22 por ciento); y presenta grandes variaciones por nivel de educación de la madre (18 por ciento en madres sin educación frente a 44 por ciento en madres con educación superior) y por quintil de riqueza (21 por ciento en el quintil más bajo en comparación con el 42 por ciento en el quintil más alto).

11.2 SITUACIÓN DE LACTANCIA POR EDAD

El conocimiento de la prevalencia de la lactancia y el inicio del destete son importantes desde el punto de vista de la salud infantil, porque permiten conocer en qué momento los niños empiezan a ser expuestos al riesgo de contraer ciertas enfermedades por ingerir agua, que generalmente no es de buena calidad, u otras sustancias, sin tomar las precauciones adecuadas. UNICEF y OMS recomiendan que los niños reciban lactancia exclusiva (sin líquidos o sólidos complementarios) durante los primeros seis meses de vida y que se les dé alimentación complementaria (sólida o semisólida) a partir del séptimo mes. En consecuencia, se toma como indicador estándar de lactancia exclusiva el porcentaje de niños de 6 meses que reciben lactancia exclusiva; y como indicador estándar de alimentación complementaria se toma el porcentaje de niños de 6-9 meses que reciben lactancia y alimentación complementaria. Se considera aceptable el dar a los niños otras leches después de los 6 meses pero se recomienda continuar la lactancia hasta los 2 años. El uso de biberón no se recomienda a ninguna edad. Los resultados de la encuesta presenta la distribución porcentual de los niños sobrevivientes menores de tres años según situación de lactancia por edad del niño: si están lactando o no; y si están lactando, si lo hacen exclusivamente o si reciben sólo agua o complementos alimenticios. El cuadro se puede utilizar para calcular la prevalencia de lactancia predominante (suma de lactancia exclusiva, lactancia más agua o jugos).

Los resultados se separan por área de residencia. Solamente se incluye el nacimiento más reciente. El resultados detalla, por edad del niño, el uso de biberón durante el día o la noche antes de la entrevista. En este caso se incluyen todos los niños y niñas menores de 3 años.

- Entre los menores de 6 meses que viven con la madre un 2 por ciento no está lactando (4 por ciento según la ENDSA 2003), lo que significa que el 98 por ciento sí es amamantado. Claramente la lactancia materna en los primeros 6 meses de vida es generalizada.

- Sin embargo, no se cumple plenamente la recomendación de exclusividad de la lactancia materna en los primeros seis meses de vida. En el 2008, sólo el 60 por ciento de los menores de seis meses recibe lactancia exclusiva, 6 puntos porcentuales más que en el 2003 (54 por ciento). El porcentaje de niños y niñas que recibe lactancia exclusiva desciende rápidamente con la edad, pasando de 70 por ciento en menores de dos meses a sólo 44 por ciento en niños de cuatro a cinco meses.
- Si bien hay mejoras en cuanto a la exclusividad de la lactancia, para un grupo importante de niños la complementación alimenticia se inicia a edades tempranas. Entre los menores de dos meses, por ejemplo, el 29 por ciento ya recibe algún tipo de complemento alimenticio, fracción que se incrementa a 53 por ciento entre los niños de cuatro a cinco meses.
- Por otra parte, la práctica de alimentación complementaria a partir del séptimo mes tampoco se cumple en todos los niños. Entre los de seis a nueve meses, el 81 por ciento recibe complemento alimenticio consistente en sólidos o semisólidos, lo que equivale a que el 19 por ciento no recibe este tipo de alimentos.

11.3 DURACIÓN MEDIANA E INTENSIDAD DE LA LACTANCIA

La encuesta presenta, para los niños menores de tres años, la duración mediana de la lactancia en general, de la lactancia exclusiva y de la lactancia predominante - lactancia exclusiva o lactancia acompañada de agua y/o jugos. En el cuadro también se incluyen varios indicadores de la intensidad de la lactancia: el porcentaje de menores de seis meses que fueron amamantados por seis o más veces durante las 24 horas precedentes a la entrevista y el número promedio de veces que fueron alimentados durante el día y durante la noche. Los indicadores se presentan para varias características seleccionadas.

- Para los niños menores de tres años la lactancia materna tiene una duración mediana de 18.8 meses, equivalente a un poco más de un año y medio. Esta duración es levemente inferior a la reportada según la ENDSA 2003, 19.6 meses.
- Como resultado de la temprana introducción de complementos alimenticios, los niños y niñas apenas reciben lactancia exclusiva durante 3.5 meses. Sin embargo, esta mediana presenta importantes variaciones en algunas características analizadas: disminuye a medida que aumenta el nivel de educación de la madre y a medida que aumenta el quintil de riqueza. Es menor en el área urbana que en la rural y menor en los departamentos de Tarija, Santa Cruz, Beni y Pando (inferior a 3 meses) con relación a la duración mediana en los departamentos de Chuquisaca, La Paz, Oruro y Potosí (superior a 4 meses).
- Al considerar, además de los niños y niñas con lactancia exclusiva, a aquellos con lactancia predominante, es decir, aquellos cuya alimentación está basada en la leche materna en combinación con el consumo de agua, líquidos y/o jugos (excluyendo otras leches), la duración mediana de la lactancia sube de 4 a 5 meses. Los incrementos más notables se registran en los departamentos de Tarija, Santa Cruz y Beni, departamentos en los que la duración de la lactancia exclusiva es baja.
- Con relación a la intensidad de la lactancia, entre los niños y niñas menores de seis meses que lactan y que viven con la madre, un poco más de nueve de cada 10 niños (93 por ciento) recibieron leche materna por lo menos seis veces en el día anterior a la entrevista. En ninguna de las categorías analizadas esta práctica es inferior a 87 por ciento, lo que refleja una relativa homogeneidad en la intensidad de la lactancia a través de las diferentes categorías analizadas.

ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN LOS MENORES DE TRES AÑOS

Se recomienda que a partir de los 6 meses de vida se inicie el proceso de incorporación de

alimentos y se responda al aumento de demanda de nutrientes que la leche materna no puede proveer.

Este proceso de complementación de la leche materna, paralelo al destete, se iniciaría a los seis meses de edad y culminaría a los dos años. En el período de destete, la leche materna (que contiene diferentes enzimas) ayuda a digerir los otros alimentos. A partir de los 6 meses se recomienda que los niños y niñas tomen, además de la leche materna, al menos un alimento de los siguientes grupos, en cada tiempo de comida:

- *Alimentos formadores:* Leche, queso, yogurt y otros derivados de la leche; hígado, riñón, corazón u otras vísceras; carnes, pescado, mariscos, huevo y leguminosas (frijol, poroto, lenteja, arvejas, habas, entre otros).

- *Alimentos protectores:*

Frutas: Mango, papaya, durazno, melón y otros.

Vegetales: Zapallo, zanahoria, espinaca, acelga, brócoli, entre otros.

- *Alimentos de energía concentrada:* Pan, arroz, fideos, maíz, quinua, papa, oca, yuca, chuño, camote, aceite, mantequilla, margarina, azúcar, caramelos, chocolate, torta, entre otros.

En la **ENDSA 2008** se investigó sobre consumo de líquidos (leche en polvo para bebé, cualquier otra leche, jugos de fruta y agua sola) y tipo de alimentos suministrados a los niños y niñas menores de tres años durante el día o durante la noche anterior a la entrevista. Asimismo se investigó sobre el número de veces que los niños consumieron alimentos sólidos, semisólidos o blandos diferentes de líquidos, el día anterior a la entrevista. Los alimentos fueron agrupados de la siguiente manera:

Alimentos líquidos:

- Leches (incluye leche en polvo, fresca de animal y evaporada)
- Otros líquidos o refrescos como mate, té y café (excluye agua)

198 | *Lactancia y Nutrición*

Alimentos sólidos y semisólidos:

- Queso, yogurt u otro producto lácteo
- Alimentos infantiles fortificados como Cerelac
- Alimentos hechos de cereales (incluye pan, arroz, fideos, maíz, quinua o preparaciones con granos)
- Frutas y vegetales ricos en vitamina A (incluye zapallo, zanahoria, espinaca, acelga, brócoli, mango, papaya, durazno, melón, entre otras)
- Otras frutas y vegetales (naranjas, plátanos, manzanas, tomates, lechuga, repollo, y otros)
- Alimentos hechos de tubérculos/raíces (papa, oca, yuca, chuño, camote, entre otros)
- Alimentos hechos de legumbres y nueces (fríjoles, porotos, lentejas, lentejas, arvejas o habas secas)
- Carne de vaca, pollo, cerdo, cordero, cabra, pato (incluyendo hígado, riñón, corazón u otras vísceras o menudencias), pescado, mariscos y huevos
- Alimentos preparados con aceite, cebo, manteca, grasa, mantequilla y margarina
- Alimentos Azucarados (incluye azúcar, dulces, caramelos, chocolates, tortas, galletas, pasteles)

Prácticas Alimenticias de los Niños y Niñas e Infantes

Las Prácticas Apropriadas de Niños y Niñas e Infantes incluyen la lactancia materna hasta los dos años, la introducción de alimentos sólidos y semisólidos a la edad de 6 meses, y un incremento gradual en la cantidad de alimento dado y en la frecuencia de alimentación mientras el niño o la niña crece. Un niño o niña promedio saludable que lacta debe recibir alimentos sólidos y semisólidos 2-3 veces al día a las edades de 6-8 meses y 3-4 veces al día a las edades 9-23 meses, adicionando una pequeña merienda 1-2 veces por día. Las frecuencias

mínimas de alimentación de niños y niñas en países en desarrollo están basadas en la energía liberada de alimentos complementarios. Las necesidades de energía de los niños y niñas están basadas en requerimientos diarios totales específicos para la edad, más 2 desviaciones estándar (para cubrir casi todos los niños y niñas), menos el promedio de ingreso de energía de la leche materna. Infantes con poca toma de leche materna necesitan ser alimentados más frecuentemente que aquellos con alta toma de leche materna. Sin embargo, se debe tener cuidado que las frecuencias de alimentación no excedan ingresos recomendados de alimentos complementarios porque la alimentación excesiva puede resultar en un desplazamiento de la leche materna (OPS/OMS, 2003).

Aunque la Organización Mundial de la Salud recomienda que los infantes sean alimentados con leche materna hasta los dos años, algunos infantes no lactan en absoluto, o han parado la lactancia materna antes de su segundo aniversario. Algunas guías se han desarrollado para estos niños y niñas, quienes pueden no haber lactado porque sus madres eran VIH-positivas, o porque sus madres murieron, o por otras razones (OMS, 2005). Es recomendado que a los niños y niñas que no lactan se les proporcionen alimentos sólidos y semisólidos 4-5 veces al día a edades 6-23 meses, con una merienda adicional 1-2 veces al día.

Una nutrición apropiada incluye alimentar a los niños y niñas con una diversidad de alimentos que aseguren se llenen los requisitos de nutrientes. Diversos estudios han mostrado que alimentos complementarios basados en plantas por sí mismos no son suficientes para suplir las necesidades de ciertos micronutrientes para algunos niños y niñas (OMS/UNICEF, 1998). De manera que se aconseja que los niños coman carne, aves, pescado, o huevos diariamente, o tan frecuentemente como sea posible.

Dietas vegetarianas pueden no cubrir los requerimientos de nutrientes en niños y niñas a menos que se provean suplementos o alimentos fortificados. Frutas y vegetales ricos en vitamina A deben ser consumidos diariamente y las dietas de niños/niñas deben incluir una cantidad adecuada de grasa. La grasa es importante en las dietas de niños y niñas e infantes porque provee ácidos grasos esenciales; facilita la absorción de vitaminas solubles en grasa (como la vitamina A); y mejora la densidad de energía dietética y el sabor. El té y el café no se recomiendan para los niños o niñas porque ellos contienen compuestos que inhiben la absorción de hierro. Bebidas azucaradas y un consumo excesivo de jugo deben ser evitados porque además de energía contribuyen muy poco a la dieta y disminuyen el apetito de niños y niñas por alimentos más nutritivos (OPS/OMS, 2003).

En resumen:

- Los niños de 6-23 meses que reciben lactancia materna deben recibir alimentos de fuente animal y frutas y vegetales ricos en vitamina A diariamente (OPS/OMS, 2003). Dado que los primeros alimentos casi siempre incluyen comidas basadas en granos o tubérculos, es improbable que niños y niñas que comen menos de tres grupos de alimentos recibirán tanto un alimento de fuente animal como una fruta o vegetal rico en vitamina A. De manera que se considera tres grupos de alimentos como el mínimo número apropiado para niños y niñas que lactan.
- Los infantes que lactan de edades 6-8 meses deben recibir alimentos complementarios 2-3 veces por día, con 1-2 meriendas; los niños/as lactantes de 9-23 meses deben recibir comidas 3-4 veces por día, con 1-2 meriendas (OPS/OMS, 2003). El Cuadro 11.5 muestra el porcentaje de niños y niñas que lactan que fueron alimentados por lo menos el mínimo número de veces al día para su edad (i.e., dos veces para infantes de 6-8 meses y tres veces para niños de 9-23 meses).
- Los niños de 6-23 meses que no lactan deben recibir leche o productos lácteos para asegurar que sus necesidades de calcio son cumplidas. Adicionalmente, necesitan alimentos de origen

animal y frutas y vegetales ricos en vitamina A. Cuatro grupos de alimentos se necesitan como mínimo apropiado para niños y niñas no alimentados con leche materna.

- Entre los niños y niñas más jóvenes de 6 a 23 meses que recibieron lactancia, el 72 por ciento es alimentado de acuerdo con las tres prácticas alimenticias (consumo de leche materna, tres o más grupos de alimentos y un número mínimo de veces).
- De los dos componentes que intervienen en la valoración de la práctica alimenticia, además de la leche materna, la cantidad de grupos de alimentos consumidos contribuye más que la intensidad de consumo a la cualificación de dicha práctica. Esto es, un 87 por ciento de los niños consume al menos tres grupos de alimentos mientras una fracción menor, 77 por ciento, recibe por los menos el número mínimo de veces por día.
- La fracción de niños y niñas cuya práctica alimenticia está de acuerdo a lo recomendado, si bien no presenta diferencias por sexo, incrementa con la edad de los niños: entre los de 6 a 8 meses sólo el 60 por ciento cumple con la práctica alimentaria recomendada, mientras entre los de 18 a 23 meses la fracción sube a 84 por ciento.
- Las variaciones más notables se registran por nivel de educación de la madre, quintil de riqueza y departamento. Entre los niños de madres sin educación solamente el 56 por ciento cumple con lo recomendado, frente a 82 por ciento en niños de madres con educación superior. Un comportamiento similar se observa por quintil de riqueza: 66 por ciento en el quintil más bajo en comparación con 79 por ciento en el
- Los porcentajes bajos de cumplimiento de la recomendación alimentaria se registran en los departamentos de Potosí (61 por ciento), Oruro (61 por ciento) y Cochabamba (64 por ciento), en comparación con los departamentos de Santa Cruz (83 por ciento), Pando (79 por ciento), Beni, Chuquisaca y La Paz (77 por ciento en cada departamento).

ALIMENTACIÓN Y CONSUMO DE MICRONUTRIENTES

Las vitaminas y los minerales constituyen los llamados micronutrientes. Estos se necesitan en cantidades pequeñísimas en la dieta y su papel principal es ayudar a la absorción de los macronutrientes.

Las vitaminas se presentan en la naturaleza de dos formas, solubles en grasas y solubles en agua. La mayoría de las veces se presentan de forma activa, pero algunas, como la vitamina A, se presentan también como provitaminas, es decir, sufren transformaciones posteriores en el organismo para que éste las asimile como vitamina A. Un niño cuya dieta carece de las cantidades recomendadas de vitaminas y minerales esenciales puede desarrollar deficiencias de esos micronutrientes.

Los programas de alimentos generalmente contemplan la fortificación en cuatro micronutrientes que producen las deficiencias nutricionales de mayor trascendencia en los grupos vulnerables de la población: el yodo en la sal; el hierro y el ácido fólico en la harina; y la vitamina A en el azúcar.

El retinol y los carotenos son las dos formas de presentación de la vitamina A. El retinol o vitamina A activa se presenta en las grasas de los peces e hígado de algunos animales y en menores cantidades en la mantequilla, leche y en la yema del huevo. El retinol es esencial para el crecimiento óseo, conservación del tejido epitelial y la capacidad visual. Los carotenos se obtienen de los vegetales y frutas amarillas y se absorben aproximadamente en un 50 por ciento de lo consumido, en presencia de grasas en el intestino (las parasitosis pueden afectar su absorción).

Ante las evidencias de que la deficiencia de vitamina A afecta la correcta visión y la apropiada respuesta del sistema inmunológico, el Ministerio de Salud y Deportes (MSyD) lleva a cabo un programa de distribución de suplemento concentrado de vitamina A, para ser suministrado

a menores de 5 años y a madres en el período postparto para apoyar los requerimientos de la lactancia. Al igual que en el 2003, en la **ENDSA 2008** se les mostró a las madres la cápsula de Vitamina A y se les preguntó, para cada nacimiento vivo desde enero del 2003 y en edades comprendidas de 6-59 meses, si recibió una cápsula similar en los seis meses antes de la encuesta.

El hierro es uno de los elementos más abundantes en la naturaleza y se encuentra presente en casi todos los alimentos, pero con diferente grado de concentración. Es un componente esencial de la hemoglobina, junto con el ácido fólico y la vitamina B12, cuya función es esencial en la oxigenación del organismo. Se presenta bajo dos formas esencialmente: una que se absorbe fácilmente y otra que necesita la presencia de otros nutrientes para facilitar la absorción como las proteínas y la vitamina C. El hierro fácil de absorber se encuentra en altas concentraciones en la yema del huevo, la leche, las carnes, las vísceras y los vegetales (incluyendo leguminosas), las hojas verdes y los extractos de éstas.

La lactancia materna protege de la carencia de hierro a los bebés lactantes. Entre los grupos que pueden tener grandes demandas en hierro se incluyen los bebés prematuros, los bebés que no lactaron, los y las adolescentes, las mujeres embarazadas y quienes están amamantando. La deficiencia de hierro puede llevar a una anemia nutricional. La anemia durante el embarazo puede tener como consecuencia bebés prematuros y hemorragias después del parto.

NUTRICIÓN DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

Dado que el estado nutricional de los niños y niñas está estrechamente asociado a su morbilidad y mortalidad, en la **ENDSA 2008** se incluyó un módulo de antropometría en el cual se obtuvo el peso y la talla de las madres y sus niños y niñas que nacieron después de enero del 2003, siguiendo las normas internacionales y utilizando instrumentos de precisión.

Utilizando las mediciones de peso y talla se han calculado los siguientes índices:

- **Talla para la edad o desnutrición crónica.** Los niveles de desnutrición crónica, es decir, retardo en el crecimiento en talla para la edad, se determina al comparar la talla del niño/niña con la esperada para su edad y sexo. Los niveles de desnutrición crónica en quienes están próximos a cumplir los cinco años (48-59 meses, por ejemplo), son un indicador de los efectos acumulativos del retraso en el crecimiento.
- **Peso para la talla o desnutrición aguda** (emaciación). El peso para la talla es un indicador de desnutrición reciente, conocido también como desnutrición aguda o emaciación, que mide el efecto del deterioro en la alimentación y de la presencia de enfermedades en el pasado inmediato. Se diría que obedece a situaciones de coyuntura.
- **Peso para la edad o desnutrición global** (o general). El peso para la edad es considerado como un indicador general de la desnutrición, pues no diferencia la desnutrición crónica, que se debería a factores estructurales de la sociedad, de la aguda, que corresponde a pérdida de peso reciente.

PIRÁMIDE ALIMENTARIA

La pirámide alimentaria es una guía de lo que debe consumir diariamente para obtener los nutrientes que el cuerpo necesita. Para su interpretación se entiende que los alimentos dispuestos en la cima o vértice superior son los que deben consumirse en menor cantidad y los que están cerca de la base son los que se deben comer con mayor frecuencia y en cantidades mayores, incluyendo las calorías que aportan.



Antigua pirámide alimentaria propuesta en 1992 para la población norteamericana (fuente: Departamento de Agricultura de EE UU).

La pirámide alimentaria, creada por el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), data de 1992 y ha sido revisada y actualizada en 2005, con variaciones importantes. En la versión inicial, surgida de la Guía dietética para los norteamericanos,³ la pirámide estaba estructurada horizontalmente según la clasificación de los alimentos en los siguientes grupos:

- Cereales y derivados (en la base de la pirámide).
- Verduras y hortalizas.
- Frutas frescas.
- Leche y sus derivados.
- Carnes, pescados, huevos y legumbres secas.
- Azúcares y grasas (en la cúspide de la pirámide).

En la nueva pirámide (basada en la Guía dietética para los norteamericanos que se emitió en ese mismo año⁴ se mantienen los 6 grupos de alimentos, pero se han sustituido las zonas horizontales por 6 franjas verticales de distintos colores que, de izquierda a derecha, son:

- Anaranjado: cereales y derivados, preferentemente integrales.
- Verde: verduras y legumbres frescas.
- Rojo: frutas frescas.
- Amarillo: aceites y grasas.
- Azul: productos lácteos.
- Añil: carnes, pescados y legumbres secas.

Aunque esta nueva pirámide ha mejorado algunas de las limitaciones de la original (se realizan distinciones entre las grasas beneficiosas y las menos recomendables o se

³ Advisory Committee on the Dietary Guidelines for Americans. 1995. [Dietary guidelines for Americans. Report of the Dietary Guidelines. Secretary of Agriculture, U.S. Department of Agriculture, Washington, DC.](#)

⁴ Department of Health and Human Services y Department of Agriculture. 2005. [Dietary Guidelines for Americans.](#)

incentiva el consumo de carnes magras frente a las carnes rojas), no está exenta de inconvenientes para su uso por parte de los consumidores.⁵

En varios países se ha mantenido la estructura antigua para el diseño de la correspondiente pirámide alimentaria.

Además de la pirámide alimentaria, también se han propuesto otros recursos gráficos para la educación nutricional de la población, como la rueda alimentaria.

1. FUNCIONES DE LOS NUTRIENTES

- **Las proteínas**

Son sustancias nutritivas que construyen, mantienen y reparan el organismo. Son fundamentales para crecer y estudiar. Cumplen, en nuestro cuerpo, una función parecida a los ladrillos en una construcción.

- **Los hidratos de carbono**

Son sustancias nutritivas que proporcionan calorías. Dan la energía necesaria al cuerpo para mantenerse a cierta temperatura, moverse y desarrollar trabajos

- **Las grasas**

Son un concentrado de energía, es decir, proporcionan caloría en gran cantidad y transportan en nuestro organismo las vitaminas A-D-E y K. Son, a la vez, vehículo y combustible.

- **Las vitaminas**

Ellas armonizan y regulan el funcionamiento de todo el organismo. Se parecen a la chispa que enciende el motor de un automóvil.

- **Los minerales**

Cumplen funciones parecidas a las vitaminas, además forman parte de estructuras vitales del organismo: esqueleto, dientes, glóbulos rojos, etc.

- **El agua**

Es un nutriente fundamental, pues es el medio de transporte de los alimentos a la sangre.

⁵ Britten P, Haven J y Davis C. 2006. Consumer research for development of educational messages for the MyPyramid Food Guidance System. [*Journal of Nutrition Education and Behavior* 38 \(6\) Sup. 1: S108-S123.](#)

a. DE LAS VITAMINAS

Las diferentes vitaminas tienen funciones variables de acuerdo a las características propias, siendo el siguiente detalle una síntesis de las mismas:

- **La vitamina A**
 - Estimula el crecimiento.
 - Evita la ceguera nocturna.
 - Mantiene y mejora la calidad de la piel.

- **La vitamina D**
 - Evita el raquitismo, mantiene huesos y dientes sanos.
 - La piel humana, con el sol, también produce vitamina D.

- **La vitamina K**
 - Evita las hemorragias.

- **Complejo B: B1- B2- B3 - B6- B12.**
 - Evita trastornos del sistema nervioso (ataques de nervios)
 - Ayuda en la digestión de los alimentos.

- **El ácido fólico**
 - Evita alteraciones del embarazo. Por ejemplo: malformaciones fetales.

- **El ácido pantoténico**
 - Es necesario para mantener sano el sistema respiratorio.

- **El ácido ascórbico o vitamina C**
 - Mantiene sanos los tejidos del organismo.
 - Es necesario para prevenir estados infecciosos porque aumentan las defensas orgánicas.
 - Favorece la absorción del hierro; esto ayuda a evitar la anemia.

- **La vitamina H**
 - Evita lesiones de la piel como inflamaciones, infecciones, etc.

- **La vitamina E**

- Util para la fertilidad humana.
- Evita la formación de tumores.
- Mejora la calidad de la piel retardando la aparición de arrugas.

Se destacan estos requerimientos vitamínicos por la gran importancia que tiene en la prevención de enfermedades.

Una alimentación variada, rica en hortalizas, frutas frescas y secas, aporta las vitaminas y minerales que el organismo necesita.

ii. Condiciones de la Familia y Estado Nutricional

Hablar de la familia en relación al desarrollo y cuidado del niño implica: relaciones de pareja, los estilos de autoridad o liderazgo dentro de la familia o sea el poder, comunicación y satisfacción, expectativas de la pareja y los recursos para llevar a cabo la conducta planeada (Shaffer, 1991). Se ha observado que el poder lo ejerce la figura masculina en un amplio ámbito por ejemplo, el uso de los anticonceptivos por la mujer se somete sin apreciar, que la sumisión a las creencias actitudes y conductas de su pareja pueden poner en riesgo su salud y la de sus hijos (Chávez, Martínez y Yashine, 1975). En las comunidades en donde la desnutrición tiene lugar la madre es encargada de los procesos de desarrollo psicológico y educativo del niño mientras que la participación del padre es directiva y de supervisión pero poco dinámica e integrada. El padre determina los objetivos y las metas que se espera que el niño lleve a cabo, y la madre selecciona las estrategias, técnicas y procedimientos para cumplir con tal obligación. Así el padre es proveedor y dominante mientras que la madre es consecuente y protectora (Kohn, 1963). Los hijos son percibidos como pertenencias, educados para seguir los valores y principios morales que se inculcaron a los padres; viéndolos además como una alternativa de apoyo en las labores del hogar y suministro de recursos para el bienestar. Tal vez sea por esto, por lo que los varones son más apreciados que las niñas, pues ellos deben de estar más preparados y físicamente proporcionados para el trabajo y su papel futuro de suministradores y directivos. Lo anterior ejerce diferencias en el trato desde la alimentación hasta la educación y la salud (Hoffman, 1988).

Todo modelo que trate de explicar el desarrollo y cuidado del niño deberá considerar las variables de la familia descritas con anterioridad. Las condiciones suscritas por la cultura y la comunidad heredada por los padres, aunado a los estilos de liderazgo, determinan objetivos y expectativas de los hijos y la forma de percibir su desarrollo; lo cual, es fundamental para definir las líneas de acción que se van a perfilar sobre el futuro de los niños, y permite seleccionar áreas de estimulación y promoción prioritarias a través de actividades de apoyo educativo y comportamiento lúdico (Gergen, Gloger-Tippelt y Barkowitz, 1990).

iii. Consecuencias de la Desnutrición

El desmedro postnatal (baja talla para la edad) afecta en forma dramática el crecimiento de los niños y se detecta con la antropometría y los índices bioquímicos, siendo los más significativos, los siguientes:

- **Impactos funcionales:** (J. Nutr, 1995)
 - o Efectos de larga duración en la actividad física.
 - o Atraso en la menarquia de niñas

- Disminución de la mineralización y densidad de los huesos en adolescentes.
- Disminución del nivel cognitivo.
- El estudio INCAP demostró que la desnutrición temprana tiene efectos negativos de largo plazo en los adolescentes y adultos.

- **Consecuencias a lo largo del curso de la vida**

La hipótesis de Barker de que la desnutrición del niño antes del nacimiento y durante la infancia, que se manifiesta en patrones de crecimiento fetal e Infantil comprometidos, también programa al individuo a un mayor riesgo de ECNT : presión arterial elevada, concentración de fibrinogeno, intolerancia a la glucosa; que son determinantes de las enfermedades cardíacas crónicas. Al momento varios estudios están mostrando que la hipótesis de Barker tiene sustento.

Se conoce que niños a los que se les suspendió la leche materna muy tempranamente e hicieron cuadros de desnutrición, tienen mayor riesgo de obesidad en años posteriores.

Niños con retardo en talla tienen mayor posibilidad de presentar hipertensión y ser obesos en la adultez, mayor riesgo de diabetes, lo cual demuestra que la agresión nutricional no solo repercute al individuo cuando está sufriendo de desnutrición, sino que sus consecuencias estarán presentes a lo largo del curso de la vida.⁶

i. Cultura

La cultura abarca tantos aspectos objetivos como subjetivos, y la civilización aspectos concretos, objetivos, cuantificables para identificar mejor los avances tecnológicos de la cultura. A mayor complejidad tecnológica mayor civilización; lo cual no significa que por ello los aspectos subjetivos sean menos importantes para el desarrollo de la cultura.⁷ De hecho la historia y las investigaciones nos han proporcionado los datos para el conocimiento del hombre y su cultura alimentaria, y destacan de ello el hecho de que en todas las épocas de la historia se ha planteado este como un problema para el hombre ya que los alimentos son el determinante de la supervivencia como un valor que reconoce el hombre sobre lo que ingiere y que es adquirido y producido para su beneficio, y que con el transcurrir de los años se antepone en muchas de las ocasiones por su valor apreciativo social al del conocimiento científico cuando se le señala que (la salud del individuo) es gracias al valor nutritivo del alimento, logro científico alcanzado hasta pleno siglo XX por métodos experimentales. "Es así como fundamentamos que la historia da significado al presente"⁸.

Etimológicamente, *cultura* deriva del latín *colere* (cultivar). Su acepción primitiva se refiere al cultivo de la tierra (agricultura). Cicerón lo aplicó al cultivo del espíritu, y

⁶ Fuente: Wilma B Freire. Consecuencias de la desnutrición en menores de 5 años. Hacia la Erradicación de la Desnutrición Infantil en el Ecuador: Foro Técnico; 2008

<http://ecuador.nutrinet.org/materno-infantil/introduccion/87-consecuencias-de-la-desnutricion>

⁷ Lara y Mateos, R:M:1994 Medicina y Cultura. Hacia una formación integral del profesional de la salud. Ed. Plaza y Valdés. pp 3-580

⁸ Lowenberg, ME, N Todhunter, ED Wilson, MC Feeney y JR Savage. 1985. Los alimentos y el hombre. Ed. Limusa pp 13-327

así surgió el significado humanista y clásico de la palabra cultura, que ha predominado hasta hace poco. Para E.B. Tylor "cultura es la totalidad compleja que incluye conocimientos, creencias, arte, ley, costumbres y cualquier otra capacidad y hábitos adquiridos por el hombre como miembro de una sociedad". Young da la siguiente definición de cultura, señalando son "pautas más o menos organizadas y persistentes de hábitos, ideas, actitudes y valores que son transmitidos a los niños por sus mayores o por otros grupos mientras crecen". Parsons, describe a la cultura como un "sistema de símbolos creados por el hombre, compartidos, convencionales, y por cierto, aprendidos, que suministran a los seres humanos un marco significativo dentro del cual pueden orientarse en sus relaciones recíprocas, en su relación con el mundo que lo rodea y su relación consigo mismos⁹". Las anteriores definiciones son muy significativas y su valor adquiere una gran relevancia en referencia a los pronunciamientos que hacemos en el campo de la Cultura Alimentaria, ya que las anteriores definiciones nos permiten revalorar al alimento como un elemento de funcionalidad o disfunción dado que establece la sociabilidad, contribuye a la armonía entre algunos grupos e individuos, además de que representa valores, costumbres y tradiciones, y en algunos grupos o sociedades se distingue como un símbolo que en sus diversidades y características representa unidad, tradición, status, distinción, en ciertos casos conlleva una carga de significados espirituales o de éxito al ser considerado un elemento de transferencia de actitudes, sentimientos negativos o positivos para con los demás.

Es muy válida la puntuación que realiza Jeffrey M. Pilcher; cuando señala que las vinculaciones entre lo que la gente es y lo que come, tiene profundas raíces en su historia destacando las influencias manifiestas de género, raza y clase sobre ciertas preferencias en materia de comida desde épocas prehispánicas hasta la actualidad, y que incluso como grupo o comunidad se configura en la evolución de la cocina y su relación con la identidad nacional¹⁰. O bien como lo señala Jessica Kuper en referencia a algunas culturas africanas, al destacar que con frecuencia la ingestión de alimentos brinda ocasión de rezar, no sólo a fin de pedir la gracia divina, sino como rito de comunión en sí mismo. La idea de comer, tolera la de sacrificio. Cuando la idea de sangre y la de sacrificio se superponen en elaborada armonía en el punto culminante de la ceremonia religiosa resulta imposible agotar las significaciones que encierra la comida. En tales culturas, el alimento está sin duda por encima del teatro, la música, la danza y la poesía¹¹.

El hombre, a diferencia de cualquier otro ser vivo se ha visto en la necesidad de hacer cultura para asegurar su existencia, controlar y dominar su entorno físico y social. Esta observación no es única ni reciente ya en diferentes tiempos lo han visualizado filósofos, naturalistas, exploradores, antropólogos, sociólogos, misioneros, biólogos que por medio de un acercamiento y de ciertas habilidades, han podido incorporarse y hacer participativa sus acciones para la consecución de sus intereses.

Razón por la cual se reafirma que el fin inmediato de la creación cultural consiste en asegurar la existencia y subsistencia de los hombres controlando su ambiente físico y

⁹ Lara y Mateos, RM. *Op Cit*

¹⁰ Pilcher, JM 2001. ¡Vivan los tamales! La comida y la construcción de la identidad mexicana. Ed. CIESAS, Ediciones de la roja, CONACULTA.. pp13-251.

¹¹ Kuper, J. 1984 La cocina de los antropólogos. Ed. Tusquets Editores. Barcelona, España. 1er. Edición. pp. 11-281.

social, pero el fin último y fundamental de la cultura es de proporcionar al ser humano una vida digna y feliz. Finalidad que en sus preceptos es de cierta manera compartida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que en su definición de la salud señala y establece; "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".

La cultura abarca tanto aspectos objetivos como subjetivos del hombre, y la civilización aspectos concretos, objetivos, cuantificables para identificar mejor los avances tecnológicos de la cultura. Posiblemente es aquí donde radica mucha o en mayor parte la confusión por definir en los estudios de carácter científico que es cuantificable en la apreciación de la cultura y que debe ser considerado como un valor categórico, que distingue a cierto grupo por sus manifestaciones y el orden de organización. Señala John Beattie, en su texto *Otras Culturas* lo siguiente: "Han ocurrido y continúan ocurriendo graves malentendidos porque la gente ha intentado medir las instituciones de otras sociedades diferentes y poco conocidas en términos de las categorías conocidas e incuestionables de sus propias culturas. Mientras más grandes sean las diferencias entre los intereses de las sociedades y menos completo el contacto ya establecido entre ellas mayor será el peligro de serias equivocaciones".¹²

En el campo de la alimentación: comida, dieta y cultura son dimensionados a diferentes campos para su análisis; el histórico, biológico, económico, político y social. El hecho radica en que la humanidad por tener una relación con la alimentación se convierte en el actor principal y es ahí donde la comida, dieta y cultura ocupan un lugar relevante por la función que desempeña y que mucho tiene que ver con el conocimiento y el equilibrio de una sociedad o comunidad saludable en toda la extensión de sus instituciones.

Hablar de cultura es llegar a estudiar y conocer al hombre, despojándose de un etnocentrismo que no nos conduzca a la discriminación y tampoco nos aparte de razonamientos en la búsqueda de imponer nuestra propia cultura. La cultura es una experiencia propia del ser humano para resolver los problemas de su existencia, por lo tanto donde haya hombres, habrá cultura para sobrevivir. Las variantes regionales o locales son algo lógico ya que están en íntima relación con la diversidad de recursos naturales que hay en su hábitat y con la inventiva creatividad del hombre: modas de vestir, modos de elaborar platillos y su cocina, formas de expresión artística, tecnología, etc.¹³ Apreciar una cultura estable no significa que se encuentre estática o sin dinamismo, no es tampoco sinónimo de atraso; de hecho cabe la posibilidad de descubrir que aprovecha y controla su entorno, situación que le permite su equilibrio y permanencia.

1. Antropología nutricional

La antropología estudia a la humanidad tanto en los aspectos biológicos como sociales, centrándose en el estudio de la cultura. Esta es una mezcla compleja que incluye conocimientos, creencias, moral, arte, costumbres, leyes y hábitos adquiridos por el hombre en una sociedad.

¹² Beatti, J. 1974. *Otras culturas*. Ed. F.C.E. pp. 9-335

¹³ Lara y Mateos, RM. *Op Cit.*

La cultura no ha sido suficientemente tratada en la investigación nutricional; desde años recientes, la antropología se está aplicando a la investigación científica nutricional, especialmente en países desarrollados. Esto refleja un reconocimiento de que el estado nutricional no puede ser evaluado y comprendido completamente separado del contexto sociocultural. Los antropólogos enfatizan que, siendo todos los individuos miembros de una cultura y ésta una guía aprendida de comportamientos aceptables, los modos de alimentación deben ser necesariamente influidos por la cultura.

La antropología nutricional intenta integrar estudios de comportamiento humano y de la organización social, con aquellos del estado nutricional, requerimiento de nutrientes y crecimiento. Dentro de esta área, la teoría ecológica enfatiza el comportamiento alimentario y requerimientos nutricionales en el contexto del ambiente físico y social; la teoría evolutiva enlaza aspectos de la evolución humana, como selección, adaptación y enfermedades, con los alimentos y la dieta.

La teoría evolutiva postula que la capacidad que tiene el ser humano para almacenar energía en forma de grasa (fenómeno adaptativo, en su origen destinado a la preservación de generaciones del ser humano enfrentadas a la escasez de alimentos), habría significado una presión selectiva genética para favorecer las capacidades de almacenar energía en forma de grasa.

El estilo de vida, con frecuente actividad física y un consumo de energía adaptativo de nuestros ancestros contrastan con el modo de vida sedentario y el creciente consumo de grasas y azúcares de los últimos decenios. La capacidad metabólica del ser humano moderno tiene dificultades para adaptarse a excesos de aportes alimentarios, transformándose esto en un problema.

Por modos de alimentarse (cultura alimentaria), la antropología entiende a los hábitos alimentarios de una cultura en particular, incluyendo preferencias y aversiones, prácticas en torno a la adquisición, distribución, preparación, y consumo de alimentos.

Existen numerosas aproximaciones antropológicas para estudiar y comprender los hábitos alimentarios de una población:

1. Estrategias pragmáticas: estudios de los hábitos de alimentación en combinación con:

- a) Biología (teoría evolutiva)
- b) Ecología (teoría ecológica)
- c) Economía
- d) Política

2. Estrategias cognitivas: estudios de los hábitos alimentarios como comunicación de:

- a) valores
- b) creencias
- c) símbolos
- d) costumbres

Sin embargo, los hábitos también pueden ser comprendidos bajo conceptos de la antropología nutricional y antropología de los alimentos y hábitos alimentarios.

2. Antropología de los alimentos y del modo de alimentarse

Este modo de análisis comprende aproximaciones que implican estas costumbres de alimentarse como manifestaciones simbólicas o de comportamientos de sistemas de valores y creencias. El alimento en este enfoque es entendido como una representación de valores, creencias, símbolos y costumbres que se desean comunicar.

Hay valores que determinan que hay alimentos deseables e indeseables, impuesto socialmente e internalizado por cada individuo, así en una sociedad industrializada, los alimentos comerciales pueden estar bien conceptuados debido a su eficiencia y predictibilidad.

Las creencias acerca de los alimentos representan una interpretación del valor de los alimentos y sirven como elementos cognitivos de actitudes. Entrevistas efectuadas sugieren que mujeres de estrato socioeconómico bajo creen que los alimentos comerciales no son tan saludables, como los que se preparan en la casa, porque no son tan frescos y porque contienen ingredientes desconocidos, sin tener en cuenta los problemas nutricionales que estos alimentos producen, debido a su alto contenido en colesterol, grasas, azúcares y sodio. Por lo tanto no necesariamente las creencias se traducen en una práctica alimentaria.

3. Factores que influyen en el consumo de los alimentos y en la formación de hábitos alimentarios:

- **Ambiente familiar:** Como ya se ha mencionado la familia es el principal influyente en los hábitos alimentarios de los niños, los padres y hermanos son modelos importantes, ya que los niños aprenden a imitar a las personas de su ambiente. Los niños pequeños no tienen la habilidad innata para elegir una alimentación equilibrada y nutritiva, por ello son los padres y otros adultos los responsables de ofrecerles alimentos nutritivos, apropiados para un adecuado crecimiento y desarrollo. La atmósfera que rodea a los alimentos y la hora de comer, influye en las actitudes frente al alimento y en la alimentación. Un ambiente positivo debe permitir tiempo suficiente para comer, tolera derrames ocasionales y favorece el diálogo.
- **Mensajes de los medios:** El estilo de vida actual conlleva a que los niños pasen cada vez más horas frente al televisor o a la computadora, lo cual favorece al sedentarismo o a la inactividad física. Pero además la televisión transmite mensajes no del todo positivos en lo que se refiere a la alimentación, promoviendo el consumo de alimentos hipergrasos, hipercalóricos e hiperhidrocarbonados y en contraposición a esto pone como modelo de felicidad y éxitos a personajes hiperdelgados, lo que ha llevado a diferentes trastornos de la conducta alimentaria. Casi la mitad de los anuncios alimentarios son de alimentos ricos en grasas saturadas, azúcares simples y

sodio, y la mayoría de estos anuncios son dirigidos a los niños de estas edades. La televisión es perjudicial para el crecimiento y desarrollo ya que fomenta la inactividad, el uso pasivo del tiempo libre y una mala nutrición. Este factor se podría combinar con el ambiente familiar, ya que en esta edad son los padres los encargados de la elección de los alimentos, y ellos deberían evitar el consumo temprano de azúcares, así también como los alimentos salados y muy condimentados.

- **Influencia de los compañeros:** esta influencia aumenta con la edad a medida que el niño va creciendo se expande su mundo y sus contactos sociales; donde puede manifestar rechazo o solicitud de un producto de moda.
- **Tendencias sociales:** En los últimos decenios, se ha modificado la composición de la familia nuclear tradicional. Actualmente, la mayoría de las madres trabajan fuera del hogar y casi no ven a sus hijos, más aún si estos se la pasan la mayor parte del tiempo en guarderías que en su propio hogar. Esto, a la hora de alimentarse, trae como consecuencia que se coma fuera del hogar o que se compren alimentos de rápido consumo, los cuáles no son nutricionalmente seleccionados, y por lo tanto su valor nutritivo es escaso. Además de este problema, por otro lado, tenemos que se está perdiendo progresivamente la conciencia de “comer en familia”, y que ya no se tienen en cuenta aspectos sobre la educación y la formación de hábitos a la hora de comer.

4. Aprendizaje de los hábitos alimentarios

Las pautas de conducta que rigen nuestras vidas domésticas están fuertemente arraigadas en la tradición y, siendo la familia el primer escenario de la convivencia social, toda transformación que se produce en ella tiene una enorme trascendencia en el ejercicio de las funciones socializadoras y educativas que se derivan de ella provocando cambios y tendencias en el consumo de alimentos.

La persona encuentra el primer medio de socialización de su “yo” en la familia y se integra en la comunidad mediante la práctica de conductas socialmente aceptadas, donde responden a pautas sancionadas por la cultura en la que está inmerso. En el aspecto relativo a la alimentación familiar este es un hecho visible y de gran interés que se manifiesta en el arraigo de los hábitos alimentarios transmitidos en este medio y el referente que constituye para el individuo su patrón alimentario de origen.

Los alimentos que se seleccionan, su forma de preparación, presentación, combinación, constituyen junto con otros factores culturales, lo que denominamos hábitos alimentarios. Un hábito es algo que nos hemos acostumbrado a hacer, a fuerza de repetirlo o de mirar a alguien que suele obrar de esa forma. Se entiende con esto que es de gran importancia el ámbito familiar en la transmisión de hábitos alimentarios adecuados, que nos permite afirmar que los modelos familiares con los que los niños conviven, tienen una gran fuerza de implantación, especialmente en los primeros años de vida.

Si además estos hábitos alimentarios se refuerzan en la escuela y mediante diversos mecanismos existentes de la comunidad, el niño desarrolla sus propios gustos, preferencias y aversiones configurando su patrón de conducta alimentaria. La única conducta alimentaria innata, es decir, que se trae desde el nacimiento, es la alimentación a pecho. Tan natural es para un niño recibir el pecho como para su madre darlo, sin embargo esta conducta propia de la especie de los mamíferos, adquiere en el hombre connotaciones diferentes de acuerdo a cada cultura.

Hoy en día es frecuente observar que, como parte del proceso de urbanización, muchas mujeres y sus hijos pierden este hábito natural de lactancia- probablemente el más importante- a juzgar por el hecho de que es el único que se trae genéticamente incorporado a la condición de mamíferos. No siempre los hábitos alimentarios de una región significan una correcta alimentación. Las diferencias en los gustos, preferencias y los hábitos generales que caracterizan a un país, son importantes desde la perspectiva de la salud, dado que muchos hábitos alimentarios nos hacen más susceptibles a la aparición de ciertas enfermedades, mientras que otros promueven un mejor estado de salud.

Entonces podemos decir que muchos hábitos alimentarios pueden ser:

- **Perjudiciales:** desde la perspectiva de la salud por estar asociados con el riesgo de padecer enfermedades.
- **Beneficiosos:** por promover un mejor estado de salud.

Es necesario, sobretodo en nuestro país, que presenta una conducta alimentaria rígida, estimular en los niños e indirectamente a sus familias, una disposición abierta para probar nuevos alimentos, y en el caso de ser necesarios, modificar hábitos alimentarios. Se observa que muchas familias no consumen ciertos vegetales o carnes, por el solo hecho de no haberlos probado anteriormente, limitan su dieta a una monótona elección de pocos alimentos y preparaciones.

Una abierta disposición hacia nuevos alimentos permite modificar las prácticas alimentarias para lograr un mejor estado de salud, o en situaciones de crisis económicas, abaratar el costo vinculado a la alimentación, sin sacrificar calidad nutricional. Los hábitos y creencias son condicionantes de la alimentación y nutrición de una familia y pueden resultar positivos o negativos para la salud.

Los modos de aprendizaje a través de los cuáles se establecerían las preferencias o rechazos alimentarios en los niños, están asociados a procesos asociativos y no asociativos. Entre los no asociativos está la exposición repetida a un alimento, que es una forma efectiva para aumentar la aceptación de nuevas comidas. Algunos estudios muestran que al exponer repetidamente al niño a comidas novedosas que al inicio fueron rechazadas, estas fueron finalmente aceptadas, luego de varias exposiciones. Entre los procesos asociativos, el comer se da en un contexto social, y de hecho desde los primeros años de vida, muchos de los encuentros entre padres e hijos se dan en este contexto; los niños aprenden así a asociar comidas con consecuencias y contextos.

A lo largo de las diferentes etapas de su vida entra en contacto con otros medios sociales que directa o indirectamente, van a proponer modificaciones o refuerzos a sus

hábitos alimentarios iniciales. En cualquier caso las experiencias, gratificantes o no, que en relación con los alimentos haya vivido en el marco de su familia permanecerán durante su vida, tanto más cuanto mejores sean las relaciones afectivas y la integración con los suyos. Por todo ello hay que procurar que estos hábitos no entren en conflicto con las recomendaciones y normas que definen una dieta como saludable.

La formación del gusto muy ligada a los hábitos alimentarios y a la elección de alimentos, depende de múltiples factores: económicos, sociales, históricos, y religiosos.

Finalmente, habrá que tener en cuenta el peso de la familia sobre la formación de los hábitos alimentarios, en la medida en que las relaciones afectivas, la transmisión de valores y su jerarquía, los símbolos que influyen en el acto alimentario y los estilos de vida se producen en momentos decisivos para la evolución física y psicosocial del ser humano.

Cuando referimos el alimento como parte de la cultura lo posicionamos en contextos que tienen que ver con el hombre en lo social, lo psicológico, lo económico, lo simbólico, lo religioso, destacando nuevamente la función que tiene la alimentación en el hombre y en los grupos sociales, también es un hecho el que la alimentación dentro de la conceptualización y su evaluación orgánico - biológica nos demuestra los efectos devastadores o generadores de lo nutricional que estos poseen para desarrollar nuestro cuerpo y organismo además de ciertas actividades físicas y sociales a la vez. Sin embargo la alimentación en su relación con las actividades sociales – culturales denotan las practicas por tradición, costumbres y creencias sobre lo que puede ser bueno y malo en su consumo alimenticio para la salud. Es así como una serie de actividades y conocimientos reflejados por conductas en el hombre describen como las personas, hemos adoptado nuestra cultura alimentaria.

El alimento bajo ciertos enfoques teóricos coloca a la nutrición actualmente como una disciplina mucho más valiosa en el plano científico cuando precisamente incorpora los aspectos bio – psico – social en esa perspectiva que no solo es de practica determinista, sino contemplando los análisis de las teorías funcionalistas, estructuralistas, evolucionistas y ecológico cultural para fundamentar como la alimentación lleva implícita cuestiones morales, de prestigio, de poder y de orden social, como en la sociedad y la comunidad el alimento se ha convertido en parte de nuestra imagen por sus efectos y no solo eso sino como también brinda placer, status y es apreciado como un arte. En si la cultura alimentaria no solo es un reflejo con diversidad de características banales que pueden ser enumeradas para ser identificadas como en un determinado momento pudieran tomarse las características citadas por Melville Herskovits¹⁴ con respecto a lo que es la cultura sin haberlas analizado y comprendido:

- a) La cultura se aprende.
- b) La cultura deriva de los componentes biológicos, ambientales, psicológicos e históricos de la existencia humana.
- c) La cultura está estructurada.

¹⁴ Herskovits, MJ 1980. El hombre y sus obras. Ed. F.C.E. pp. 15-711.

- d) La cultura está dividida en aspectos.
- e) La cultura presenta regularidades que permiten su análisis, por medio de los métodos de frecuencia.
- f) La cultura es un instrumento por medio del cual un individuo se adapta a su situación total y además, le provee los medios de expresión creadora.
- g) La cultura es un todo que nos absorbe, pero de la cual nosotros solo absorbemos una mínima parte.

Los anteriores planteamientos nos lleva a la reflexión, análisis y el buen entender de las situaciones o maneras en las que actuamos y es por ello que en el proceder de las iniciativas personales como institucionales, de los programas y sobre todo de aquellos cambios que en su asociación conforman una interacción con el ser humano, con las comunidades y organizaciones; tomar muy en cuenta la inferencia en que lo hace Rosa María Lara y Mateos con respecto a la cultura al destacar lo siguiente: "No atender ni entender los problemas de salud, en su contexto sociocultural, ha sido causa de innumerables fracasos en las acciones médicas particulares e institucionales, injustificables por el enorme costo que representan".¹⁵

ii. Cultura alimentaria

Pocos temas despiertan tanto interés académico y han llegado a producir publicaciones científicas en los últimos años como el tema de la cultura alimentaria. Las publicaciones e investigación en este tema, hacen que nos ubiquemos en un contexto que nos permite, profundizar y reflexionar, no sobre un concepto en lo particular como lo es el de la cultura, más bien nos invita al hecho de formularnos preguntas y revisar las percepciones para entender todas aquellas expresiones tan diversas dadas en los planos de lo material y conductas de las personas. Es un hecho que los individuos que conforman un grupo o sociedad nos demuestran la existencia de un intercambio en sus formas de expresión y selección, medio por el cual se definen valores mediante la percepción que se convierte en un determinante del actuar del individuo; y el campo de la alimentación es un área en el que encontramos valores y expresiones culturales tan diversas.

Para investigadores y analistas del campo de la alimentación, se hace necesario el comprender y entender las relaciones que tienen los sujetos con los alimentos y en los que predomina una lógica propiciada por las formas de economía, convivencia y de socialización, estas conservadas o bien con diferencias a través de los tiempos, sobre todo de aquellas sociedades compuestas por instituciones y grupos tan diversos y dinámicos que se hacen llamar modernas civilizaciones, denotando la importancia significativa de los alimentos en las estructuras sociales para la funcionalidad de ellas.

iii. La alimentación en la etapa preescolar

Es primordial que los niños no se acostumbren a consumir el tipo de alimento llamado "chatarra", ya que estos aportan escasos nutrientes, tales como gaseosas, golosinas, snacks; estos no alimentan, les quita el apetito y son de alto costo. A diferencia de estos, se encuentran los alimentos llamados "nutritivos", que aportan calorías,

¹⁵ Lara y Mateos, RM. *Op Cit.*

proteínas, vitaminas, minerales; como huevos y carnes, los cuáles son una importante fuente de proteínas y hierro; en cuanto a las legumbres que también aportan proteínas, combinándose junto a cereales y verduras; los lácteos, como importante fuente de calcio y proteínas; los vegetales y las frutas aportan vitaminas y minerales; los cereales y derivados necesarios por ser fuente de energía; y por último las grasas y azúcares, como aceite y manteca, donde aportan calorías y también son necesarios.

Con lo dicho anteriormente, se puede concluir que es necesario:

- Asegurar un buen desayuno.
- Comer alimentos variados.
- Preferir alimentos caseros.
- Ingerir abundante líquidos preferentemente agua.
- Respetar las cuatro comidas diarias.
- Evitar el consumo excesivo de como gaseosas, jugos artificiales, y golosinas.

5. ¿Cómo cambiar los hábitos alimentarios?

La importancia de promover hábitos saludables es mayor si se comprende que al desarrollar un nuevo hábito en una generación se incorpora como parte del bagaje familiar de las venideras. Es muy importante recordar en todo momento que:

Los hábitos alimentarios conforman parte de nuestra identidad cultural y por lo tanto es natural que su modificación resulte un proceso paulatino, en donde la mayor parte de las veces, se convierte en una tarea ardua de escasos resultados.

Los hábitos no se imponen, sino que se, adoptan a partir de las conductas habituales de nuestras familias y del contexto sociocultural en que nos desenvolvemos. Todos consideramos a priori “buenos” o “saludables” determinados hábitos alimentarios, por el solo hecho de que lo practicamos siempre, así como lo han hecho nuestros padres y abuelos. Sin embargo, algunos hábitos alimentarios son perjudiciales, a pesar de estar socialmente muy extendidos.

Un mejor conocimiento acerca de los usos y costumbres de un grupo poblacional o bien, acerca de los mitos y las creencias en las que se fundamentan, resulta imprescindible si se desea afianzar hábitos alimentarios saludables.

Si al promover hábitos alimentarios, se desconoce el sistema de creencias locales, se malgastan recursos y tiempo, por el hecho de que todos creemos en “ciertas verdades” que no se discuten y que forman parte de nuestro saber íntimo.

Tener presente que para que el niño adquiriera hábitos alimentarios saludables desde pequeños es importante:

- Los hábitos alimentarios no son universales y están influenciados por numerosos factores
- Los hábitos pueden ser racionalmente modificados para mejorar nuestra salud.
- Se deben desarrollar actitudes positivas para probar nuevos alimentos y lograr una dieta más variada.

De todo lo expuesto, puede concluirse que la selección, combinación, forma de preparación, y otros muchos atributos de nuestra alimentación, están regidos por nuestros hábitos alimentarios. □Estos hábitos no son congénitos, sino que se adquieren y consolidan durante toda la vida, pueden ser beneficiosos y perjudiciales para nuestra salud; pueden modificarse y están fuertemente relacionados con el sistema de creencias de un grupo, pero también con sus experiencias infantiles, el prestigio social, el contexto extra-alimentario, y los atributos planteados en estrategias de comercialización. Se constituyen una poderosa herramienta para promover salud en la medida en que se incorporan a nuestras conductas

iv. Situación Alimentaria en Bolivia

En Bolivia, la pobreza rural es más marcada en el altiplano y los valles, aunque los pueblos indígenas de las tierras bajas están también entre los más pobres. Se ha identificado que cerca de 7000 organizaciones comunitarias son vulnerables a la inseguridad alimentaria, representando el 16% de la población total del país¹⁶. En el año 2005, el 60% de los bolivianos vivían en pobreza, lo que corresponde aproximadamente a 5,6 millones de personas, y un 37% en pobreza extrema, representando a 3.4 millones de personas¹⁷. Así, la pobreza extrema se refleja en el consumo insuficiente e inadecuado de alimentos, la lactancia materna limitada y la inadecuada alimentación complementaria, que aumentan el riesgo de desnutrición en la población rural.

La contribución del sector agropecuario a la economía nacional es importante, situándose en alrededor del 15,8%. En ese contexto, la agricultura contribuye de manera significativa a la provisión de alimentos y la generación de ingresos y empleo vinculada a la producción agropecuaria. No obstante, esta contribución ha tendido a disminuir lentamente en el tiempo, porque el patrón de crecimiento económico implementado en el pasado, ha favorecido actividades primario exportadoras y relegado a la agricultura campesina y comunitaria.

Esta disminución se debe también a la crisis de los sistemas agropecuarios de las comunidades campesinas e indígenas debido a la confiscación de sus mejores tierras a la sobreexplotación de sus recursos, a la excesiva parcelación de la tierra, a políticas agrarias discriminatorias de la economía campesina e indígena, al agotamiento del modelo basado en el acceso a múltiples pisos ecológicos y al cambio climático, entre los factores más importantes. Como consecuencia, regiones que en décadas pasadas tenían una importante producción agropecuaria se han convertido paradójicamente en regiones con la mayor pobreza extrema del país¹⁸.

¹⁶ De acuerdo a datos del Mapa de Vulnerabilidad a la Inseguridad Alimentaria por Organización Comunitaria. PMA, Comisión Europea, MDS-UPE, FAO y MACIA. La Paz, Bolivia. 2003.

¹⁷ De acuerdo a datos procesados por el Banco Mundial y presentados en los avances del estudio: Bolivia Protección Social (Mayo de 2007). Asimismo, se destaca que el año 2005 la línea de pobreza era de Bs. 336 persona/mes y la de pobreza extrema correspondía a Bs. 184 persona/mes.

¹⁸ Plan Sectorial del Ministerio de Desarrollo Rural, Agropecuario y Medio Ambiente (MDRAyMA). Revolución Rural, Agraria y Forestal, Nov. 2007

Ese patrón económico como consecuencia, desvalorizó el rol de los productores de alimentos y ha impulsado el significativo crecimiento de las superficies cultivadas y la producción de los productores agropecuarios medianos y grandes, o de la agricultura empresarial de las tierras bajas, orientada a los mercados de exportación, que constata con el relativo estancamiento de la agricultura campesina y comunitaria del altiplano y los valles.

El valor bruto de la producción agropecuaria empresarial, ha subido de 17% respecto al total entre 1960-63 al 60% entre 2000 y 2002. Las superficies cultivadas de los campesinos de las tierras altas se han estancado históricamente constituyendo aproximadamente un millón de hectáreas, mientras que las superficies cultivadas por los campesinos de las tierras bajas se han incrementado hasta alcanzar cerca de 400.000 hectáreas. Sin embargo, las superficies cultivadas del conjunto de los pequeños productores se han reducido de 87% al 58% respecto al total en el período entre 1980 al 2004. Por otra parte, las superficies de cultivos empresariales en las tierras bajas han crecido de 158.000 hectáreas a más de un millón de hectáreas.

Si bien las superficies cultivadas de los pequeños productores del occidente y oriente del país están destinadas a la producción de alimentos para el consumo de la población (cereales, frutas, tubérculos, y hortalizas), la mayor parte de los cultivos industriales son producidos por la agricultura empresarial. Del total del área cultivada en el oriente, las mayores superficies (aproximadamente entre el 60 al 70%) están destinadas a la producción de productos industriales de exportación.

De este modo, la agricultura familiar continúa con su rol de proveedora de alimentos, pese al éxodo rural que se origina principalmente en las áreas de agricultura tradicional más deprimidas donde se han producido procesos de erosión importante de los recursos productivos, se han debilitado las estructuras organizativas e instituciones locales, y la agricultura está atravesando una importante crisis de productividad. Una buena parte de esas migraciones se dirigen a las tierras bajas, aunque en mayor medida a las ciudades.

El problema es que las ciudades no pueden emplear productivamente a esa población y las migraciones alimentan un grupo de población flotante desempleada, o precariamente empleada que no tiene otra opción que mantener sus relaciones con el campo. Otros optan por la búsqueda de tierras en zonas de presión de la colonización, lo que en algunos casos lleva a estrategias campesinas familiares de ocupación de múltiples parcelas en una variedad de pisos ecológicos. No obstante, pese a las dificultades que conlleva la migración para esas poblaciones, los colonos establecidos en zonas tropicales o sub-tropicales consiguen mejor calidad de vida en comparación con sus zonas de origen.

El consumo de alimentos en Bolivia, se concentra en pocos productos. En las ciudades intermedias del área rural por ejemplo, el consumo de trigo y derivados representa el 16% del total, la papa y tubérculos el 14%; el arroz el 4.9%, las carnes el 6,49%; mientras que el consumo de huevos, leche y derivados sólo alcanza al 0,74% y 1,9% respectivamente. Esa tendencia también se da en ciudades como Potosí, donde el consumo de papa y trigo (en forma de pan, fideos, harina, galletas y otros) representa el 18,7 y el 16,6% respectivamente, mientras el consumo de leche y derivados el 0,76%. El 50,1% del total de los municipios del país (166) son altamente vulnerables

vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria y concentran el 19% de la población que vive en condiciones adversas enfrentando no solo sequías y heladas sino también el agotamiento y degradación de sus tierras, la carencia de agua de riego, falta de créditos, semillas y asistencia técnica, inaccesibilidad a los mercados por la carencia de vías de comunicación, la desleal competencia de los productos extranjeros subsidiados y dificultades para acceder a servicios de salud y educación entre otros¹⁹.

Teniendo en cuenta los múltiples factores determinantes, la erradicación de la desnutrición requiere de una fuerte decisión política que el Gobierno Nacional ha expresado mediante la reposición del Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición (CONAN)²⁰, cuyo objetivo es el de promover la elaboración e implementación de la Política Nacional de Soberanía y Seguridad Alimentaria y Nutricional, orientada al ejercicio del derecho humano a la alimentación adecuada y a la erradicación de la desnutrición.

6. Programa Nacional de Desnutrición Cero

El Programa Desnutrición Cero del Sector Salud²¹, define las siguientes líneas de acción, orientadas a contribuir a la erradicación de la desnutrición, desde el Sector Salud:

Promoción de las mejores prácticas de alimentación y cuidado de los niños y niñas, con participación social, a través de la estrategia AIEPI-Nut Comunitario, apoyadas por la comunicación interpersonal, así como la aplicación de la estrategia de información, comunicación y educación a través de medios masivos.

Fortalecimiento de la capacidad institucional para la atención nutricional y de las enfermedades prevalentes de los niños/as menores de 5 años e identificación y tratamiento de niños desnutridos, para lo cual, las intervenciones principales son el AIEPI-Nut Clínico, la Iniciativa Hospitales Amigos de la Madre y el Niño (IHAMN) y el manejo estandarizado del desnutrido severo en hospitales de referencia.

Por otra parte, el Programa Sectorial, incluye la suplementación con micronutrientes, la promoción del consumo de alimentos fortificados, del alimento complementario “NutriBebé” para niños de 6 a 24 meses y de otro complemento nutricional para mujeres embarazadas desnutridas.

Como puede apreciarse, AIEPI-Nut (Clínico y Comunitario), se constituye en la estrategia central, desde el Sector Salud, para contribuir a la erradicación de la desnutrición de la niñez.

Es necesario mencionar que el enfoque multisectorial del Programa Desnutrición Cero, es coordinado por el Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición (CONAN), el cual está compuesto por 9 ministerios (Presidencia, Planificación del Desarrollo,

¹⁹ PMA/FAO/SINSAAT/MDSP, 2002

²⁰ Decreto Supremo N° 28667 del 5 de abril de 2006; modificación del Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición (CONAN).

²¹ www.sns.gov.bo/

Hacienda, Producción y Microempresa, Desarrollo Rural, Agropecuario y Medio Ambiente, Educación y Culturas, Salud y Deportes, Justicia, Agua), representantes de la sociedad civil y es presidido por el Presidente de la República. El Ministerio de Salud y Deportes tiene el rol de Secretaría Técnica.

a. AIEPI - Nut

La estrategia AIEPI, tiene una larga historia en Bolivia; son algo más de 10 años, desde que se inició el proceso de implementación de AIEPI. En Bolivia, se desarrollaron los componentes: Mejora de las habilidades del personal de salud (AIEPI Clínico), el cual incluye el AIEPI Neonatal y el de Mejora de las prácticas familiares y comunitarias (AIEPI Comunitario), con el enfoque hacia actores sociales y sus redes.²²

AIEPI, ha contribuido a la reducción de la mortalidad de la niñez, lo cual es evidente en los resultados de la última Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA 2003). La implementación de AIEPI es nacional ya que su componente clínico se encuentra incorporado en el Sistema de Aseguramiento Público (Seguro de Maternidad y Niñez, 1996-1998, Seguro Básico de Salud, 1998-2002 y el Seguro Universal de Salud, 2003-2007). Sin embargo, AIEPI no ha sido ajena a los problemas inherentes a un sistema de salud débil, por ejemplo redes de referencia y contrarreferencia poco desarrolladas, sistema de seguimiento y monitoreo con baja cobertura, constante rotación del personal de salud capacitado y otros.

A inicios del año 2006, la Sra. Ministra de Salud y Deportes –Dra. Nila Heredia-, con un fuerte respaldo del Poder Ejecutivo, propuso al país la meta “Desnutrición Cero”, reconociendo la grave problemática nutricional de los niños, niñas y embarazadas y la necesidad de implementar acciones urgentes, eficaces y coordinadas. De ésta manera se lanzó un enorme desafío al Sector Salud y a otros sectores que tienen que ver con los determinantes de la desnutrición.

La siguiente tabla resume algunos indicadores que muestran la problemática nutricional de los niños, niñas y embarazadas.

i. Magnitud de la Desnutrición y Anemia en Menores de 5 años, Mujeres en Edad Fértil y Embarazadas

Indicador	Prevalencia (%)	
Desnutrición crónica en menores de 5 años	26.5	32.2 % (a)
Desnutrición global en menores de 5 años	7.5	5.2 % (a)
Desnutrición aguda en menores de 5 años	1.3	1.7 % (a)
Desnutrición en mujeres en edad fértil	1.9	
Desnutrición en embarazadas	9 (b)	

²² <http://www.ops.org.bo/areas/salud-ninez>

Anemia en niños menores de 2 años (grados leve, moderado y severo)	75.4	
Anemia en niños menores de 5 años (grados leve, moderado y severo)	51	
Anemia en mujeres en edad fértil	33.1	
Anemia en mujeres embarazadas	37	
Anemia en mujeres en período de lactancia	42.4	

FUENTE: INE-ENDSA, 2003

Prevalencia corregida, empleando los nuevos estándares de la OMS (2006)

Como respuesta al desafío lanzado, las unidades nacionales de Nutrición y Servicios de Salud, definieron que la estrategia más apropiada para enfrentar la problemática nutricional de los menores de 5 años, era AIEPI. Los fundamentos que respaldaron esta decisión fueron: Los componentes clínico y comunitario de AIEPI, estaban difundidos en todo el territorio nacional; existían una variedad de materiales que permitían, cuando eran aplicados, una atención sistematizada y de calidad, a los niños y niñas, tanto en los establecimientos de salud y en la comunidad; existían personas altamente calificadas y con bastante experiencia en los diferentes aspectos que implica la implementación de la estrategia AIEPI.

Sin embargo, se reconoció la necesidad de fortalecer el enfoque nutricional de AIEPI, considerando que este fortalecimiento debía consistir en una adecuación profunda y no solo superficial, además de actualizada, del contenido técnico de AIEPI.

En abril de 2006, se conformó un pequeño equipo técnico, cuya tarea inicial fue la de adecuar el AIEPI Clínico, de manera que se convierta en la herramienta operativa, desde los establecimientos de salud, para contribuir a la erradicación de la desnutrición. El principal objetivo del equipo técnico fue el de fortalecer las competencias del Personal de Salud del primer nivel para:

- Promocionar las prácticas nutricionales apropiadas y de eficacia comprobada, con énfasis en momentos críticos:
- Identificar niños/as desnutridos (agudos y crónicos)
- Manejo diferenciado de la desnutrición aguda y crónica (incluye referencia)
- Identificar y tratar las enfermedades prevalentes
- Promocionar el desarrollo y la salud oral

El trabajo de adecuación fue realizado, aproximadamente, en 4 meses, durante los cuales se realizaron varias presentaciones y discusiones con técnicos nacionales e internacionales, incluyendo una validación.

El resultado del mencionado trabajo es el nuevo Cuadro de Procedimientos AIEPI-Nut Clínico, las guías de capacitación, tanto para el participante como para el facilitador y otros productos que permitirán asegurar la aplicación del AIEPI-Nut Clínico (formularios de registro, instrumento de control de calidad de los cursos, instrumento para el seguimiento y monitoreo después de la capacitación, etc.).

IV.OBJETIVOS

a. GENERAL.

- Identificar los Factores Socioculturales que inciden en la desnutrición de niños menores de 5 años que asisten al Centro de Salud Iro. de Mayo de la ciudad de Guayaramerín, durante el período de agosto de 2008 a agosto de 2009.

b. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar el estado nutricional de los niños a través de indicadores antropométricos.
- Determinar el cumplimiento de las buenas prácticas de lactancia materna
- Determinar el cumplimiento de las buenas prácticas de la alimentación complementaria en base a la ingesta alimentaria cotidiana de los niños en estudio a partir del recordatorio de 24 horas en relación a la recomendaciones nutricionales.
- Determinar el consumo de nutribebe y chispitas nutricionales de acuerdo a las recomendaciones para la edad del niño@.
- Indagar sobre la actitud que adoptan los padres o tutores frente a la enfermedad de sus hijo@s para determinar el grado de incidencia en la desnutrición.
- Determinar la actitud y las prácticas de la lactancia materna en enfermedad.
- Determinar la edad de la madre
- Determinar el grado de escolaridad de la madre
- Determinar el ingreso económico a nivel intrafamiliar

V. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

a. DISEÑO

El presente estudio se enmarca dentro del diseño de estudio descriptivo y de corte transversal, se centra en las familias de 50 niños y niñas menores de 5 años de edad, que asisten al Centro de Salud 1ro. de Mayo de la ciudad de Guayaramerín en el lapso de 12 meses, entre agosto de 2008 y agosto de 2009.

a. Tipo de Investigación

Descriptivo y de corte transversal con un grupo de niños y niñas y sus respectivas familias atendidas en el Centro de Salud 1ro de Mayo de la ciudad de Guayaramerín durante el período de agosto de 2008 a agosto de 2009.

El presente estudio corresponde a determinar las características socioculturales que inciden en el estado nutricional de los niños menores de 5 años, sin realizar acciones que modifiquen los factores que influyen. Se realiza el estudio en un determinado punto específico de tiempo.

b. Población y Muestra

La población general de nuestro estudio está compuesta por los niños y niñas menores de 5 años que asisten a consultas al Centro de salud 1ro. de Mayo de la ciudad de Guayaramerín.

La muestra corresponde al tipo no probabilística, ya que es dirigida, en donde la selección de elementos depende del criterio del investigador.

La muestra de la población y con la que se pudo trabajar está compuesta por 40 personas, entre niños y niñas menores de cinco años de edad, incluyendo de manera directa a los padres o tutores que asisten de manera regular a consultas al Centro de Salud 1ro de mayo de la ciudad de Guayaramerín.

c. Variables

i. Dependiente:

- Desnutrición Infantil

ii. Independiente:

- Factores Socioculturales de la Alimentación

d. Operacionalización de variables

i. Factores Socioculturales de la alimentación

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
ESTADO NUTRICIONAL	Resultado final del balance entre la ingesta, absorción y utilización de los alimentos en relación al requerimiento de nutrientes	TAMAÑO CORPORAL	Peso /Talla	Entre +1DE a -1DE No tiene Desnutrición Entre 12DE a -2DE Desnutrición Leve Entre -2DE a -3DE Desnutrición moderada Menor a -3DE Desnutrición Grave
			Talla / Edad	Entre -2 a +2DE No tiene Talla Baja Menor a -2DE Talla Baja Menor a-3DE Talla muy baja

FACTORES SOCIALES Y CULTURALES	Actitud frente a situaciones que determinan buenas prácticas de salud y nutrición	LACTANCIA MATERNA	Lactancia Materna exclusiva hasta los 6 meses de edad Apego Precoz	<p>ADECUADO Solo Lactancia Materna exclusiva hasta los 6 meses</p> <p>INADECUADO Lactancia materna NO exclusiva antes de los 6 meses (Consumo de formulas lácteas, consumo de otros alimentos, inicio de alimentación complementaria antes de los 6 meses.</p> <p>ADECUADO Inicio de la lactancia materna hasta una hora después de nacimiento</p> <p>INADECUADO Inicio de lactancia materna después de una hora de nacimiento</p>
--------------------------------	---	-------------------	---	--

		ALIMENTACION COMPLEMENTARIA	Consumo de alimentos de acuerdo a las normas y recomendaciones Nutricionales (AIEPI Nut)	<p>ADECUADO Consumo de volumen de alimentos de acuerdo a la edad tomando como referencia las recomendaciones del AIEPI Nut la misma que cubre las necesidades del niñ@ reflejadas en el peso para la talla</p> <p>INADECUADO Consumo de volumen de alimentos en menor cantidad ala recomendada la misma que no cubre sus necesidades nutricionales reflejadas en el peso para la talla</p>
		MICRONUTRIENTES	Consumo de Nutribebe y chispitas nutricionales	<p>ADECUADO Consume Nutribebe y chispitas de acuerdo a las recomendaciones del AIEPI Nut</p> <p>INADECUADO NO Consume Nutribebe y chispitas de acuerdo a las recomendaciones del AIEPI Nut</p>
		ASISTENCIA MEDICA OPORTUNA	Acude al Centro de salud	<p>ADECUADO Acude al centro de salud antes de las 24 horas que la madre o tutor se dieron cuenta de los singos y síntomas del niñ@</p> <p>INADECUADO NO acude al centro de salud antes de las 24 horas que la madre o tutor se dieron cuenta de los singos y síntomas del niñ@</p>
		LACTANCIA MATERNA EN ENFERMEDAD	Lactancia Materna en periodo de enfermedad	<p>ADECUADO Lactancia Materna aun en casos de enfermedad</p> <p>INADECUADO Suspende la Lactancia Materna en casos de enfermedad</p> <p>INADECUADO NO cumple con todas las recomendaciones médicas</p>

EDAD DE LA MADRE	Cantidad de años cumplidos	Cantidad de años cumplidos de la madre a la fecha del estudio	Adolescencia Juventud Adulto Joven Adulto Mayor	12 a 19 años 20 a 25 años 26 a 40 años Mayor a 40
------------------	----------------------------	---	--	--

GRADO DE ESCOLARIDAD	Instrucción y/o preparación que un persona alcanza en un tiempo determinado	Grado de estudios que alcanzo la madre a la fecha del estudio.	Sin instrucción Primaria Secundaria Técnico Superior	Sin estudios 1º a 8º de primaria 1º a 4º de secundaria Cursos técnico medio y superior Normalista-Universidad
----------------------	---	--	--	---

SERVICIOS BASICOS	Acceso al agua potable y eliminación de excretas	Acceso al agua segura y tratada para consumo humano y presencia de sistemas sanitario con un sistema de eliminación de excretas subterráneo	SISTEMA SANITARIO Y ELIMINACION DE EXCRETAS	ADECUADO con baño sanitario y eliminación de excretas segura INADECUADO letrina tradicional
			AGUA	ADECUADO Sistema de agua potable INADECUADO Noria

ii. Alimentación Criterios de inclusión

Para el presente estudio se consideraron a todos los casos de niños menores de 5 años que asistieron a consultas al Centro de Salud 1ro. de Mayo de la ciudad de Guayaramerín durante el período 2008 - 2009.

e. Criterios de exclusión

- Niños cuyos padres no autorizaran la inclusión de los hijos para el estudio.
- Niños que no son pacientes del Centro de Salud 1ro. de Mayo.
- Niños que no se encuentran en el rango de edad establecido.

f. Consideraciones éticas

- Se informó a las madres y/o tutores de los niños participantes en el estudio sobre los objetivos del mismo y se obtuvo el consentimiento para participar en la investigación.
- Se mantiene en la privacidad correspondiente los nombres de los y las participantes en este estudio.
- No comentar los resultados de la investigación antes de haber defendido la tesis.

g. Instrumentos de recolección de la información

Son tres los instrumentos que se aplicaron para la obtención de resultados:

a. Cuestionario

La información se recolectará a través de un cuestionario elaborado especialmente para esta oportunidad. El cuestionario es de fácil aplicación y de fácil comprensión, de tal modo que sean asimiladas fácilmente por las personas a ser consultadas. Tiene una duración aproximada de 5 minutos, son preguntas cerradas en su generalidad, lo que nos permitirá una fácil tabulación de datos.

b. Recordatorio de 24 horas

Es un instrumento que tiene la finalidad de mostrar la frecuencia de consumo de alimentos en base a la ingesta de alimentos de manera cotidiana. Este instrumento se aplica en tres días consecutivos y con la misma fuente de información.

c. Evaluación Antropométrica

Es un recurso sencillo que nos sirve para determinar la situación nutricional, especialmente en población infantil.

Se entiende por antropometría²³ a la medición de los segmentos corporales que comparados con una población de referencia, permiten realizar un diagnóstico nutricional. La población de referencia se construye a partir de niños sanos y que han vivido en condiciones ambientales favorables.

a. Metodica del instrumento

El cuestionario es de fácil aplicación, las preguntas son leídas por el entrevistador y se apuntan las respuestas obtenidas.

Para la aplicación del recordatorio de 24 horas se hizo una visita a los domicilios de los niños por tres días consecutivos, hecho que fue el más largo del trabajo de investigación.

Para la evaluación antropométrica se utilizó una balanza digital electrónica, que permitió pesar individuos con una precisión cada 100 gr.; posee visor digital; con capacidad de pesaje hasta 150 kg; posee plataforma de vidrio templado. La balanza puede presentar una variación máxima de 1% (para más o para menos).

El pesaje se realizó descalzo²⁴, (camiseta y pantalón liviano), de pie en el centro de la balanza, sin apoyo y con el peso distribuido en forma pareja en ambos pies. El resultado se registró en kilogramos con un decimal.

²³ Girolami DH. "Fundamentos de la Valoración Nutricional y Composición Corporal". Buenos Aires: El Ateneo; 2003. Cáp.14:172.

²⁴ Guías para la Evaluación del Crecimiento. Comité Nacional de crecimiento y desarrollo. 2da edición .2001. ISBNIS87-5051-37-8.

Para medir la talla se utilizó un centímetro inextensible graduado en milímetros colocado en la pared en forma vertical, se utilizó una escuadra móvil que se desplaza en sentido vertical manteniendo el ángulo recto con la superficie vertical (pared).

El niño fue medido de pie, erguido, descalzo, con los pies, talones y rodillas juntas, la cabeza se alineo en plano de Frankfort (arco orbital al mismo nivel que el trago de la oreja). La medición fue efectuada al finalizar una inspiración profunda, deslizando la escuadra hacia abajo a lo largo del plano vertical hasta tocar la cabeza del sujeto, registrándose el resultado en centímetros con un decimal.

b. Instrumentos de análisis de la información

Los datos se tabularon en planilla Excel buscando asociación entre las variables estudiadas.

c. Cronograma

FASES	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre
Plan								
Organización								
Ejecución/Investigación								
Análisis								
Elaboración de Informe								
Presentación								

VI. RESULTADOS

Tabla No. 1

PREVALENCIA DE DESNUTRICION CRONICA

TALLA/EDAD

GRADO DE DESNUTRICION	NIÑOS	PREVALENCIA
No tiene talla baja	32	80,0
Talla baja	7	17,5
Talla muy baja	1	2,5
TOTAL	40	100

Tabla No. 2

PREVALENCIA DE DESNUTRICION AGUDA

PESO/TALLA

GRADO DE DESNUTRICION	NIÑOS	PREVALENCIA
No tiene desnutrición	36	90,0
Desnutrición Leve	3	7,5
Desnutrición Moderada	1	2,5
Desnutrición Grave	0	0,0
TOTAL	40	100

LACTANCIA MATERNA

DETALLE	NIÑOS	PORCENTAJE
ADECUADO (Solo lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses)	23	57,5
INADECUADO (Lactancia materna mixta leche materna y formulas)	17	42,5
TOTAL	40	100

LACTANCIA MATERNA EN ENFERMEDAD

DETALLE	NIÑOS	PORCENTAJE
INADECUADO (Suspende la lactancia materna en casos de enfermedad)	19	50,0
INADECUADO (Suspende la lactancia materna en casos de enfermedad)	19	50,0
TOTAL	38	100

RELACION DE ALIMENTACIÓN ADECUADA E INADECUADA POR GRUPO ETAREO

GRUPOS ETAREO	Niño/a menor de 6 meses	Niño/a de 6 meses cumplidos	Niño/a menor de 7 a menor de 12 meses	Niño/a menor de 1 a menor de 2 años	Niño/a de 2 a menor de 5 años	TOTAL	%
NUMERO DE NIÑ@S CON ALIMENTACION ADECUADA	1	1	3	4	15	24	60
NUMERO DE NIÑ@S CON ALIMENTACION INADECUADA	1	1	2	3	9	16	40
TOTAL	2	2	5	7	24	40	100

RELACION DE CONSUMO DE NUTRIBEBE

DETALLE	NIÑOS	PORCENTAJE
ADECUADO (Consumo de Nutribebe de acuerdo a las recomendaciones del AIEPI Nut)	16	40,0

INADECUADO (NO Consumo de Nutribebe de acuerdo a las recomendaciones del AIEPI Nut)	15	37,5
NO RECIBIERON	9	22,5
TOTAL	40	100

**RELACION DE CONSUMO DE CHISPITAS
NUTRICIONALES**

DETALLE	NIÑOS	PORCENTAJE
ADECUADO (Consumo de Chispitas nutricionales de acuerdo a las recomendaciones del AIEPI Nut)	14	35,0
INADECUADO (NO Consumo de Chispitas nutricionales de acuerdo a las recomendaciones del AIEPI Nut)	21	52,5
NO RECIBIERON	5	12,5

TOTAL	40	100
--------------	-----------	------------

**ACTITUD FRENTE A LA PRESENCIA DE ENFERMEDAD DEL
NIÑ@ MENOR DE 5 AÑOS**

DETALLE	NIÑOS	PORCENTAJE
ADECUADO (Acude al centro de salud dentro de las 24 horas despues de detectar los signos y sintomas de una infección o enfermedad del niñ@ menor de 5 años)	21	52,5
INADECUADO (NO acude al centro de salud dentro de las 24 horas despues de detectar los signos y sintomas de una infección o enfermedad del niñ@ menor de 5 años)	19	47,5
TOTAL	40	100

Estado Civil de las madres

Estado civil	No.	%
Casada	6	15
Soltera	8	20
Conviviente	23	57,5
Separada	3	7,5
Viuda	0	0

Gráfico No. 2

Tabla No. 3

Nivel de escolaridad de las madres de los/as niños/as

GRADO	No.	%
1º a 5º	9	22,5
6º a 8º	16	40
Secundaria	13	32,5
Superior	2	5
No estudió	0	0

Gráfico No. 3

Tabla No. 6

Gráfico No. 5

Adecuación de vitaminas de acuerdo al recordatorio de 24 horas de las mujeres

Fuente: Elaboración propia

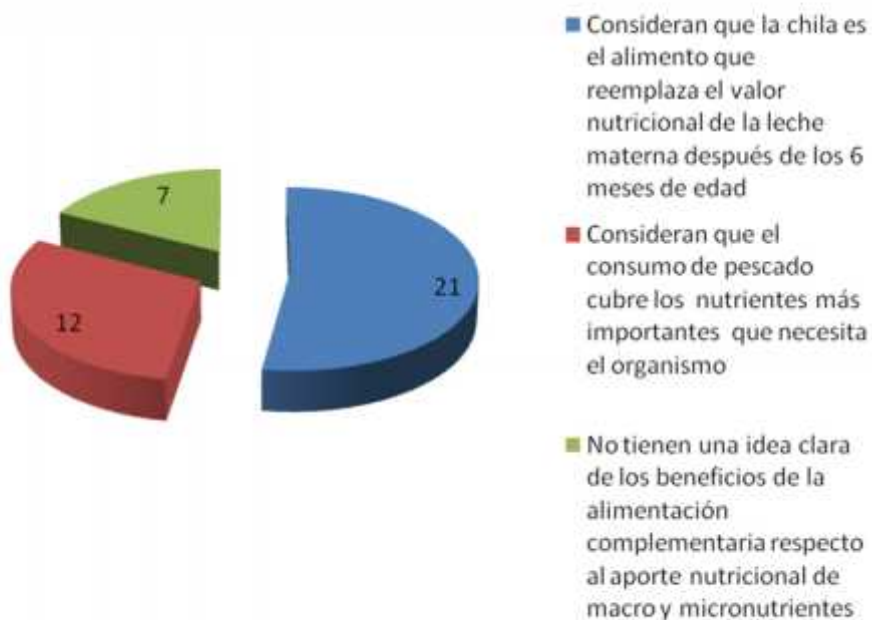
Gráfico No. 7

CREENCIAS Y COSTUMBRES DE LA REGION REFERENTE A LA ALIMENTACIÓN DE LOS NIÑOS

DETALLE	Nº	%
Consideran que la chila es el alimento que reemplaza el valor nutricional de la leche materna después de los 6 meses de edad	21	52,5
Consideran que el consumo de pescado cubre los nutrientes más importantes que necesita el organismo	12	30
No tienen una idea clara de los beneficios de la alimentación complementaria respecto al aporte nutricional de macro y micronutrientes	7	17,5
TOTAL	40	100

Gráfico No. 8

Creencias de la región frente a la alimentación de los niños



Fuente: Resultados de la Encuesta

Entre las creencias más importantes es destacable que más de la mitad de la gente entrevistada considera que la harina de plátano (Chila) es un suplemento alimenticio ideal por contener todo lo que el organismo necesita y por esa razón lo usan como el elemento principal para complementar la alimentación de los niños, esta es una creencia muy arraigada en el medio por lo que es incluida en la alimentación infantil, a partir de los seis meses de vida.

El 17 % considera que la alimentación complementaria es una especie de medicamento que debe ser administrado a los niños para que tengan mayor apetito, situación que nos indica la necesidad de reforzar la información sobre este tema.

Tabla No. 10

**Estado nutricional de niños de 2 a 5 años
Según índice peso/talla**

CATEGORIA	No tiene desnutrición	Desnutrido Leve	Desnutrido moderado	Desnutrido Severo	TOTAL
TOTAL	16	18	5	1	40
Porcentaje	40	45	12,5	2,5	100

Gráfico No. 9

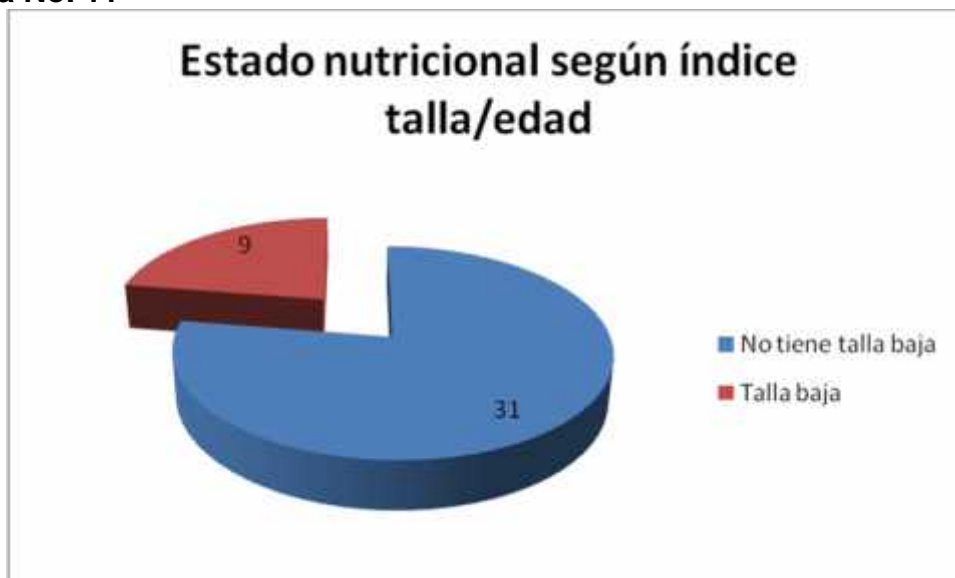


Fuente: Resultados de la Encuesta

Los reportes antropométricos y el análisis de los índices Peso /Talla y Talla / Edad según la guía AIPI Nut tenemos los siguientes resultados:

El 40 % de los niños no presentan problemas en su desarrollo en este sentido (Peso para la talla). Pero es alarmante observar que el 60 % presentan algún tipo de desnutrición, llama la atención que en el 2 % de estos niños se observe una desnutrición severa.

Tabla No. 11



Fuente: Resultados de la Encuesta

Según el indicador talla para la edad, se puede evidenciar que la talla normal o adecuada se presenta en el 77.5 %. Solamente un cuarto de los niños evaluados mostraron una talla menor para su edad.

VII. RESULTADOS Y ANÁLISIS

- La prevalencia de desnutrición crónica es del 20% es decir de los cuales el 17.5% tiene talla baja y el 2,5% tiene talla muy baja para la edad.
- La prevalencia de desnutrición aguda que mide la desnutrición del momento es del 10% de los cuales 7,5% presentan desnutrición leve y el 2,5% presentan una desnutrición moderada, en ambos casos la desnutrición aguda muestra un peso inadecuado para la talla.
- El 57% de los niñ@s recibieron una lactancia materna adecuada es decir solo leche materna hasta los 6 meses cumplidos, los mismo que no recibieron , biberones, leches de formula, mates u otros, en relación al 42,5% que tuvieron una lactancia materna inadecuada quienes recibieron leches maternizadas y chila antes de los 6 meses cumplidos.
- Solo en el 27.5% existió el apego precoz, donde las madres manifestaron que tuvieron a sus hij@s durante la primera hora después del parto haciendo frente a un 72,5% que no se practico el apego precoz, donde las madres manifestaron desconocer esta práctica indicando que en muchos centros de salud no se aplica.
- La encuesta específica y la anamnesis dirigida a las madres y/o tutores reflejaron que el 60% de los niñ@s tiene una alimentación adecuada para la edad frente a un 40% que no lo tienen, manifestando en la mayoría de las madres de este último grupo desconocer la forma adecuada de alimentar a sus hijos en cuanto a la selección de los alimentos, forma de preparación, volúmenes y frecuencias de consumo.
- El 77,5%, de las madres recibieron nutribebe de los cuales el 40 % preparan adecuadamente y proporcionan a sus hij@s de acuerdo a las recomendaciones nutricionales frente al 37,5% que cuenta con esta alimentación complementaria pero que por desconocimiento en la gran mayoría no utilizan.
- El 87,5% de las madres recibieron las chispitas nutricionales de las cuales solo el 35% de las madres dan a sus hij@s frente a un 52,5% que también recibieron pero no dan a sus hij@s manifestando que sus hij@s no necesitan porque no están enfermos, confundiendo las chispitas nutricionales con medicamentos.
- El 52,5% de los padres o tutores acuden al centro de salud más cercano ante la presencia de signos y síntomas de peligro, logrando de esta manera una atención médica oportuna, frente a un 47,5% que no actúa de manera inmediata con la respuesta de la gran mayoría de

utilizar medicinas caseras de la amazonía, efectivas para cada enfermedad.

- El 52,5% de las madres continúan dando leche materna aun en casos de enfermedad del niñ@ y en casos de enfermedad de la madre siempre y cuando estas enfermedades no sean infecto contagiosas o contraindicadas por el médico, frente a un 47.5% que suspende la lactancia.
-
-
- tiene una lactancia materna fueron alimentados con Lactancia materna
- El cuidado de los niños está encargado particularmente a las mujeres, esto demuestra una vez más la división de género está muy marcada en la región. El machismo es un sentimiento y una actitud reproducida no solamente por los hombres, sino también por las mujeres que sufren los efectos de la discriminación y la inequidad.
- La mayor parte de las cuidadoras son personas (mujeres) adultas, lo que de alguna manera nos sugiere que tienen cierta destreza o experiencia en el cuidado de niños pequeños.
- La relación o estabilidad en el seno familiar no es sólida, muchas de estas mujeres pueden perder a sus parejas en cualquier momento ya que no están unidas a los mismos por vínculos legales, este tipo de sobresaltos emocionales podría ser de mayor preocupación que una buena alimentación para la familia.
- Las familias siguen la tradición de las madres o modelos que tuvieron y reproducen los mismos hábitos alimenticios, esto perpetúa una cultura de mala alimentación ya que no se incluyen, por ejemplo, verduras en la misma.

VIII. CONCLUSIÓN

- La prevalencia de desnutrición crónica es del 20% es decir de los cuales el 17.5% tiene talla baja y el 2,5% tiene talla muy baja para la edad.
- La prevalencia de desnutrición aguda que mide la desnutrición del momento es del 10% de los cuales 7,5% presentan desnutrición leve y el 2,5% presentan una desnutrición moderada, en ambos casos la desnutrición aguda muestra un peso inadecuado para la talla.
- El 57% de los niñ@s recibieron una lactancia materna adecuada es decir solo leche materna hasta los 6 meses cumplidos, los mismo que

no recibieron , biberones, leches de formula, mates u otros, en relación al 42,5% que tuvieron una lactancia materna inadecuada quienes recibieron leches maternizadas y chila antes de los 6 meses cumplidos.

- El 57,5% de las mas madres conviven con sus parejas seguido de un 20% que son madres solteras, solo el 15% son casadas , el 7,5% son separadas.
- De los 9 niñ@s desnutridos que presentaron algún grado de desnutrición. 8 corresponden a madres o tutores sin instrucción y conocimientos de las buenas prácticas para el cuidado de niñ@s menores de 5 años correspondiente al 89% . De los 9 niños que presentaron algún grado de desnutrición 1 corresponde a una madre con un mejor grado de instrucción y conocimiento de las buenas prácticas del cuidado del niñ@ menor de 5 años.
- El 87,5% de las familias no cuentan con un sistema sanitario intradomiciliario y con eliminación de excretas subterráneo a diferencia de un 12,5% que cuenta con un sistema sanitario intradomiciliario y con eliminación de excretas subterráneo y libre de contaminación
- Solo el 15% de las familias cuenta con agua potable intradomiciliario para consumo humano frente a un 85% que consume agua de noria para beber y preparar sus alimentos.
-
- El 55% de las madres amamantaron a sus hij@s durante el
- tiene una lactancia materna fueron alimentados con Lactancia materna
-
- x tiene una peso inadecuado para la talla actual.
- El 78% de los niños son cuidados por las madres el restante 22% son cuidados por cuidado de los niños y por ende la alimentación de los mismos está encargado a las mujeres, situación que de alguna manera reproduce la división del trabajo del hogar en función a la división de roles en la región, donde el varón se encarga de proveer los medios de sustento económico principalmente y las mujeres de las tareas relacionadas al hogar.
- Todas las cuidadoras tienen formación escolar por lo menos básica, lo que nos indica que las prácticas de atención y alimentación no solo son producto del desconocimiento, sino también una reproducción de las prácticas familiares principalmente.
- De manera general las pautas de crianza recibidas por la familia de origen influyen manifiestamente en los hábitos alimenticios, eso hace que se sigan reproduciendo conductas no siempre ideales en la

alimentación de la familia en general y de los niños en particular, donde las verduras no tienen un sitio preferencial, ocupando ese sitio el arroz, la yuca y la carne.

- La alimentación del grupo etéreo en estudio está basada en carbohidratos entre los que se destacan el arroz como el principal cereal de consumo diario seguido de yuca y plátano, variando las preparaciones de estos tres alimentos en varios platillos propios de la región tales como majadito, payuje, masaco de plátano verde y maduro etc. También se destaca que una de las principales fuentes de proteínas es la almendra, pescados y carne de res.
- Si consideramos la división de alimentación según a los grupos formadores, energéticos y protectores, podemos ver que la práctica alimenticia de las familias no es la adecuada. Los hábitos de alimentación de la zona hace que la misma sea hipercabonada y tenga muchas carencias en lo relacionado a vitaminas, minerales, etc., ya que las mismas madres o cuidadoras no tienen el hábito de incluir estos alimentos en su menú diario.
- De los 9 niños desnutridos que presentaron algún grado de desnutrición. 8 corresponden a madres o tutores sin instrucción y conocimientos de las buenas prácticas para el cuidado de niños menores de 5 años correspondiente al 89% . De los 9 niños que presentaron algún grado de desnutrición 1 corresponde a una madre con un mejor grado de instrucción y conocimiento de las buenas prácticas del cuidado del niño menor de 5 años.
-
- El consumo de vegetales verdes y amarillos así como frutas son escasas en la dieta, se destaca que el consumo de almendras y pescado cubren en su mayoría los micronutrientes.
- Culturalmente la "Chila", el pescado y la leche de majo son considerados como elementos altamente nutricionales, los mismos que son dados a los niños con bajo peso, muy ocasionalmente se recurre a los centros de salud para corregir las deficiencias en cuanto a peso y talla.
- Según los indicadores de desarrollo peso/talla el 60 % de los niños/as tienen algún problema de desnutrición.
- Según índice talla para la edad, en la población estudiada, la prevalencia de desnutrición es del 25 %.
- Existe un pequeño déficit o brecha alimentaria de dos vitaminas, B2 y Niacina, la misma que se atribuye al poco consumo de leguminosas y otro tipo de cereales que no sea el arroz, así mismo se destaca que el consumo de vegetales frescos y frutas es mínima.

IX. RECOMENDACIÓN ACCIÓN

Una vez evidenciadas las limitaciones y deficiencias en las prácticas alimenticias de las familias de los niños menores de 5 años, en el áreas de influencia del Centro de Salud 1ro. de Mayo, consideramos importante tomar en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Incorporar a la escuela como un instrumento capacitador para la mejora de la alimentación.
- Capacitar a los maestros en el tema de Alimentación, haciendo énfasis en la necesidad de cuidar nuestro cuerpo y evitar enfermedades.
- Aprovechar los espacios de reuniones de padres de familia en las diferentes unidades educativas a fin de orientar brevemente sobre la importancia de la alimentación.
- Se recomienda mayor información sobre los beneficios de los diferentes grupos de alimentos ya que existe cierto desconocimiento del aporte nutricional del grupo de alimentos protectores particularmente.
- Incorporar material audiovisual en la sala de espera del Centro de Salud con mensajes relacionados al tema.

X. BIBLIOGRAFÍA

- ALBARRACÍN, JUANA, VILLEGAS RUTH. Necesidades Diarias de Energía y Nutrientes para la Población Boliviana. Ministerio de Salud y Deportes. 1997
- ANDERSON LINEA, Nutrición y Dieta de COOPER. Ed. Interamericana. Nueva Edición México D.F. 1987
- CUDÓS, MARÍA, DIÁNGELO, ANA MARÍA. Tesis en Nutrición Percepción materna del estado nutricional y de la ingesta alimentaria de niños preescolares. Universidad de Concepción del Uruguay Centro Regional Rosario. 2007.
- ESPEJO SOLÁ. Manual de Dietoterapia. El Ateneo. Buenos Aires. 2000
- FAO/OMS. Nutrición el Desafío Mundial. Conferencia interamericana. Nueva Edición D.F. 1997
- JOSÉ ANGEL VERA NORIEGA. Evaluación de un Modelo Descriptivo sobre Atención Primaria en Salud y Desarrollo Infantil en Zonas Rurales. Tesis que para obtener el grado de Doctorado en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. México D.F. 1996.
- MANCILLA GONZALO, CORDERO DILBERTH. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia en el Marco de la Meta "Desnutrición Cero" Ministerio de Salud y Deportes. 2006.
- NÚÑEZ DE VILLAVICENCIO F. Aspectos de psicología social. En su: Psicología y salud. Editorial Ciencias Médicas. La Habana. 2000.
- OMS. Nota informativa N°318 Febrero de 2007
- OPS/OMS Centro de Noticias Bolivia. 2008
- OPS/OMS. PERFIL DEL SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD BOLIVIA (Noviembre 2001), Programa de la Organización y Gestión de Sistemas Servicios de Salud
- PMA. Estrategia Boliviana de Reducción de la pobreza. Bolivia 2001
- RESTREPO MARÍA TERESA. Estado Nutricional y Crecimiento Físico.. Ed. Universidad Antioquía. 2000
- ZALLES JAIME: Guía de Nutrición Y Medicina Natural. 1era edición PROMETA. Tarija-Bolivia 2006.

ANEXOS

Anexo No. 1 CUESTIONARIO

CUESTIONARIO

Rogamos su colaboración al responder a las siguientes preguntas, las mismas nos servirán para poder colaborar en la atención a los niños en edad pre escolar.

Conteste las siguientes preguntas:

I. DATOS GENERALES

Nombre de la madre, padre o tutor

1. Estado civil

 Casada Soltera Conviviente Separada

2. Edad

3. Ultimo estudio

 1° a 5° 6° a 8° Secundaria Nivel Superior

II. DATOS ANTROPOMETRICOS

Nombre del niñ@

Peso

Talla

Edad

Estado Nutricional según Peso/Talla

según Talla/ Edad

III FACORES SOCIOCULTURALES

Lactacia materna

4. Como alimentó a su hij@ hasta lo 6 meses o como alimenta actualmente a su hij@ si el o ella tienen menos de 6 meses de edad?

- a) Lactancia Materna exclusiva hasta los 6 meses
- b) Mixto (Lactancia materna y leches artificiales)
- c) Solo leche artificial
- d) Otro especificar.

5. Cuando nació su hij@ a que hora comenzó a lactar

- a) Inmediatamente después que nació (antes de la hora de nacido)
- b) Después de la hora de nacido

Alimentación complementaria

6. A qué edad comenzó a dar otros alimentos a parte de la leche materna?

7. Como alimenta a su hij@? Qué tipo de alimentos le da, como lo prepara, en que horarios y cantidades le sirve? (Aplicar Recordatorio de 24 horas)
8. Como cree que debe ser una buena alimentación y que alimentos considera que son los mejores para que los niños crezcan sanos y fuertes?

Micronutrientes

9. Recibió o recibe Nutribebe y como lo utiliza?
.....
10. Recibió o recibe Chispitas nutricionales y como lo utiliza?
.....

Asistencia Médica

11. Cuantas veces se enfermo su hij@ con Diarreas, resfríos ó neumonías antes de los 2 meses

Diarreas Resfríos Otra enfermedad Cual?

12. Que hace cuando su hij@ esta enfermo? (Encierra con circulo la respuesta)

- a) Acude al centro de salud u hospital más cercano antes de las 24 horas que la madre o tutor detectan los signos o síntomas del niñ@.
- b) No acude al hospital o centro de salud cercano. Cuida de sus hijos enfermos en casa con medicina tradicional o mixta.

Lactancia materna en enfermedad

13. Cuando su hij@ estaba enfermo le suspendió o suspende la lactancia materna

SI

NO

ANEXO No. 2

ENCUESTA DE CONSUMO Y HÁBITOS ALIMENTICIOS

Nombre de la Madre o cuidador:

Edad de la madre

Número de hijos

Hasta que curso estudio ?:

Estado civil

Actividad actual

Nombre del niñ@:

Fecha de nacimiento del niñ@

Peso en Kg

Talla en cm

Desde qué mes inicio la alimentación complementaria?

EDAD DEL NIÑ@ 9 meses

Actualmente su bebé recibe lactancia materna?

RECORDATORIO DE 24 HORAS DE TRES DÍAS

PRIMER DÍA							
EDAD	RECOMENDACIÓN SEGÚN AIEPI	CONSUMIO DE ALIMENTOS POR DÍA -*VOLUMEN *FRECUENCIA *TIPO DE PREPARACIÓN	CANTIDAD EN UNIDADES CASERAS (Cucharas)	UNIDADES EN GRAMOS	ACEPTABILIDAD		
6 meses	<ul style="list-style-type: none"> El niño/a debe recibir seno materno inmediatamente después de nacer (dentro de la primera media hora) Dar el pecho las veces que el niño/a quiera, por lo menos 10 veces durante 24 horas (vaciar los dos pechos en cada mamada), de día y de noche Dar SOLAMENTE LECHE MATERNA HASTA LOS 6 MESES DE EDAD (no dar biberón, mates, jugos ni otras leches) 				Terminó todo	La mitad	No comió

ANEXO No. 2

ENCUESTA DE CONSUMO Y HÁBITOS ALIMENTICIOS

Nombre del niñ@:

Fecha de nacimiento del niñ@

Peso en Kg

Talla en cm

Desde qué mes inicio la alimentación complementaria?

Actualmente su bebé recibe lactancia materna?

EDAD DEL NIÑ@

RECORDATORIO DE 24 HORAS DE TRES DÍAS

PRIMER DÍA

EDAD	RECOMENDACIÓN SEGÚN AIEPI	CONSUMIO DE ALIMENTOS POR DIA -*VOLUMEN *FRECUENCIA *TIPO DE PREPARACIÓN	CANTIDAD EN UNIDADES CASERAS (Cucharas)	UNIDADES EN GRAMOS	ACEPTABILIDAD		
NIÑO/A DE 6 MESES (INICIO DE LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA)	<ul style="list-style-type: none"> Continuar con la lactancia materna las veces que el niño/a quiera (de día y de noche) Debe empezar a comer EN SU PROPIO PLATO (el personal de salud le entregará un plato para su niño/a, cuando cumpla 6 meses de edad) Los alimentos se deben preparar en forma de papilla o puré espeso, no deben ser ralos. Se debe emplear sal yodada. No se debe añadir azúcar ni sal "extras" 				Terminó todo	La mitad	No comió

ENCUESTA DE CONSUMO Y HÁBITOS ALIMENTICIOS

Nombre del niño@:

Fecha de nacimiento del niño@

Peso en Kg

Talla en cm

Desde qué mes inicio la alimentación complementaria?

EDAD DEL NIÑO@ 9 meses

Actualmente su bebé recibe lactancia materna?

RECORDATORIO DE 24 HORAS DE TRES DÍAS

PRIMER DÍA

EDAD	RECOMENDACIÓN SEGÚN AIEPI	CONSUMIO DE ALIMENTOS POR DIA - *VOLUMEN *FRECUENCIA *TIPO DE PREPARACIÓN	CANTIDAD EN UNIDADES CASERAS (Cucharas)	UNIDADES EN GRAMOS	ACEPTABILIDAD		
NIÑO/A DE 7 A MENOR DE 12 MESES	<p>A esta edad el niño/a ya sabe comer, se pueden aumentar nuevos alimentos en mayor cantidad y frecuencia. Los alimentos deben ser preparados con sal yodada</p> <ul style="list-style-type: none"> Continuar con la lactancia materna, las veces que el niño quiera Debe comer 5 veces al día, 3 de ellas como desayuno, almuerzo y cena (comidas principales); en las dos restantes (entrecomidas) darle el "Alimento Complementario" En cada comida principal, debe recibir por lo menos 7 cucharadas rasas (a los 7 meses) e ir aumentando una cuchara por cada mes cumplido, hasta llegar a 11cucharas rasas a los 11 meses Los alimentos deben ser administrados en forma de puré o papilla espesa o picados en trozos muy pequeños En el caso de las sopas, darle la parte espesa y no únicamente la parte líquida. (Ver cuadro de alimentos , evaluar de acuerdo a los alimentos de la región) 				Terminó todo	La mitad	No comió

ENCUESTA DE CONSUMO Y HÁBITOS ALIMENTICIOS

Nombre del niño@:

Fecha de nacimiento del niño@

Peso en Kg

Talla en cm

Desde qué mes inicio la alimentación complementaria?

Actualmente su bebé recibe lactancia materna?

EDAD DEL NIÑO@

RECORDATORIO DE 24 HORAS DE TRES DÍAS

PRIMER DÍA

EDAD	RECOMENDACIÓN SEGÚN AIEPI	CONSUMIO DE ALIMENTOS POR DÍA -*VOLUMEN *FRECUENCIA *TIPO DE PREPARACIÓN	CANTIDAD EN UNIDADES CASERAS (Cucharas)	UNIDADES EN GRAMOS	ACEPTABILIDAD		
NIÑO/A DE 1 A MENOR DE 2 AÑOS	<p>A esta edad el niño/a, ya puede comer todo lo que la familia consume, los alimentos deben ser preparados con sal yodada</p> <p>Continuar con la lactancia materna, las veces que el niño quiera</p> <ul style="list-style-type: none"> • Debe comer 5 veces al día, 3 de ellas como desayuno, almuerzo y cena; (comidas principales); en las dos restantes (entre comidas) darle el "Alimento Complementario" <p>Es importante que la alimentación del niño/a sea variada y que reciba:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Leche y huevo: Cualquier leche animal y sus derivados (queso, yogurt, mantequilla, requesón, quesillo) y huevos o Frutas: Naranja, mandarina, pomelo, limón, lima, kiwi, frutilla, tomate (de acuerdo a la región) o Oleaginosas: Nuez, almendra o Pescado fresco o Vegetales: Lechuga, pepino, repollo, brócoli, coliflor, choclo, (de acuerdo a la región) <ul style="list-style-type: none"> • En cada comida principal debe recibir por lo menos 12 cucharadas rasas. Aumentar el número de cucharas, hasta que a los 2 años coma 15 cucharas en cada comida • Dar la comida en trocitos bien picados • Colocar en cada comida, una cucharada de hojas verdes (acelga, espinaca, apio), para proporcionarle hierro. 				Termino todo	La mitad	No comió

ENCUESTA DE CONSUMO Y HÁBITOS ALIMENTICIOS

Nombre del niño@:

Fecha de nacimiento del niño@

Peso en Kg

Talla en cm

Desde qué mes inicio la alimentación complementaria?

Actualmente su bebé recibe lactancia materna?

EDAD DEL NIÑO@

RECORDATORIO DE 24 HORAS DE TRES DÍAS

PRIMER DÍA

EDAD	RECOMENDACIÓN SEGÚN AIEPI	CONSUMIO DE ALIMENTOS POR DÍA -*VOLUMEN *FRECUENCIA *TIPO DE PREPARACIÓN	CANTIDAD EN UNIDADES CASERAS (Cucharas)	UNIDADES EN GRAMOS	ACEPTABILIDAD		
NIÑO/A DE 1 A MENOR DE 2 AÑOS	<p>A esta edad el niño/a, ya puede comer todo lo que la familia consume, los alimentos deben ser preparados con sal yodada Continuar con la lactancia materna, las veces que el niño quiera</p> <ul style="list-style-type: none"> • Debe comer 5 veces al día, 3 de ellas como desayuno, almuerzo y cena; (comidas principales); en las dos restantes (entre comidas) darle el "Alimento Complementario" <p>Es importante que la alimentación del niño/a sea variada y que reciba:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Leche y huevo: Cualquier leche animal y sus derivados (queso, yogurt, mantequilla, requesón, quesillo) y huevos o Frutas: Naranja, mandarina, pomelo, limón, lima, kiwi, frutilla, tomate (de acuerdo a la región) o Oleaginosas: Nuez, almendra o Pescado fresco o Vegetales: Lechuga, pepino, repollo, brócoli, coliflor, choclo, (de acuerdo a la región) <ul style="list-style-type: none"> • En cada comida principal debe recibir por lo menos 12 cucharadas rasas. Aumentar el número de cucharas, hasta que a los 2 años coma 15 cucharas en cada comida • Dar la comida en trocitos bien picados • Colocar en cada comida, una cucharada de hojas verdes (acelga, espinaca, apio), para proporcionarle hierro. 				Termino todo	La mitad	No comió

ENCUESTA DE CONSUMO Y HÁBITOS ALIMENTICIOS

Nombre del niño@:

Fecha de nacimiento del niño@

Peso en Kg

Talla en cm

Desde qué mes inicio la alimentación complementaria?

EDAD DEL NIÑO@ 9 meses

Actualmente su bebé recibe lactancia materna?

RECORDATORIO DE 24 HORAS DE TRES DÍAS

PRIMER DÍA							
EDAD	RECOMENDACIÓN SEGÚN AIEPI	CONSUMIO DE ALIMENTOS POR DIA - *VOLUMEN *FRECUENCIA *TIPO DE PREPARACIÓN	CANTIDAD EN UNIDADES CASERAS (Cucharas)	UNIDADES EN GRAMOS	ACEPTABILIDAD		
NIÑO/A DE 7 A MENOR DE 12 MESES	<p>A esta edad el niño/a ya sabe comer, se pueden aumentar nuevos alimentos en mayor cantidad y frecuencia. Los alimentos deben ser preparados con sal yodada</p> <ul style="list-style-type: none"> Continuar con la lactancia materna, las veces que el niño quiera Debe comer 5 veces al día, 3 de ellas como desayuno, almuerzo y cena (comidas principales); en las dos restantes (entrecomidas) darle el "Alimento Complementario" En cada comida principal, debe recibir por lo menos 7 cucharadas rasas (a los 7 meses) e ir aumentando una cuchara por cada mes cumplido, hasta llegar a 11 cucharas rasas a los 11 meses Los alimentos deben ser administrados en forma de puré o papilla espesa o picados en trozos muy pequeños En el caso de las sopas, darle la parte espesa y no únicamente la parte líquida. (Ver cuadro de alimentos , evaluar de acuerdo a los alimentos de la región) 				Terminó todo	La mitad	No comió

ENCUESTA DE CONSUMO Y HÁBITOS ALIMENTICIOS

Nombre del niño@:

Fecha de nacimiento del niño@

Peso en Kg

Talla en cm

Desde qué mes inicio la alimentación complementaria?

Actualmente su bebé recibe lactancia materna?

EDAD DEL NIÑO@

RECORDATORIO DE 24 HORAS DE TRES DÍAS

PRIMER DÍA

EDAD	RECOMENDACIÓN SEGÚN AIEPI	CONSUMIO DE ALIMENTOS POR DÍA -*VOLUMEN *FRECUENCIA *TIPO DE PREPARACIÓN	CANTIDAD EN UNIDADES CASERAS (Cucharas)	UNIDADES EN GRAMOS	ACEPTABILIDAD		
NIÑO/A DE 1 A MENOR DE 2 AÑOS	<p>A esta edad el niño/a, ya puede comer todo lo que la familia consume, los alimentos deben ser preparados con sal yodada Continuar con la lactancia materna, las veces que el niño quiera</p> <ul style="list-style-type: none"> • Debe comer 5 veces al día, 3 de ellas como desayuno, almuerzo y cena; (comidas principales); en las dos restantes (entre comidas) darle el "Alimento Complementario" <p>Es importante que la alimentación del niño/a sea variada y que reciba:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Leche y huevo: Cualquier leche animal y sus derivados (queso, yogurt, mantequilla, requesón, quesillo) y huevos ○ Frutas: Naranja, mandarina, pomelo, limón, lima, kiwi, frutilla, tomate (de acuerdo a la región) ○ Oleaginosas: Nuez, almendra ○ Pescado fresco ○ Vegetales: Lechuga, pepino, repollo, brócoli, coliflor, choclo, (de acuerdo a la región) <ul style="list-style-type: none"> • En cada comida principal debe recibir por lo menos 12 cucharadas rasas. Aumentar el número de cucharas, hasta que a los 2 años coma 15 cucharas en cada comida • Dar la comida en trocitos bien picados • Colocar en cada comida, una cucharada de hojas verdes (acelga, espinaca, apio), para proporcionarle hierro. 				Termino todo	La mitad	No comió

ENCUESTA DE CONSUMO Y HÁBITOS ALIMENTICIOS

Nombre del niño@:

Fecha de nacimiento del niño@

Peso en Kg

Talla en cm

Desde qué mes inicio la alimentación complementaria?

Actualmente su bebé recibe lactancia materna?

EDAD DEL NIÑO@

RECORDATORIO DE 24 HORAS DE TRES DÍAS

PRIMER DÍA

EDAD	RECOMENDACIÓN SEGÚN AIEPI	CONSUMIO DE ALIMENTOS POR DÍA -*VOLUMEN *FRECUENCIA *TIPO DE PREPARACIÓN	CANTIDAD EN UNIDADES CASERAS (Cucharas)	UNIDADES EN GRAMOS	ACEPTABILIDAD		
NIÑO/A DE 2 A MENOR DE 5 AÑOS	<p>A esta edad el niño/a, ya puede comer todo lo que la familia consume, los alimentos deben ser preparados con sal yodada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Debe comer 5 veces al día, 3 de ellas como desayuno, almuerzo y cena; (comidas principales); en las dos restantes (entre comidas), darle frutas o pan • Es importante que la alimentación del niño/a sea variada y que reciba: <ul style="list-style-type: none"> ○ Leche y huevo: Cualquier leche animal y sus derivados (queso, yogurt, mantequilla, requesón, quesillo) y huevos ○ Frutas: Naranja, mandarina, pomelo, limón, lima, kiwi, frutilla, tomate (de acuerdo a la región) ○ Oleaginosas: Nuez, almendra ○ Pescado fresco ○ Vegetales: Lechuga, pepino, rábano, repollo, brócoli, coliflor, choclo, lacayote, carote, berenjena (de acuerdo a la región) <ul style="list-style-type: none"> • En cada comida principal debe recibir por lo menos 15 cucharadas rasas hasta llegar a las 25 cucharas por comida a los 5 años de edad 				Termino todo	La mitad	No comió

