
UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN
Y TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POST GRADO



ESPECIALIDAD EN

INTERCULTURALIDAD Y SALUD

“PRACTICAS ALIMENTARIAS TRADICIONALES QUE INFLUYEN EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LOS NIÑOS/AS DE 6-23 MESES, DE LA COMUNIDAD DE EYIYOQUIVO SAN BUENAVENTURA GESTION 2012”

..

POSTULANTE: Dr. Nelson Bismarck Rosales Sandoval
TUTOR: Dr. Cristhiam G. Villarroel Salazar

RURRENABAQUE– BOLIVIA

Julio-2012

AGRADECIMIENTO:

A dios nuestro creador, por haberme dado sabiduría y fuerza para realizar este trabajo.

A la Institución por abrirme información.

A la Comunidad Indígena de Eyiyuquivo por abrirme las puertas y haberme colaborado en la toma de peso y talla, por responder a las encuestas realizadas y así dejar que se realice este trabajo.

A mis padres, hermanos, por la fuerza y apoyo que me dieron para seguir adelante.

A mi familia por el constante apoyo que he recibido para que culmine mi trabajo.

A personas especiales que con amor y cariño me ayudaron en la elaboración del presente trabajo.

DEDICATORIA:

Le dedico este trabajo a mi familia y mis hijos que siempre han estado apoyándome y a mis padres que me alentaron a seguir superándome.

INDICE

AGRADECIMIENTOS.....	2	
DEDICATORIA.....	3	
RESUMEN.....	5-6	
CAPITULO I - GENERALIDADES		
INTRODUCCIÓN.....	8	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9	
OBJETIVOS.....	10	
JUSTIFICACIÓN.....	11	
CAPITULO II - MARCO TEÓRICO.....		12-55
CAPITULO III -METODOLOGIA		
DISEÑO METODOLÓGICO.....	56-60	
CAPITULO IV - RESULTADOS		
RESULTADOS.....	61-84	
CAPITULO V –CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		
CONCLUSIONES.....	85-87	
RECOMENDACIONES.....	88	
CAPITULO VI – PROPUESTA DE INTERVENCION		
PROPUESTA DE INTERVENCION.....	89-99	
CAPITULO VII - BIBLIOGRAFIA		
BIBLIOGRAFÍA.....	100-101	
CAPITULO VIII - ANEXOS		
ANEXOS.....	102-112	

RESUMEN:

Es reconocido que, si bien la disponibilidad de alimentos a nivel nacional y local es un componente esencial de la seguridad alimentaria, el acceso real de la población a ellos es tanto o más relevante, estableciendo una vinculación directa entre inseguridad alimentaria y pobreza.

En Latinoamérica hay una elevada proporción de familias que no tienen dinero suficiente para comprar alimentos básicos, por lo que los niños probablemente sufrirán de desnutrición crónica grave (2)

Eyiyuquivo es una comunidad étnica ubicada a 3 km del área urbana del Municipio de San Buenaventura, provincia Abel Iturralde del departamento de La Paz, consta de 31 familias con un promedio de 4 integrantes por familia, siendo de ellos 20 niños de 6 a 23 meses de edad.

El presente trabajo de investigación pretende conocer las prácticas alimentarias tradicionales que influyen en el crecimiento y desarrollo de los niños de 6 – 23 meses en la comunidad de Eyiyuquivo, San Buenaventura, gestión 2012.

El objetivo general de presente trabajo es: Determinar que prácticas alimentarias tradicionales influyen en el crecimiento y desarrollo de los niños de 6-23 meses en esa comunidad. Los objetivos específicos son: a) Identificar propiedades nutricionales de alimentos tradicionales b) Determinar cuáles son los alimentos nativos y costumbres alimentarias del lugar que con mayor frecuencia son utilizados en la alimentación de niños y niñas de 6-23 meses. c) Establecer el estado nutricional en niños/as de 6-23 meses, de la comunidad de Eyiyuquivo en San Buenaventura.

El diseño de la investigación es cuantitativo, de tipo descriptivo de corte transversal porque pretende observar y describir tipos de prácticas alimentarias. Siendo los instrumentos de recolección de la información la encuesta a la madre de niños/as de 6 a 23 meses Se utilizo para medición de desarrollo la ficha de registro de medición de talla/edad y la escala de Nelson Ortiz impreso en el Carnet Infantil.

Los resultados encontrados son que existe disponibilidad de alimentos tradicionales en la comunidad, pero no existe conciencia del manejo de los mismos evidenciado porque el 80% de madres no asistió a la escuela, se vio además que la alimentación complementaria se inicio en forma temprana (40%), se vio además que la alimentación se prioriza a el padre de familia (50%). En cuanto al desarrollo psicomotor se vio que 67% de los niños tienen un retraso.

Como conclusión se puede decir que las prácticas tradicionales si influyen en el crecimiento y desarrollo de los niños de 6-23 meses por desconocimiento del uso adecuado de sus alimentos y la influencia externa en el uso de otros alimentos no nutritivos.

La recomendación consiste en realizar cursos de capacitación en el manejo nutricional de alimentos del lugar a las madres, implementación de suplementos nutricionales como ser Nutribebe, chispitas nutricionales, Zinc. Implementación de UNI en el municipio, capacitación en manejo agrícola.

**“PRACTICAS ALIMENTARIAS TRADICIONALES QUE INFLUYEN EN EL CRECIMIENTO
Y DESARROLLO DE NIÑOS/AS DE 6 A 23
MESES DE LA COMUNIDAD DE EYIYOQUIVO,
SAN BUENAVENTURA, GESTION 2012”**

CAPITULO I - GENERALIDADES

A) INTRODUCCION

Es reconocido que, si bien la disponibilidad de alimentos a nivel nacional y local es un componente esencial de la seguridad alimentaria, el acceso real de la población a ellos es tanto o más relevante, estableciendo una vinculación directa entre inseguridad alimentaria y pobreza.

En la Cumbre Mundial sobre alimentación y los Objetivos de Desarrollo del Milenio, establecen la alimentación como un derecho prioritario (1).

El hambre y la malnutrición han sido la causa directa o indirecta del 60% de los 10.9 millones de defunciones registradas cada año entre los niños menores de 5 años. Más de dos tercios de esas muertes, a menudo relacionada a una práctica inadecuada de alimentación, ocurren durante el primer año de vida (1).

En Latinoamérica hay una elevada proporción de familias que no tienen dinero suficiente para comprar alimentos básicos, por lo que los niños probablemente sufrirán de desnutrición crónica grave (2)

La pobreza es un problema mundial, una proporción muy alta de los niños de los países subdesarrollados viven en condiciones de pobreza. (2).

El presente estudio pretende investigar prácticas alimentarias tradicionales que influyen en el crecimiento y desarrollo de niños de 6 a 23 meses de edad de la comunidad Eyiyoquivo, que históricamente han sido nómadas pero que han modificado su naturaleza cambiándose al sedentarismo.

Eyiyoquivo es una comunidad étnica ubicada a 3 km del área urbana del Municipio de San Buenaventura, provincia Abel Iturralde del departamento de La Paz, consta de 31 familias con un promedio de 4 integrantes por familia, siendo de ellos 20 niños de 6 a 23 meses de edad. Sus características es que no tienen sistema de agua potable y eliminación de excretas adecuadas. Siendo su medio de subsistencia la venta de pescado y su agricultura precaria (arroz, plátano, pescado). (PDM Municipal 2007)

B) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La problemática alimentaria y nutricional es multicausal por desconocimiento e incorporación de alimentos no tradicionales (enlatados) y por lo tanto la puesta en práctica de las posibles soluciones en la etnia eyiyoquivo, incidirá en la disminución de la desnutrición infantil y la seguridad alimentaria de la comunidad, esfuerzo que parte del Ministerio de Salud como órgano que emite políticas públicas y de los gobiernos municipales como ejecutores.

La práctica alimentaria tradicional no se encuentra priorizado en la etnia essejja, factor que incidirá en la tasa de desnutrición crónica que en comunidades indígenas aumenta hasta el 33%.(23)

Este problema de desnutrición crónica aumentada en la población de eyiyoquivo, es verificable por los resultados de medición antropométrica de talla edad que se registran en los carnets infantiles de cual dispone el centro de salud Hospital san Buenaventura, como así también del desarrollo pondoestatural que se verifica por la tabla de Nelson Ortiz que se encuentra impreso en los mencionados carnets infantiles.

No existen antecedentes de que se esté realizando acciones concernientes a mejorar la alimentación tradicional en esa comunidad.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿CUALES SON LAS PRACTICAS ALIMENTARIAS TRADICIONALES DE LA COMUNIDAD DE EYIYO-
QUIVO QUE INFLUYEN EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LOS NIÑOS DE 6-23 MESES EN SAN
BUENAVENTURA GESTION2012?

C) OBJETIVOS

Objetivo general:

Determinar que practicas alimentarias tradicionales influyen en el crecimiento y desarrollo en niños de 6-23 meses de edad de la comunidad de Eyiyoquivo en San Buenaventura.

Objetivos específicos:

- a) Identificar propiedades nutricionales de alimentos tradicionales

- b) Determinar cuáles son los alimentos nativos y costumbres alimentarias del lugar que con mayor frecuencia son utilizados en la alimentación de niños y niñas de 6-23 meses.

- c) Establecer el estado nutricional en niños/as de 6-23 meses, de la comunidad de Eyiyoquivo en San Buenaventura con las curvas de crecimiento P/T.

D) JUSTIFICACION

En la revisión documental sobre el tema, no se ha hallado estudios relacionados a las practicas alimentarias tradicionales de los niños de la comunidad de Eyiyoquivo; motivo por el cual este estudio podrá aportar un análisis de los hábitos alimenticios que influyen el estado nutricional de niños de 6 a 23 meses de edad, para proponer alguna estrategia de intervención.

El tema de nutrición en este grupo etareo es considerado prioritario en los objetivos del Milenio, del cual es participe el Estado Plurinacional de Bolivia, habiendo asumido compromisos y metas que cumplir hasta el 2015. Con este estudio se evaluara los resultados y sus beneficios que conllevaran a lograr una de las metas del milenio el cual es desnutrición 0 hasta el 2015.

Por la magnitud que afecta al 33% de los niños que a la larga desarrollaran retardo en crecimiento y desarrollo. Cuadro que afecta en el bajo rendimiento escolar, aumento en la repitencia de los cursos educativos, talla baja, discriminación de género.(23)

El hecho de que más del 33% de los niños indígenas tienen desnutrición, incidirá en su crecimiento siendo vulnerable y guardando correlación con la mortalidad infantil. **(23)**

Con este estudio se verificara que porcentaje de niños de 6 a 23 meses de edad, tienen grados de desnutrición, al no ser un municipio priorizado en el Programa desnutrición 0 del Departamento de La Paz en ninguna de sus 2 fases.

CAPITULO II - MARCO TEORICO

1.- Marco Situacional:

a) Delimitación geográfica.

El pueblo indígena de Eyiyoquibo o EsseEjja que se encuentra en el municipio de San Buenaventura, Segunda Sección de la Provincia Abel Iturralde se encuentra ubicado al norte del Departamento de La Paz, entre las coordenadas 13° 47' 12,48"y 14° 35' 44,03" de latitud sur, abarcando poco más de un grado geográfico. Se encuentra en el hemisferio occidental, entre los meridianos 67° 27' 27,25" y 68° 04' 54,40" de longitud oeste de Greenwich
Piso Ecológico. (7)

La comunidad indígena de Eyiyoquibo presenta una temperatura cálida que se comporta con relativa homogeneidad en el espacio y cierta estacionalidad en el tiempo. La temperatura media anual es de 25,7 °C, con las máximas temperaturas en octubre y las mínimas en julio. Respecto a la precipitación, se distingue también una estacionalidad temporal que define la "época de lluvias" (noviembre a marzo), y la "época seca" (abril a octubre) donde las precipitaciones se reducen hasta 80 mm en agosto. (7)

La humedad relativa se mantiene alta durante los meses de diciembre a junio (85%), mientras que de julio a noviembre se reduce hasta 73%. (7)

La altura varía entre 171 y 1.251 msnm, siendo el punto más bajo al norte, cerca del Río Beni y el más alto, en la Serranía de Hurehuapo, se encuentra a 481 km. de la ciudad de La Paz. (7)

b) Población.

El pueblo indígena de Eyiyoquibo cuenta con una población de 228 habitantes (jóvenes 12, hombre casado 57, mujer casada 50, niños 108), que corresponden a comunidades indígena-originarias EsseEjja.

c) Límites del pueblo indígena de eyiyoquibo essejja

Se encuentra ubicado al norte del Departamento de La Paz, a 2 km (apie 25 minutos y moto 8 minutos desde la plaza principal), del municipio de San Buenaventura, que se encuentra a 481 km. de la ciudad de La Paz.

-
- AL Norte delimita con la zona de buen retiro
 - Al Sur con la urbanización Juan Evo Morales
 - Al Este con rio Beni
 - Al Oeste con rio Beni (7)

d) Antecedente Histórico

Esta comunidad también llamada Esseejja habito por años en la frontera en el noreste de Bolivia y sudoeste del Perú, cerca de los ríos Heath y Tambopata. Entre los siglos XVII y XIX los Esseejja tuvieron esporádicos contactos con el mundo occidental. Recién en la primera década del siglo XX, se conoció un poco más sobre este grupo indígena a partir de algunas expediciones de científicos naturistas y de militares. (7)

e) Identificación del Centro de Salud San Buenaventura

El centro de Salud Hospital San Buenaventura se ubica en la zona 16 de Julio, delimitada al norte por la UMSS, Sur calle Guachalla, Este por Av. 16 de julio y oeste por UMSS. Cuenta con servicios implementados de: ginecología, cirugía, pediatría, dermatología, medicina interna, anestesiología, neonatología, ecografía, laboratorio, quirófano, Rx, odontología. Infraestructura inadecuada, con servicio de internación para 10 pacientes.

2.- Marco Conceptual:

En Bolivia la política de seguridad y soberanía alimentaria se ve expresada en el Plan Nacional de Desarrollo Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para “Vivir Bien” aprobado mediante DS N° 29272 de septiembre del 2007. (8)

Dentro de las Estrategias, Políticas y Acciones de Seguridad Alimentaria para las poblaciones indígenas que viene ejecutando la Comunidad Andina; Bolivia la viene sustentando en el Plan de desarrollo 2006-2011 (DS N° 29272, de septiembre del 2007) que busca garantizar que la población cuente con alimentos en forma permanente, cabe destacar la prioridad dada por Bolivia a la consolidación de sistemas productivos y alimentarios en el área rural, eficientes, diversificados, tecnificados y ecológicamente sustentables. (8)

Siendo sus componentes o pilares:

- Expansión del rol del estado
- Industrialización de los recursos naturales
- Modernización y tecnificación de la pequeña y mediana producción rural
- Producción para satisfacer el mercado interno y luego la exportación
- Distribución de la riqueza generada como resultado de las actividades agropecuarias.

Siendo sus objetivos y metas al 2011:

- Pobreza moderada: reducir la tasa del 58.9% en el 2005 a 49,7% el 2011
- Pobreza extrema: reducir tasa de 35% en el 2005 a 27,2% el 2011
- Tasa de Desnutrición: 0 al 2011
- población alfabetizada: 1,23 millones al 2011
- Viviendas con agua potable 1.92 millones de habitantes al 2011
- Viviendas con servicios de saneamiento: 2.06 millones de habitantes al 2011**(8)**

Para lograr estas metas se han conformado El Consejo de Alimentación y Nutrición (CONAN) (DS 28667 abril del 2006) encargada de coordinar la participación del sector público y sociedad civil para formulación difusión y seguimiento de políticas de alimentación y nutrición y a nivel descentralizado por el CONAMES (Consejos de alimentación y nutrición municipales)Bolivia elaboro 3 políticas principales sobre seguridad alimentaria para poblaciones indígenas

1.-transformacion de la estructura y tenencia y de acceso a la tierra: con saneamiento y distribución de tierras a pueblos indígenas.

2.- Dinamización de las capacidades de nuevas comunidades y territorios: fomento a autogestión de TCO y su desarrollo económico.

3.- Afianzamiento del ejercicio de derechos de los pueblos indígenas y originarios implementando un marco normativo para los derechos indígenas.**(8)**

Para sustentar estas estrategias se han creado programas y proyectos, siendo estos los siguientes:

-Programa Multisectorial desnutrición 0: cuyo objetivo es erradicar la DNT hasta 2010 en niños/as < de 5 años, mujeres embarazadas y madres en lactancia.

-Programa de Apoyo a la Seguridad Alimentaria PASA

-Programa CRIAR: Creación de Iniciativas Alimentarias Rurales

-Programa RECREAR: Reconducción del Rol del Estado en Emprendimiento de Alimentos

-Programa EMPODERAR. Emprendimientos Organizados para el Desarrollo Rural Autogestionario.

-Proyecto de Desayuno y Almuerzo

Programa Multisectorial Desnutrición 0: tiene como objetivo central la erradicación de la desnutrición en niños/as < de 5 años en el 2010. Su estrategia se caracteriza por la ejecución de intervenciones multisectoriales que parten del gobierno central e involucran a los gobiernos departamentales, municipales y la sociedad civil. El programa viene siendo implementado en dos fases: la primera fase comprende 52 municipios, la segunda fase incluye 114 municipios, siendo estos priorizados de acuerdo al índice del Mapa de Vulnerabilidad para la Seguridad Alimentaria.

El programa ha previsto lograr en el año 2010 las siguientes metas:

- Reducir a 0% la DNT crónica en niños/as menores a 2 años .
- Reducir en 5% la muerte de niños hospitalizados por DNT aguda en grado severo.
- Reducir de 78% a 40% la anemia en niños/as de 6-23 meses
- Reducir 5% el riesgo de desordenes por deficiencia de yodo

Con esta finalidad se ha creado el Bono Juana Azurduy el cual beneficia a las madres embarazadas y niños menores de 1 año.

Los resultados esperados del programa al año 2010 son:

- 50% familias alimentan adecuadamente a sus niños menores de 2 años.
- 90% de los municipios tiene comités de actores sociales que realizan actividades orientadas a las determinantes sociales de la salud y nutrición.
- 80% de los establecimientos de salud pública aplican apropiadamente las normas y procedimientos promovidos por el programa.
- 70% de municipios han ejecutado recursos económicos en actividades relacionadas con alimentación y nutrición. **(8)**

De acuerdo a la Cumbre Mundial sobre la Alimentación (Roma, 1996), existe seguridad alimentaria cuando todas las personas tienen en todo momento acceso físico y económicosuficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades nutricionales ysus preferencias alimentarias a fin de llevar una vida activa y sana. El que un país tengauna disponibilidad global de alimentos suficiente para cubrir las necesidades de su población, no garantiza que todas las familias disfruten de seguridad alimentaria. Esta depende de diversos factores económicos, geográficos, sociales y culturales, que afectan el acceso físico a los alimentos y la capacidad de las familias para comprarlos o producirlos.

Los problemas de inseguridad alimentaria son especialmente frecuentes en algunos países de Centroamérica y el área andina de América del Sur. Sin embargo, en todos los países latinoamericanos existen zonas y grupos de población particularmente expuestos, cuya precaria situación alimentaria se asocia con altas tasas de mortalidad infantil, elevada prevalencia de desnutrición, anemia y otras deficiencias nutricionales. Alcanzar la seguridad alimentaria se convierte así en una meta indispensable para mejorar la calidad de vida de millones de personas que sufren de hambre en la Región.

Asegurar la disponibilidad de alimentos para cubrir las necesidades de la población del país, es responsabilidad del gobierno central, sea cual sea el modelo político y económico imperante. A nivel comunal o municipal, corresponde a las entidades de gobierno local asumir, además de las responsabilidades que le son delegadas desde el nivel central, las funciones que le permitan contribuir a la satisfacción de las nece-

sidades y la solución de los problemas de la población asignada a su espacioterritorial.

La institución típica de gobierno local en la organización político administrativa de los países de la Región, es el municipio, el que ha tenido diversas modalidades de acción y diferentes niveles de influencia y significación en los distintos períodos de la historia.

Las principales funciones del gobierno municipal contemporáneo son: representar a la comunidad local, actuando públicamente en su nombre frente al Estado y a los particulares que lo componen, y satisfacer las necesidades de la colectividad, entre las cuales la seguridad alimentaria ocupa un lugar preeminente.

En el marco de la delimitación de funciones asignadas a los municipios, incorporar componentes alimentario nutricionales y educativos en los proyectos de desarrollo comunitario y en los proyectos productivos, puede resultar más bien un asunto de voluntad política, coordinación y complementación de las funciones existentes, que de la implementación de nuevas acciones, siguiendo el Plan sectorial Revolucionario Rural, Agraria y Forestal.

Si bien los municipios tienen atribuciones para desarrollar iniciativas propias, se reconoce que una de sus dificultades para concretar programas y proyectos que contribuyan a aumentar la seguridad alimentaria familiar es la falta de recursos. Sin embargo, pueden promover y gestionar la obtención de recursos de otras fuentes gubernamentales, privadas e internacionales, y prestar el apoyo necesario para la formulación de programas y proyectos que contribuyan a lograr los objetivos del plan de acción para la seguridad alimentaria del municipio, garantizando además su seguimiento y evaluación, tanto a los organismos que financian, como a la comunidad interesada en el logro de metas que contribuirán a su bienestar.

2a) Seguridad alimentaria y nutrición de la comunidad

En el hogar, la seguridad alimentaria se refiere a la capacidad de las familias para obtener, ya sea produciéndolos ellas mismas o comprándolos, alimentos suficientes, variados e inocuos para cubrir las necesidades nutricionales de todos sus miembros. Aunque el disponer de una cantidad suficiente de alimentos constituye una condición necesaria para garantizar niveles satisfactorios de nutrición a todos los miembros de un

hogar, el estado nutricional de cada individuo también depende de otros factores sociales, culturales y de higiene ambiental y de los alimentos.

Los problemas de inseguridad alimentaria pueden ser de carácter permanente o temporal, dependiendo de si sus causas son de tipo estructural o coyuntural. Las soluciones que se propongan deberán considerar este aspecto.

En el ámbito urbano, la inseguridad alimentaria se relaciona con la baja capacidad de compra, producto de ingresos insuficientes e inestables por falta de empleo o precariedad del mismo; condición asociada a la falta de capacitación laboral característica de los sectores pobres. A estos elementos se suma, en las grandes ciudades, la lejanía entre los lugares de trabajo y residencia y el costo del transporte público.

La pobreza rural, más aguda que la urbana, está estrechamente asociada a la escasez y deterioro de los recursos naturales. Las familias cuya seguridad alimentaria depende de su propia producción de alimentos, habitualmente son también aquellas que, por condiciones impuestas por la pobreza, disponen de recursos productivos limitados en cantidad y calidad. En ocasiones, las condiciones climáticas adversas (sequías, heladas) derivan en problemas de inseguridad alimentaria de carácter temporal.

En muchos países de la Región, la producción de cultivos de exportación, es considerada en la actualidad una manera efectiva de generar divisas y simultáneamente elevar los ingresos de la población rural pobre, a través del aumento del empleo. Esta estrategia, en la mayoría de los casos representa un incremento de la seguridad alimentaria a nivel del hogar. Sin embargo, estudios realizados en varios países de África, Asia y América Central, han observado que el aumento del ingreso familiar se ha traducido en una mayor variedad de la dieta, más que en un aumento de la ingestión de calorías, especialmente de los grupos biológicamente vulnerables (preescolares, ancianos, embarazadas, nodrizas).

Por otra parte, el empleo que genera la actividad exportadora es casi siempre de carácter temporal, y como tal, no garantiza estabilidad en el abastecimiento de alimentos para la familia, aspecto esencial para el logro de la seguridad alimentaria. Otras estrategias a las que las poblaciones pobres recurren frente a situaciones de escasez de alimentos, son el trueque, la recolección de vegetales y animales silvestres y la obtención de alimentos a cambio de trabajo.

La niñez indígena del país se ve más afectada por la pobreza (83% de niños y niñas indígenas entre 0 y 5 años¹⁹). En este contexto, debido a su doble exclusión por género y por étnia, las mujeres pertenecientes a un grupo étnico enfrentan severas restricciones e injusticias económicas y socio-culturales. Las monolingües son analfabetas y las bilingües presentan bajos niveles de instrucción, estando insertas en estratos ocupacionales de baja productividad y remuneración²⁰. En el caso de las condiciones de salud, visto a través de algunos indicadores disponibles, se aprecia un comportamiento similar, desfavorable para la población indígena. **(16)**

2 b) Salud y el concepto intercultural

El concepto de cultura aplicado al campo de la salud constituye un eje neurálgico en el análisis de los factores sociales involucrados en cualquier proceso de salud y enfermedad. A través del reconocimiento de las diferencias y similitudes culturales entre proveedores y usuarios es posible comprender el nivel y el carácter de las expectativas de cada cual tiene del proceso, las percepciones de salud y enfermedad, los patrones con que se evalúa la calidad, y el resultado de la acción terapéutica, y el despliegue de diversas conducta frente a la enfermedad. La enfermedad, sufrimiento y muerte, así como la motivación por conservar la salud son hechos considerados biológicos y sociales universales. Todos los grupos humanos han desarrollado estrategias para enfrentar y prevenir enfermedades a través de un sistema médico que proporcione acciones necesarias para recuperar la salud, procurar el bienestar y al mismo tiempo otorgue una explicación consistente al fenómeno de enfermedad. **(15)**

2 c) Análisis de la situación alimentaria y nutricional de la población del municipio

Para la elaboración de un plan municipal orientado a mejorar la seguridad alimentaria, es necesario contar con un diagnóstico de la situación alimentario nutricional de la población perteneciente al área jurisdiccional del municipio, el cual debe considerar los diversos aspectos que determinan esta condición. Esta información puede ser recopilada y analizada por una comisión de carácter permanente, cuyo funcionamiento será coordinado por el área social del municipio. Para agilizar la gestión de esta comisión, conviene tener un diagnóstico que identifique claramente los grupos en riesgo y las causas del riesgo, como se expone a continuación.

2 d) Identificación de los grupos en riesgo de inseguridad alimentaria

Se denomina grupo en riesgo de inseguridad alimentaria, a los grupos de familias que en forma permanente o temporal, tienen una alimentación insuficiente para cubrir sus necesidades o están expuestos a caer en esa situación.

A nivel nacional, los grupos en situación de pobreza son considerados en riesgo alimentario nutricional.

Sin embargo, es necesario precisar que entre los pobres, existen condiciones particulares que influyen en la intensidad del riesgo. La forma de distribución del ingreso, el nivel de ruralidad, el grado de marginalidad urbana y la existencia de grupos poblacionales marginados por razones étnicas o culturales, son elementos que determinan la mayor vulnerabilidad de ciertos grupos, que deben ser identificados a la hora de diseñar planes, programas o proyectos de seguridad alimentaria.

Uno de los criterios nutricionales utilizados para la identificación de un grupo en riesgo, es considerar como tal a aquel que no tiene la capacidad para cubrir el 80% de sus necesidades energéticas o calóricas con la alimentación habitual.

Aplicar este criterio a individuos y poblaciones, significa contar con información sobre el consumo efectivo de alimentos, en relación a sus necesidades nutricionales específicas. Esta información es escasa y su obtención mediante la aplicación de encuestas es de alto costo, por lo que éstas se utilizan sólo en casos muy justificados.

Para los municipios, la identificación de los grupos en riesgo, su caracterización económica, social y cultural y la determinación de las causas que condicionan su situación, permite la focalización de acciones en pro de la seguridad alimentaria en las personas que más lo necesitan, optimizando el uso de los recursos disponibles.

A nivel local, es posible utilizar distintos métodos para la identificación de los grupos en riesgo, dependiendo de la cantidad y calidad de la información disponible en el municipio y otras organizaciones locales; de la existencia de diagnósticos previos; del grado de desarrollo comunitario local, etc. Cualquiera sea el método que se utilice, éste deberá realizarse en forma participativa.

La participación de la comunidad interesada en iniciar un proyecto de desarrollo local, es la forma más efectiva de identificar sus problemas, debilidades, fortalezas y los

recursos locales posibles de utilizar en su propio beneficio. La obtención de información de los miembros de la comunidad puede realizarse a través de reuniones y talleres participativos en los que se emplean técnicas de visualización, lluvias de ideas, dramatizaciones y juegos de roles. También pueden realizarse entrevistas semiestructuradas individuales o en grupo para completar la información (Guía de proyectos participativos de nutrición, FAO 1995).

Cuando se aplican métodos participativos, los grupos deben representar plenamente a la comunidad, incluyendo a personas que trabajen en estrecho contacto con ella, como los maestros, los equipos de salud, representantes de la iglesia, etc. Los técnicos del municipio pueden trabajar en coordinación con agentes de desarrollo local y líderes de la comunidad, moderando las discusiones de los participantes en las reuniones, ayudándolos a priorizar sus problemas y asesorándolos en la toma de decisiones apropiadas y realistas, de acuerdo a los recursos disponibles.

Inicialmente, la identificación de los grupos en riesgo de inseguridad alimentaria, debe apoyarse en información que debería estar disponible en el municipio. A continuación se detallan algunas formas de identificación de grupos vulnerables que pueden ser empleadas en forma exclusiva o complementaria como base de apoyo para el trabajo participativo:

2 e) Identificación indirecta, por área geográfica o por actividad

Una forma de identificar grupos en riesgo de inseguridad alimentaria e implementar acciones para su solución dentro de los municipios, es la de establecer en qué lugares habitan los grupos más pobres de su población y qué tipo de actividades realizan preferentemente.

La asignación de beneficios o implementación de acciones para el logro de la seguridad alimentaria por este mecanismo, se puede hacer de diferentes formas:

- seleccionando dentro del mapa comunal sectores geográficos (unidades vecinales, barrios, aldeas, según sea el caso) donde se concentran los grupos pobres que requieren con más urgencia la atención del municipio;
- aplicando medidas que estimulen la realización de ciertas actividades productivas que realizan los grupos más pobres dentro del municipio (agricultura de subsistencia, elaboración de productos artesanales en el hogar, etc.).

La ventaja de esta modalidad es su sencillez: no requiere de métodos de evaluación individual del riesgo y facilita la estimación del presupuesto, ya que el tamaño de la población beneficiaria es fácil de calcular. Sus desventajas son que puede no ser muy precisa y ser políticamente sensible. Esto dependerá de la heterogeneidad de la población seleccionada: un grupo o un sector geográfico determinados pueden ser básicamente pobres, pero en él pueden vivir familias con mayores recursos, lo que puede desviar parte de los beneficios a grupos que no los necesitan. Mientras más pequeña es una unidad geográfica, menor es esta desviación.

2 f) Uso de la información existente en el municipio

Las principales fuentes de información que la municipalidad puede utilizar para identificar los grupos en inseguridad alimentaria son:

- Los censos de población, que la mayoría de los países realizan con una periodicidad establecida (por ejemplo cada diez años). La información del censo en general tiene la suficiente desagregación como para ser útil a nivel local. Los datos sobre vivienda, demografía, educación, ingresos, entre otros, son de gran utilidad para identificar grupos en riesgo.
- Las encuestas de clasificación socioeconómica de la población, realizadas en algunos países, proveen de un buen nivel de información social, económica y educacional para la focalización de acciones de seguridad alimentaria.
- Los centros de salud, las escuelas y los jardines o guarderías infantiles habitualmente disponen de información que permite clasificar el estado nutricional de sus beneficiarios, la que puede ser utilizada para segmentar la población de acuerdo a la satisfacción de sus necesidades nutricionales.
- Los datos recogidos por los sistemas de vigilancia alimentario nutricional, sobre el estado nutricional de la población infantil, pueden ser de gran utilidad si, junto con los antecedentes antropométricos, se ha recolectado información socioeconómica de sus hogares.

Esta información puede ser analizada y utilizada en conjunto por los técnicos de los Consejos Municipales de Salud, cuya constitución es intersectorial en gran parte de los municipios de la Región, y los miembros de la comunidad, permitiendo ahorrar tiempo y dinero, en especial cuando se aprovecha la experiencia en el desarrollo de criterios para

la identificación de beneficiarios y la focalización de acciones de los programas de algunos sectores, como por ejemplo la alimentación escolar.

2 g) Entrevistas a informantes calificados de la comunidad

Es una metodología aplicable en las condiciones habituales de los municipios de la Región, propuesta por la FAO y empleada en el Proyecto de Configuración de Grupos en Riesgo de Inseguridad Alimentaria en América Latina y el Caribe. Consiste en identificar los grupos en riesgo de inseguridad alimentaria mediante entrevistas dirigidas a informantes calificados. Este método, si bien permite caracterizar los grupos, no permite cuantificar el número de personas expuestas a riesgo.

Los informantes calificados deben ser personas vinculadas al ámbito comunal, que conozcan muy de cerca la realidad local, como los agentes de desarrollo local, maestros, miembros del equipo de salud, extensionistas agrícolas en el ámbito rural, profesionales de organizaciones no gubernamentales (ONG), sacerdotes y pastores, autoridades municipales, líderes comunitarios, etc.

El método se basa en entrevistas que pueden realizarse en forma directa, por entrevistadores entrenados o a través de cuestionarios a ser contestados por escrito por los informantes seleccionados.

Cuando se entrevista verbalmente a informantes analfabetos o de grupos indígenas, los entrevistadores deben ser capacitados sobre la mejor forma de llegar a ellos y adaptar el lenguaje al usado en la localidad. Si se trata de un cuestionario para ser contestado por miembros de organizaciones de base, debe ser corto, preciso y expresado en un lenguaje de fácil comprensión.

Para una buena identificación de los grupos, se debe instruir a los miembros del municipio y de la comunidad responsables de esta tarea, sobre la necesidad de llegar a una caracterización detallada de ellos. La mecánica a seguir consiste en la determinación inicial de grandes grupos (pescadores artesanales, minifundistas, trabajadores por cuenta propia, etc.) y luego, de acuerdo a algunas características preestablecidas, subdividirlos en grupos más pequeños. Es aconsejable no superar los cuatro niveles de detalle. Por ejemplo: trabajadores por cuenta propia, de sexo femenino, con muchos dependientes de corta edad, etc.

Algunas características que conducen a particiones finas dentro de grupos grandes de población, son:

- Entorno físico (rural, urbano, costero, altiplánico)
- Tipo de producción (auto subsistencia, comercial)
- Situación del empleo (formal, informal, temporal)
- Sexo del jefe de hogar
- Nivel educacional del jefe del hogar
- Origen étnico de la familia
- Tamaño del hogar, número de dependientes
- Situación previsional (sin previsión, jubilado)
- Acceso a servicios de salud (gratuitos, pagados)

En los recuadros se presentan dos ejemplos de definición y caracterización de grupos en riesgo, por medio de entrevistas a informantes calificados.

Taller participativo con 36 integrantes de la comunidad e informantes calificados: funcionarios de organizaciones públicas, representantes de iglesias, ONG y organizaciones locales.

Grupo identificado: pequeños productores agrícolas de una localidad rural de Nicaragua.

Razones para considerarlos en riesgo de inseguridad alimentaria:

- Falta de financiamiento
- Fenómenos naturales adversos
- Falta de asistencia técnica
- Falta de legalización de tierras
- Falta de insumos
- Tierras no aptas para la agricultura
- Desempleo

Los pequeños agricultores de esta localidad presentan las siguientes características generales:

- 100% de los jefes de hogar se dedica a la agricultura y la ganadería
- El empleo es de tipo ocasional
- En un 79,2 % de las familias sus miembros ayudan en las labores agrícolas
- producen granos básicos, ajonjolí y productos ganaderos

-
- El ingreso promedio familiar mensual es de US\$ 42
 - Alimentación base: arroz, maíz y frijol; ocasionalmente complementan su dieta con algunos productos lácteos y carne
 - Nivel educacional: primaria incompleta; altos índices de analfabetismo
 - Alta prevalencia de enfermedad diarreica aguda, enfermedades respiratorias agudas, Parasitosis, malaria, cólera, dengue, etc.
 - 50 % de los menores de 5 años presenta déficit de peso para la edad y 25% está en situación de riesgo nutricional (en una muestra de la población)
 - 85,7 % de los niños entre 6 y 15 años presenta déficit de talla para la edad

2 h) Identificación de las causas de los problemas alimentarios y nutricionales

Los municipios podrán lograr un quehacer exitoso si, además de identificar los grupos en riesgo de inseguridad alimentaria y nutricional, analizan las causas del problema y proponen, en conjunto con la comunidad, soluciones realistas y factibles que sean aceptadas por ésta.

Es importante recordar que los problemas relacionados con la inseguridad alimentaria, son el producto de la interacción de muchos elementos y consecuentemente, en su análisis debe incluirse un amplio espectro de factores culturales, sociales, político-administrativos, económicos y técnicos, aspecto fuertemente favorecido por el trabajo participativo.

La identificación de las causas del problema de inseguridad alimentaria dependerá de la información disponible sobre los grupos en riesgo, del contacto que exista entre el municipio y la comunidad, de la relación del municipio con los servicios de la red social (municipalización o no de los servicios), de la capacidad técnica del municipio, de los recursos existentes, etc.

Cuando se cuenta con suficiente información (censos, encuestas de hogares, fichas de caracterización socioeconómica, etc.), las causas de los problemas son fácilmente detectables, siempre que el municipio disponga de los recursos humanos y materiales para analizarla y la comunidad tenga conciencia de ellos y esté dispuesta a solucionarlos en forma compartida. Cuando los servicios de la red social son canalizados a través del municipio, el vínculo entre quienes administran los servicios y la comunidad, favore-

ce la comunicación y potencia las capacidades de todos para definir las causas de los problemas y buscar soluciones realistas, eficaces y creativas.

Los modelos de análisis causal, o esquemas que muestran la red de factores que condicionan los problemas alimentarios y nutricionales en un contexto determinado, contruidos por un equipo interdisciplinario e intersectorial, con participación de representantes de la comunidad, ayudan a identificar los distintos factores socioeconómicos, biológicos y ambientales y permiten clarificar el papel que deben cumplir los distintos sectores, facilitando la identificación de prioridades, la toma de decisiones y la coordinación.

Los pasos a seguir para confeccionar un modelo de análisis causal son:

1. Definición del problema central:

La definición correcta del problema central es un paso fundamental para lograr que sus causas sean más claramente visualizadas. Por ejemplo, el problema central que afecta a ciertas familias de una zona rural es la desnutrición.

2. Definición de las causas del problema central:

La confección de un modelo de análisis causal partiendo de la identificación de un problema central, debe conducir, en primer lugar, a identificar sus causas directas; es decir la relación directa causa-efecto. Por ejemplo: una causa de la desnutrición es la falta de alimentos para cubrir las necesidades de la familia.

3. Definición de causas sucesivas:

A continuación, se debe(n) determinar la(s) causa(s) de la causa directa. Por ejemplo: falta de dinero para comprar alimentos y falta de tierra para producirlos. Se continúa estableciendo las relaciones sucesivas, llegándose a generar un árbol de problemas con muchas ramificaciones o cadenas causales.

4. Diferenciación de los problemas:

Una vez que el modelo está terminado, el equipo responsable debe identificar las áreas en las que el municipio puede intervenir en forma directa o a través de otras instituciones relacionadas.

2 i) Causas de inseguridad alimentaria familiar en una zona rural

- baja disponibilidad y consumo de alimentos en la familia
- suelos no aptos para cultivos
- mal manejo del recurso suelo
- falta de conocimientos
- falta de insumos
- actividades estacionales
- baja capacitación laboral
- alta demanda por trabajo
- no se generan excedentes para la venta
- los productos no tienen mercado
- baja productividad del suelo
- uso de tecnologías inadecuadas
- falta de empleos permanentes
- bajos salarios
- bajos ingresos por venta de productos
- aislamiento geográfico
- escaso recurso suelo
- bajo rendimiento de los cultivos
- bajos ingresos
- alto precio de alimentos
- baja capacidad de compra de alimentos
- baja producción para autoconsumo

2 j) Identificación de soluciones a los problemas detectados

Los distintos factores condicionantes de los problemas identificados en el modelo de análisis causal, representan también la oportunidad para identificar las áreas en las que el municipio puede intervenir, a través de acciones concretas y proyectos específicos. Por ejemplo, cuando se analizan los factores determinantes del bajo consumo de

alimentos en un segmento de la población rural, una de las responsabilidades del municipio es contribuir a la generación de ingresos en la población expuesta, para lo cual puede desarrollar acciones de corto plazo, tendientes a facilitar la obtención de empleo a los jefes de hogar; o promover estrategias de mediano y largo plazo, a través de la capacitación laboral, el desarrollo de proyectos de microempresas, agroindustrias y otros, que tiendan a la progresiva autosuficiencia de las personas para satisfacer sus necesidades y las de sus familias.

El resultado del ejercicio de análisis de las causas de un problema, es una lista de acciones que deben apuntar a su solución en forma concreta. Estas acciones deben examinarse bajo los siguientes aspectos:

- ¿Son acciones que corresponde realizar al municipio?
- ¿Son acciones que el municipio puede apoyar, si no le corresponde hacerlas directamente?

En caso de serlo:

- ¿Son factibles de realizar desde el punto de vista social, cultural, político y económico?
- ¿Qué acciones son simultáneas y cuáles son secuenciales?
- ¿Cuáles son de corto, mediano o largo plazo?

Las respuestas a estas preguntas permitirán identificar las líneas de acción posibles de incorporar a un plan de acción comunal, para mejorar la seguridad alimentaria y nutrición de las familias del municipio. Una vez que se toma la decisión de realizar determinadas acciones, éstas se pueden abordar a través de uno o más proyectos, los que a su vez formarán parte del plan de acción global del municipio. (4)

2 k) Resultados del estudio en el Estado Plurinacional de Bolivia

A. Antecedentes socioeconómicos y nutricionales

En el año 2005 el producto interno bruto del Estado Plurinacional de Bolivia alcanzó a 9.441 millones de dólares, los que a la luz de los 9 millones de habitantes suponen 1.001 dólares per cápita (equivalentes aproximadamente a 1.025 dólares del 2000). Hacia el año 2006 el crecimiento del PIB superó en 1,7 puntos porcentuales la tasa de crecimiento de la década, elevándose así también el PIB per cápita en 2.5%. Desde el año 2000 la tasa de crecimiento del país ha ido en alza, luego de los negativos efectos

que tuvo la crisis internacional en el período 1999 a 2001 en que llegó a tasas negativas de crecimiento.

Al analizar otros indicadores económicos se aprecia que la tasa de desempleo en el Estado Plurinacional de Bolivia se ha mantenido relativamente constante entre el año 2000 y 2006 en que llegó a 8%. Por otra parte, el índice de precios al consumidor no ha presentado una variación significativa en los últimos tres años. El alza en los precios que se produce desde 2001 se debe en su primera etapa a la devaluación del boliviano respecto al dólar, en el 2003 son causados por el desabastecimiento generado por la crisis, mientras que en el año 2004 sería consecuencia del alza de precios de combustibles y desabastecimiento de diesel.

A lo anterior se suma el que el Estado Plurinacional de Bolivia es uno de los países que presenta mayores índices de pobreza e indigencia en la región (CEPAL, 2005). Acorde con la Encuesta Continua de Hogares 2004 la incidencia de la pobreza llegó a 63,9% de la población, siendo mayor en zonas rurales (80,6%), en tanto, la indigencia, alcanzó 34,7 llegando a 59% en zonas rurales.

De acuerdo con la última estimación disponible (ENDSA, 2008), 6% de los niños y niñas de 1 a 59 meses de vida presenta desnutrición en las categorías “moderado” y “severo” debajo peso para la edad. Aun cuando en el Estado Plurinacional de Bolivia se observan avances significativos respecto a mediciones anteriores, persiste una alta vulnerabilidad.

En el caso de los recién nacidos, algo más de cinco de cada 100 menores presentan bajo peso al nacer y 0,01 de cada 100 tiene restricción de crecimiento intrauterino.

Aun cuando la falta de información representativa, no permite profundizar el análisis de la situación nutricional de la mujer embarazada, al igual que en otros países de la región, datos extraoficiales indican que este grupo también presenta serios problemas de desnutrición, reflejando así el ciclo de la desnutrición desde la vida intrauterina.

En cuanto a la evolución del riesgo de desnutrición durante los primeros años de vida, tal como lo destacan distintos estudios en la región, el problema en el Estado Plurinacional de Bolivia tiene una fase de crecimiento significativo en los primeros 24 meses de vida, con un posterior descenso y estabilización en el resto de la etapa preescolar.

Cabe consignar a su vez, que la población más vulnerable la componen los menores indígenas que viven en zonas rurales. Sin embargo, este mayor riesgo no debe hacer olvidar los volúmenes de población desnutrida que viven en zonas urbanas.

La tasa de desnutrición global en el Estado Plurinacional de Bolivia en 14 años ha tenido un descenso sostenido, con mayor intensidad a partir del año 1994, permaneciendo relativamente estable desde 1998 (sobre un 6%).

En contrapartida a los problemas de desnutrición, entre los años 2000 y 2005 Bolivia destinó en torno al 18,6% de su PIB al gasto público social, con un promedio de 7,2% en educación y 3,6% en salud, representando ambos el 58% del total. En relación al PIB de cada año, desde 1990 el gasto público social total se incrementó en 48,2% (36% en educación y 8% en salud).

En el ámbito de institucionalización de la política alimentaria en el Estado Plurinacional de Bolivia, es posible destacar importantes avances en los últimos años.

El 8 de mayo de 2003, mediante D.S. 27029, se crea el Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición (CONAN), como organismo encargado de impulsar y coordinar la participación interinstitucional e intersectorial para la formulación y seguimiento de las políticas nacionales de alimentación y nutrición.

El CONAN inicialmente estuvo conformado, además de invitados o representantes de otras instituciones, por miembros de las siguientes instituciones: Presidencia de la República a través del despacho de la Primera Dama de la Nación, Ministerio de la Presidencia, Ministerio de Hacienda, Ministerio de Desarrollo Sostenible, Ministerio de Desarrollo Económico, Ministerio de Educación, Ministerio de Salud y Deportes, Ministerio de Trabajo y el Ministerio de Asuntos Campesinos, Indígenas y Agropecuarios.

El 5 de abril de 2006, se reposiciona el CONAN, mediante el D.S. 28667, con el objeto de impulsar y coordinar la participación de las instituciones del sector público y la sociedad civil para la formulación, difusión y seguimiento de las Políticas Nacionales de Alimentación y Nutrición, promoviendo la elaboración de la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, orientada a la promoción del derecho humano a la alimentación adecuada y la erradicación de la desnutrición.

El CONAN está presidido por el Presidente de la República y conformado por los Ministros de las siguientes carteras de Estado: Presidencia; Planificación del Desarrollo; Hacienda; Salud y Deportes; Desarrollo Rural, Agropecuario y Medio Ambiente; Edu-

cación y Culturas; Producción y Microempresa; Agua; Justicia y representantes de la Sociedad Civil. A la fecha, se encuentra en proceso de aprobación un nuevo proyecto de Decreto Supremo que incluya los Ministerios de Trabajo y Obras Públicas, haciendo un total de 11 ministerios.

Las principales atribuciones del CONAN, propuestas en el proyecto de Decreto Supremo, son:

- Promover la elaboración e implementación de la Política Nacional de Soberanía y Seguridad Alimentaria Nutricional.
- Impulsar y coordinar la participación interinstitucional e intersectorial.
- Gestionar los recursos necesarios para la implementación y seguimiento de la Política Nacional de Seguridad Alimentaria Nutricional.
- Efectuar el seguimiento, monitoreo y evaluación de la ejecución del Plan Nacional de Soberanía y Seguridad Alimentaria Nutricional.
- Proponer otras políticas, estrategias, programas y proyectos intersectoriales nacionales y regionales, en coordinación con las instancias departamentales y municipales orientados al logro de los objetivos del Plan Nacional de Soberanía y Seguridad Alimentaria Nutricional.
- Instruir la conformación de comisiones técnicas para el tratamiento de temas específicos de soberanía y seguridad alimentaria.

B. Efectos y costos de la desnutrición global en 2005: Análisis de la dimensión incidental retrospectiva

Como se indica en la metodología elaborada para estos estudios, a través de esta dimensión se estiman y analizan los efectos y costos en educación, salud y productividad que genera la desnutrición en un año específico, en este caso el 2005.

1. Desnutrición y salud

1.1 Los efectos en salud

La desnutrición, a temprana edad, predispone a las personas, a un mayor riesgo de morbilidades, así como también a mortalidad, lo que se puede analizar a través de los diferenciales de probabilidad.

Para estimar dichos efectos se ha recurrido a datos provenientes de seguimientos epidemiológicos y estadísticas oficiales de salud del país, complementados con información de estudios de caso y mediante entrevistas a especialistas nacionales.

1.1.1 Morbilidad

En el Estado Plurinacional de Bolivia, los efectos de la desnutrición en las tasas de morbilidad de las distintas patologías asociadas habrían significado 24 mil casos extras en 2005.

Entre estos, destacan las enfermedades diarreicas agudas (EDA) con casi 10 mil casos, las infecciones respiratorias agudas (IRA) con 643 casos y la anemia ferropriva con algo más de 13 mil, situación que se deriva de las diferencias de prevalencia.

A lo anterior se suman las patologías propias de las deficiencias nutricionales críticas en calorías y proteínas, como son el marasmo y kwashiorkor, que en el 2005 habrían sumado 4.630 casos, convirtiendo al Estado Plurinacional de Bolivia en el segundo país de la región con la mayor cantidad de casos reportados.

1.1.2 Mortalidad

Varias son las patologías a través de las cuales la desnutrición afecta la mortalidad, entre las que se destacan: diarrea, neumonía, malaria y sarampión. A fin de limitar los errores derivados de la calidad de los registros oficiales de causas de muerte, para estimar la situación en cada país se consideraron las estimaciones realizadas por Fishman y otros (WHO 2004), que definen riesgos relativos diferenciales para todas las causas de muerte los menores de cinco años, junto con las tasas de mortalidad estimada por el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE).

Sobre la base de la información se estima que, entre 1941 y 2005, poco más de medio millón de menores de cinco años habría muerto por causas asociadas a la desnutrición. Considerando las tasas de supervivencia de las distintas cohortes a lo largo de todo el período, algo más de 82% se encontraría aún vivo en 2005, si no hubiese sufrido desnutrición global. Asimismo, se estima que del total de muertes ocurridas en la población menor de cinco años de 2005, casi 16 mil (18%) habrían tenido asociación con desnutrición global.

Las estimaciones de efectos y costos presentadas en este informe corresponden a promedios y están sujetos a los márgenes de error propios de las fuentes originales.

Representa la mayor probabilidad que tienen los desnutridos de presentar una patología (i) como “consecuencia” de su desnutrición.

No se consideran los efectos directos de las deficiencias de micronutrientes, sino sólo los que se asocian a la desnutrición ponderal.

Por otra parte, entre 1941 y 1990 la desnutrición habría sido responsable de la muerte de más de 401 mil menores de cinco años que tendrían entre 15 y 64 años en 2005 y, por tanto, formarían parte de la población en edad de trabajar (PET)

1.2 Los costos en Salud

Los costos institucionales (del sistema público) y privados en salud, derivados de la mayor atención de patologías asociadas a la desnutrición³⁵, que aquejan a los menores de cinco años de edad, se concentran en el rango etario entre los 12 y 23 meses: 35% de la población afectada y 50% del costo total en salud para la cohorte en el año. Sin embargo, los costos unitarios más altos son los de los recién nacidos con restricción de crecimiento intrauterino (BPNRCIU) debido a que los protocolos de atención en este grupo de edad son más caros.

El costo público y privado en salud estimado para el Estado Plurinacional de Bolivia es equivalente a 13,8 millones de dólares, lo que representa 0,15% del PIB de dicho año y equivale a 4,3% del gasto público en salud del mismo año.

Al analizar el origen de las partidas de dichos costos, se observa que el 95% corresponde al sector público y 5% al privado. Para los privados, el mayor costo corresponde al tiempo y transporte requeridos para las atenciones.

Los 128 mil casos que necesitan atenciones de salud por enfermedades asociadas a la desnutrición, incluyen 99 mil atenciones directas que requieren los niños y niñas sólo por el hecho de tener bajo peso.

En el caso público, se estimaron indicadores a partir de información reportada por diferentes instancias del Ministerio de Salud. Para la estimación de los costos privados, se utilizó el salario mínimo oficial, la tarifa de transporte público urbano e insumos no cubiertos por el sistema público de salud.

2. Desnutrición y educación

2.1 Los efectos en educación

Las coberturas de educación en el 2004 consignadas en las estadísticas oficiales del Estado Plurinacional de Bolivia son altas en la enseñanza primaria (95%) y bajas en la enseñanza secundaria (73%) (UNESCO 200436).

De acuerdo a la encuesta de hogares de 2005, el promedio de escolaridad de la población adulta (19 años y más de vida) llega a los ocho años de estudio, reflejando un progresivo incremento de la escolaridad. Así, entre quienes tienen 55 a 64 años, el promedio de escolaridades cinco años menor que entre los de 20 a 24 años, pero se mantiene un éxito escolar bajo y un alto déficit de cobertura que lleva a que sólo el 35% de éstos haya finalizado la secundaria.

Entre los niveles primario y secundario, la población boliviana con desnutrición presenta un diferencial de escolaridad promedio inferior en 2,8 años respecto a los no desnutridos. Esto en parte se debería a que, entre quienes sufrieron de desnutrición en su etapa preescolar hay una mayor proporción que ni siquiera alcanzaron el primer grado de educación primaria.

La población desnutrida muestra una menor proporción de estudiantes que alcanzan la secundaria completa (2,9%) respecto a los no desnutridos (22,4%). Al considerar sólo la población que tiene algún grado de escolaridad, el 91% de la población desnutrida sólo asistió a educación primaria, en cambio para los no desnutridos la cifra es de 55,33%. Esta relación se invierte progresivamente en la educación secundaria, haciendo que sólo 3,3% de los desnutridos alcance 12 años de escolaridad, mientras que el 25,3% de los no desnutridos sí lo logra. Estas diferencias son indicadores muy importantes respecto de las brechas de oportunidad laboral e ingresos existentes entre unos y otros durante la vida laboral.

Por su parte, la desnutrición global en el Estado Plurinacional de Bolivia habría generado 1.936 repitentes extra en el año 2005, que se traducen en correspondientes costos incrementales.

El 44% de éstos ocurre en el nivel primario.

Un elemento a destacar es que los menores que han sufrido desnutrición muestran una mayor concentración de casos de repitencia en el nivel primario, que los “normales”. No obstante, como se muestra en el siguiente gráfico, en ambos grupos las ta-

sas son más altas en el nivel secundario, manteniéndose siempre una brecha que afecta mayormente a quienes han sufrido desnutrición.

2.2 Los costos en educación

El costo adicional de operación del sistema producto de la mayor tasa de repitencia de quienes han sufrido desnutrición ocupa un lugar central entre los costos de educación. Los algomás de 1.936 educandos extras que se habrían producido en 2005 por la probabilidad de repitencia diferencial significan 50 mil dólares, lo que representa un 0,06% del gasto social en educación y un 0,004% del PIB de dicho año.

Para estimar las brechas educacionales generadas por la desnutrición, se adaptaron las estimaciones realizadas en un estudio longitudinal realizado en Chile entre 1987 y 1998 (Ivanovic 2005). Según éstas, en poblaciones socioeconómicamente similares, las personas que han sufrido desnutrición en la etapa preescolar tienen un riesgo de repetir (algún año de escuela) equivalente a 1,65 veces la de los no desnutridos.

3. Productividad

3.1 Los efectos en productividad

Como se ha indicado, la desnutrición tiene un impacto negativo en la capacidad productiva de un país, el que resulta de la mayor prevalencia de mortalidad, entre los menores de cinco años, debido a las patologías asociadas a la desnutrición, así como del menor nivel educacional que alcanza la población desnutrida.

Considerando las tasas de ocupación del país por cohortes, el costo resultante equivale a más de 583 millones de horas de trabajo, esto es algo más del 10,5% de las horas trabajadas por la población económicamente activa (PEA).

Si se considera un potencial laboral de 2.400 horas de trabajo al año, dichas muertes asociadas a desnutrición significan una pérdida estimada en 962,5 millones de horas, equivalente a 17,3% para la PEA.

El efecto en menor productividad por brecha de escolaridad corresponde a las diferencias de distribución de la población según años de estudio primario y secundario que presentan quienes han sufrido desnutrición global y quienes no, situación que se

puede observar en la siguiente gráfica que refleja el nivel alcanzado entre quienes lograron acceder a la escuela.

3.2 Los costos en productividad

Los mayores costos en productividad responden al valor económico en que se traducen los efectos antes indicados. Para el año 2005 se estima que la menor escolaridad generó pérdidas que suman 219 millones de dólares, lo que equivale a 12,6% del gasto social del año, 32,1% del gasto público en educación y alrededor de 2,3% del PIB.

Por otra parte, la pérdida de productividad debido a las muertes que habría generado la desnutrición entre la población que habría estado en edad de trabajar en 2005 se estima en 319 millones de dólares, esto es un 3,4% del PIB, aproximadamente. Así, de no ser por los niveles de desnutrición sufridos por el país durante las últimas décadas, la productividad del 2005 habría sido un 5,8% superior.

4. Síntesis de costos

Resumiendo, para 2005, la desnutrición global a la que estuvo expuesta la población de las distintas cohortes habría generado un costo aproximado de 4.453 millones de bolivianos. El costo del hambre: impacto social y económico de la desnutrición infantil... equivalentes a 552 millones de dólares, lo que representa un 5,8% del PIB y 31,8% del gasto social total del país en aquel año. **(5)**

2 I) Patrón de Crecimiento Infantil:

El lanzamiento de los resultados del Estudio de nuevos patrones de crecimiento, realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 27 de abril del 2006, constituye un acontecimiento de gran trascendencia mundial.

Estos patrones muestran cómo debería ser el crecimiento de los niños y niñas menores de cinco años, cuando sus necesidades de alimentación y cuidados de salud son satisfechos.

El estudio multicéntrico de la OMS para los patrones de crecimiento ha demostrado que el crecimiento de los niños y niñas, durante sus primeros 5 años de vida, es similar en todas las regiones y que depende, fundamentalmente, de una alimentación apropiada (lactancia materna y alimentación complementaria) y de cuidados

adecuados de salud y de que los factores genéticos tienen menor importancia durante las etapas iniciales de la vida.

Actualmente, el Programa Multisectorial Desnutrición Cero ha adoptado el uso de los patrones de crecimiento de la OMS para la evaluación nutricional de los menores de 5 años. **(20)**

2 m) LA DESNUTRICION

En Bolivia la Desnutrición es uno de los mayores determinantes de la mortalidad infantil, constituyéndose de ese modo como una amenaza relacionada con la pobreza, la educación y la salud.

Concepto:

“La desnutrición es el estado patológico originado por carencia de nutrientes o derivado de una subutilización de los mismos”⁹.

Significa que el cuerpo de una persona no está obteniendo los nutrientes suficientes. Esta condición puede resultar del consumo de una dieta inadecuada o mal balanceada, por trastornos digestivos, problemas de absorción u otras condiciones médicas

La desnutrición es la enfermedad provocada por el insuficiente aporte de combustibles (hidratos de carbono - grasas) y proteínas.

Algunos autores lo describen como 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.

Etiología:

“El ciclo de la desnutrición se inicia desde la vida intrauterina, en cuanto a la evolución del riesgo a padecer desnutrición durante los primeros 24 meses de vida y con un posterior descenso y estabilización en la etapa preescolar. Entonces en nuestro país la población más vulnerable está constituido por niños y niñas indígenas que viven en zonas rurales” (10).

También la desnutrición tiene varias etiologías o causas que son:

A. Causas Básicas.- Se encuentra el medio ambiente, falta de conocimiento y educación, sistemas políticas culturales, que responde a la estructura del país en cuanto a su modelo económico, medio ambiente, grado de desarrollo de la sociedad en su conjunto la educación de la población.

B. Causas Subyacentes.- Se encuentra la inseguridad alimentaria en el hogar, inadecuadas practicas en el cuidado y limitado acceso al servicio de agua, saneamiento y servicios de salud

Cuando hablamos de inseguridad alimentaria nos referimos a “Que todas las personas tienen acceso al alimento, que sean suficientes y nutritivas” (11)

En si la seguridad alimentaria es aquella que no puede producir enfermedades transmitidas por la comida como las causadas por algunos microorganismos, aquí podemos mostrarle la pirámide alimentaria (ver figura N° 1 en anexos)

Causas Inmediatas.- Se encuentra el insuficiente consumo de alimentos y las enfermedades infecciosas, que se debe a la mala absorción de nutrientes.

Estas tres causas llevan a una desnutrición y desarrollo infantil inadecuado, porque tienen condiciones no favorables y estas a sus ves se convierten en determinantes de la desnutrición.

TIPO DE ALTERACION	PATOLOGIA
Defecto de la absorción	Trastornos del sistema digestivo -Gastropatías(gastritis) -Enteropatías (síndrome de mala absor-

	ción, alergia alimentaria) -Hepatopatías (insuficiencia hepática)
Perdida de nutrientes	Entero parasitosis (yardias, ascaris) Infecciones (sepsis, tuberculosis, SIDA y otros)
Pobre biodisponibilidad	iatrogenia como ayuno o restricción alimentaria innecesarios, malformaciones congénitas.

En cuanto al insuficiente consumo de alimentos la importancia es que “El organismo humano está integrado por diversos tejidos y órganos y cambian en composición y proporción desde el nacimiento hasta la edad adulta.

Las variaciones de esta composición corporal del organismo están en relación con la nutrición y con los estados de salud enfermedad por lo tanto una evaluación nutricional rutinaria permite identificar la necesidad de intervenciones orientadas a prevenir la desnutrición” (12)

La nutrición, es el estudio científico de los alimentos y de cómo estos mantienen el cuerpo e influyen en nuestra salud. Incluye como consumimos, digerimos, metabolizamos y almacenamos los nutrientes y como estos afectan al cuerpo. La nutrición también implica el estudio de los factores que influyen en nuestros patrones de alimentación.

Epidemiología

La desnutrición es la patología no infecciosa que se presenta más en países sub desarrollados o en vías de desarrollo, y es el más frecuente en niños menores de cinco años. Los factores de riesgo son:

Factores sociales.- También económicos como culturales esta la pobreza que origina una baja disponibilidad de alimentos, malas condiciones sanitarias, cuidado inadecuado de niños, y falta de educación.

Factores Biológicos.- Esta la desnutrición materna, infecciones en el niño, malas prácticas alimentarias.

Patogenia

Factores Ambientales.- Condiciones climatológicas, catástrofes naturales, y migraciones desorganizadas.

Para una buena comprensión de los mecanismos fisiopatológicos que llevan a la desnutrición, nos referimos a la patogenia de los cuadros graves de la desnutrición que son el marasmo y el kwashiorkor.

Marasmo

El marasmo es el aporte inadecuado de calorías y proteínas, el déficit de proteínas explicara el hecho que los marasmaticos tienen compromiso con la talla baja.

Como la disminución del aporte energético no puede compensar el requerimiento calórico, se utiliza grasa corporal como energía la cual esto causa la disminución del tejido celular subcutáneo.

Como hay un déficit de aporte tanto de proteínas como de energía, el fenómeno de adaptación

Eleva niveles de glucagon y disminuye la insulina con los efectos orgánicos correspondientes. Los músculos son los más afectados por la expoliación ya que proporcionan los aminoácidos esenciales para el mantenimiento de la síntesis proteica y así producir cantidades adecuadas de albumina.

Cuando existe este tipo de desnutrición podemos ver que existe un daño en el intestino delgado de carácter transitorio, hay un déficit de producción de tripsina, quimo tripsina, amilasa y lipasa, originando una mala absorción.

Existe compromiso de las funciones vitales, sin que haya infecciones que lo expliquen; hay enfriamiento de los segmentos distales de las extremidades. El pulso es muy difícil de aparecer por su escasa tensión y puede ser irregular. En el abdomen

con pared delgada se puede observar asas intestinales distendidas; es común el meteorismo, que puede ser muy intenso. En periodos avanzados, hay atrofia de vellosidades intestinales con mala absorción y diarrea recurrente y prolongada.

Kwashiorkor.- Se llama también desnutrición edematosa, no compromete la talla y está directamente relacionada con una desadaptación a un medio ambiente carencial.

Actualmente se conoce que el edema se debe a l estrés oxidativo celular, por déficit de antioxidantes que se presentan en el grado extremo de kwashiorkor.

En el kwashiorkor hay aplanamiento de la s vellosidades intestinales, en el páncreas también se observa una disminución basal de enzimas. El daño histológico es más severo en los ácimos que en el sistema secretor, la disminución de la lipasa, tripsina y quimo tripsina, explica la perdida de grasa de nitrógeno en las heces de los desnutridos con kwashiorkor.

Las principales alteraciones inmunológicas parece involucrar a los linfocitos T, también se ha visto que existe atrofia del timo relacionado con deficiencia de zinc y vit."A". La hipersensibilidad cutánea esta disminuida.

Todo este complejo de alteraciones inmunológicas relacionadas con algún tipo específico de carencia nutritiva.

DEFICIT DE NUTRIENTES	ALTERACION INMUNE
Zinc	Alteración de los ácidos nucleídos Disminución de la función timica(atrofia) Impacto negativo de la síntesis proteica
Hierro	Actividad alterada sobre las enzimas

	Alteración de la estructura de los linfocitos Mayor producción de radicales libres
Vitamina "A"	Atrofia tímica Menor inmunidad celular
Vitamina "C"	Disminución de la fagocitosis.
Tiamina, riboflavina, ácido pantotéico, biotina, ácido fólico y cobalamina	Disminución de las inmunoglobulinas

Ya que de desnutrición es causada por la mala nutrición veremos que es la nutrición: La **Nutrición** es el estudio científico de los alimentos y de cómo estos mantienen el cuerpo e influyen en nuestra salud, incluye como consumimos, digerimos, metabolizamos y almacenamos los nutrientes y como estos afectan al cuerpo. La nutrición también implica el estudio de los factores que influyen en nuestros patrones de alimentación, haciendo recomendaciones acerca de la cantidad que deberíamos comer de cada tipo de alimentos para mantener la salud.

Cuando se la compara con otras disciplinas científicas como la química, la biología, y la física, la nutrición es casi como un recién llegado. La alimentación siempre ha jugado un papel esencial en la vida del ser humano, pero en el occidente el reconocimiento de la nutrición como un elemento importante de la salud se ha desarrollado lentamente.

Los alimentos son todas las plantas y animales que consumimos.

Los nutrientes son las sustancias químicas que se encuentran en los alimentos y que el cuerpo utiliza para obtener su energía y para ayudar en el crecimiento, mantenimiento y reparación de los tejidos.

Los nutrientes esenciales, son nutrientes para los que se han descubierto funciones biológicas específicas y de los que el cuerpo no puede producir cantidades suficientes para satisfacer las necesidades biológicas. Así los nutrientes esenciales deben ser obtenidos de la comida, si estos faltan en la dieta, nuestra salud se resentirá. El

cuerpo puede retomar las funciones normales si empezamos a consumir los nutrientes o el nutriente que falta antes que haya daños irreversibles. Existen seis grupos esenciales en los alimentos.

- Hidratos de carbono
- Lípidos
- Proteínas
- Vitaminas
- Minerales
- Agua

La falta de estos nutrientes nos ocasionan:

- Desnutrición
- Osteoporosis
- Diabetes
- Enfermedad cardiaca
- Obesidad

Timo.- Es un órgano del sistema linfático responde a la maduración de los linfocitos T, El timo tiene su máxima actividad durante la infancia y persiste hasta la pubertad; periodo en el que sufre una involución (se atrofia) y es sustituido por tejido adiposo.

Fagocitosis.- Las sustancias químicas también atraen glóbulos blancos que se "comen" los microorganismos y células muertas o dañadas.

Diferencias entre Marasmo y kwashiorkor

CARACTERISTICAS	MARASMO	KWASHIORKOR
EVOLUCION	Crónica	Aguda
DEFICIT	Proteínas y energía	Solo proteínas
EDAD	Habitualmente <de 18 meses	>1-5 años
EDEMA	Ausente grave debilita-	Presenta edema generali-

	miento del cuerpo proteínas y grasas	zado Frio, esconde debilitamiento corporal proteínas
PESO CORPORAL	Perdida de >40% de masas corporal	Perdida de 20-40% de peso corporal
CAUSA	Malnutrición significativa	Malnutrición daño de radicales libres Infección o cualquier proceso que ausente los requerimientos de proteínas
CARACTERISTICAS CLINICAS	Delgado y emaciado Hipo activo Piel arrugada seca Pérdida de cabello Abdomen distendido	Descamación de la piel Cabello ralo Abdomen distendido Engañosamente obeso Presencia de petequias Hepatomegalia Irritabilidad.

En cuanto a los alimentos que contienen proteínas podemos citar al **pescado** que aporta proteínas y además nutre el cerebro, ya que tiene un valor nutritivo excelente, proporciona proteínas de gran calidad y una amplia variedad de vitaminas y minerales, como las vitaminas A y D, fósforo, magnesio, selenio, y yodo en el caso del pescado de mar. Sus proteínas -como las de la carne- son de fácil digestión y complementan favorablemente las proteínas cotidianas aportadas por los cereales y las legumbres que se suelen consumir en muchos países en desarrollo.

Los expertos coinciden en que, aun en pequeñas cantidades, el pescado puede mejorar considerablemente la calidad de las proteínas que se consumen a diario, al aportar los aminoácidos esenciales que suelen ser pocos en la alimentación predominantemente vegetariana.

Pero la investigación más reciente revela que el pescado es más que una simple opción de consumo de proteínas animales. Las grasas de algunos pescados proporcionan me-

Por que ningún otro alimento el tipo de grasa vital para el desarrollo normal del cerebro en los niños por nacer y en los recién nacidos. Sin una cantidad adecuada de esos ácidos grasos, no se da un desarrollo normal del cerebro.

Fisiopatología

Marasmo: Ingesta energética insuficiente para cubrir necesidades, por lo que el organismo utiliza sus propias reservas.

El glucógeno hepático se agota en horas y utiliza proteínas del músculo esquelético por vía de la gluconeogénesis para mantener una glicemia normal.

Triglicéridos de depósitos de grasas originan ácidos grasos libres para necesidades energéticas de tejidos (excepto SN). En la inanición, los ácidos grasos se oxidan a cuerpos cetónicos que pueden ser utilizados por el cerebro como fuente alternativa de energía.

En la deficiencia energética grave la adaptación es facilitada por niveles altos de cortisol y hormonas de crecimiento y una baja de la secreción de insulina y hormonas tiroideas.

Kwashiorkor: La elevada ingesta de hidratos de carbono y disminución de proteínas es igual a la disminución de síntesis de proteínas por las vísceras.

La hipoalbuminemia es igual al edema en zonas declives. La síntesis alterada de Beta-lipoproteína produce esteatosis hepática. La secreción de insulina está estimulada y la adrenalina y cortisol disminuida. La movilización de grasas y liberación de aminoácidos a partir del músculo están disminuidos. Hay una pobre respuesta de la insulina tras la sobrecarga de glucosa (déficit de cromosomas). En la deficiencia proteica grave hay alteración enzimática adaptativa en hígado, aumento de los aminoácidos-sintetasas y disminución de la formación de urea, conservando así el nitrógeno y reduciendo sus pérdidas por orina. La tasa de síntesis y catabolismo están disminuidas. La albúmina pasa del compartimento extravascular al intravascular produciendo disminución de la concentración de albúmina plasmática y ésta, disminución de presión oncótica y edema. En la defi-

ciencia proteica grave hay alteraciones del crecimiento, de la respuesta inmunitaria, de la reparación tisular y de producción de enzimas y hormonas.

Complicaciones

Las complicaciones más frecuentes de esta entidad se relacionan con la gravedad es así que los niños que cursan con desnutrición leve o moderada corren el riesgo de complicarse con desnutrición grave y este puede presentar las siguientes complicaciones: Sepsis, insuficiencia renal, déficit intelectual, deshidratación con desequilibrio hidroelectrolítico.

Diagnostico

El aspecto clínico de los niños desnutridos es muy claro para catalogarlos en los diferentes tipos. Los exámenes complementarios deben permitir la determinación del grado de anemia, el déficit proteico de la hipoalbumemia.

Tratamiento

El tratamiento del niño desnutrido se basa en el conocimiento de los mecanismos fisiopatológicos del cuadro y manejo del mismo dependiendo de la gravedad y patologías asociadas.

Evaluación del estado nutricional: En cuanto a la interpretación de indicadores antropométricos.

“La evaluación nutricional se refiere a que el organismo humano está integrado por diverso tejidos y órganos que cambian de proporción desde el nacimiento hasta la edad adulta. Las variaciones en la composición corporal del organismo están en relación con la nutrición y con los estados de salud y enfermedad por lo tanto la evaluación nutricional rutinaria permite identificar la necesidad de intervenciones orientadas a prevenir la desnutrición” (12).

En este punto manejaremos las curvas de crecimiento según la OMS 2006.

CURVAS DE CRECIMIENTO P/E

P/E	DESNUTRICION GLOBAL	Normal	DESVIO ESTANDAR	UBICACIÓN DEL PATRON
			>-2 DE +2DE	El punto se ubica entre la línea de color naranja
		Moderada	-2 DE 3 DE	El punto se ubica por debajo de la línea roja
		Severa	<-3 DE	El punto se ubica por debajo de la línea negra

Los estándares de crecimiento son patrones de referencia o comparación aceptado y adecuado para su edad y sexo.

P/T=Es un indicador la cual se utiliza desde el nacimiento hasta 2años y 2años a 5 años.

T/E=Es un indicador la cual se utiliza desde el nacimiento hasta 2años y 2años a 5 años.

P/E=Es un indicador la cual se utiliza del nacimiento hasta los 6 meses.

CURVAS DE CRECIMIENTO P/T

P/T	DESNUTRICION AGUDA	Normal	DESVIO ESTANDAR	UBICACIÓN DEL PATRON
			-1 DE +1 DE	El punto se ubica entre la línea de color naranja.
		Moderada	-2 DE -3 DE	El punto se ubica por debajo de la línea roja
		Severa	-3 DE	El punto se ubica por debajo de la línea negra

		Sobrepeso	+2 DE +3 DE	El punto se ubica por encima de la línea roja
--	--	-----------	----------------	---

En cuanto a la talla se debe medir:

Hasta los 2 años= Decúbito dorsal acostado

Desde los 2 años hasta los 5 años= Posición de pie parado

CURVAS DE CRECIMIENTO T/E

T/E			DESVIO ESTANDAR	UBICACIÓN DEL PATRON
	DESNUTRICION CRONICA	Normal	-2 DE	El punto se ubica entre las líneas rojas
			+2 DE	
		Talla baja	-2 DE	El punto se ubica por debajo de la línea roja puede sobrepasar la línea de color negro o debajo de esta.
		Talla superior	+2 DE	El punto se ubica por encima de la línea roja

A. Manejo del desnutrido leve

Menor de seis meses, solo debe recibir seno materno por lo menos 6 veces en 24 horas, o a libre demanda. Lactancia exclusiva. Administrar vit "A" 50.000 UI. No dar otras leches

De 6 meses a 1 año, debe comer 5 veces al día, debe de comer de 6 a 12 cucharas al día, agregar una cucharilla de aceite vitaminado en una comida. Administrar vit

“A”100.000UI (si no recibió los últimos seis meses), dar chispitas nutricionales, un sobre por día durante 60 días. Proporcionar Zinc.

De 1 año a menor de 2 años, El niño debe comer 5 veces al día, debe comer 12 a 15 cucharas en cada comida, agregar una cuchara de aceite vitaminizado. Verificar que el niño degluta los alimentos y no simplemente los chupe, Administrar vit “A”100.000UI (si no recibió los últimos seis meses), dar chispitas nutricionales, un sobre por día durante 60 días, manejar al niño con el equipo multidisciplinario evaluando salud oral y desarrollo psicomotor.

B. Manejo del desnutrido moderado

Menor de seis meses, solo debe recibir seno materno por lo menos 10 veces en 24 horas, o a libre demanda. Lactancia exclusiva. El niño no debe recibir ningún tipo de mates o líquidos, orientar técnicas de lactancia materna. Control de peso diario hasta que alcance un incremento de peso para la talla. Administrar vit “A” 50.000 UI. Dar Zinc. Si el niño es huérfano se debe brindar leche maternizada.

De 6 meses a 1 año, Evaluar lactancia materna y alimentación complementaria, continuar con seno materno de día y de noche, debe comer 5 veces al día, debe de comer de 6 a 12 cucharas al día, dar cinco tomas de fórmula 100 según tablas, los alimentos de debe darse en forma de puré o papilla espesa, Dar un sobre de alimento terapéutico por día. Control de peso diario y mantener el manejo hasta que el niño tenga un peso para la talla dentro la normalidad.

De 1 año a menor de 2 años, Evaluar alimentación complementaria, brindar preparaciones de 100 calorías en 100 ml. Dar formula o alimento terapéutico el niño debe comer todos los alimentos que se preparan en el hospital. Debe comer 5 veces al día como mínimo, de 12 a 15 cucharas colmadas de comida, dar cinco tomas de fórmulas según las tablas, los alimentos deben de estar finamente picados, administrar vit “A”200.000 UI (si no recibió los últimos seis meses. Dar un sobre de alimento terapéutico por día, control de peso diario.

C. Manejo del desnutrido grave

En cuanto a un paciente internado: Tratar o prevenir hipotermia, control de temperatura cada 30 minutos, en caso de registrarse hipoglucemia debe realizarse monitoreo estricto, administración de soluciones glucosadas por vía endógenas, 50 ml de glucosa al 10 % o darle dieta F-75 por boca. Según Biodisponibilidad realizar hemograma, EGO, calcemia, proteinuria, Gasometría. Tratar o prevenir la deshidratación restaurando el balance hidroelectrolítico y metabólico, administrar sales de rehidratación oral o aplicar plan "C". Tratar infecciones cuidando posibles sepsis, administrar vit "A" mega dosis.

Prevención

Se puede prevenir la desnutrición a través de medidas que comprendan el mejoramiento del entorno del niño y favoreciendo el adecuado aporte de alimentos necesarios:

- Cumplir con las leyes de la alimentación.
- Mantener una lactancia materna exitosa.
- Mejorar las fuentes de ingreso de las familias.
- Educación y mejoramiento sanitario del medio ambiente
- Cumplir con los controles médicos de rutina.
- Detectar en forma precoz cualquier modificación en los valores antropométricos.

Además de vigilar el incremento del pulso o respiración y cambios de temperatura, vigile otros signos de peligro como ser por ejemplo:

- ❖ Anorexia.
- ❖ Cambios del estado mental
- ❖ Cianosis.
- ❖ Ictericia
- ❖ Dificultad respiratoria.
- ❖ Distensión abdominal.
- ❖ Edema de nueva aparición.
- ❖ Cambios de peso.
- ❖ Incremento en los vómitos.
- ❖ Petequias.

2 n) La Desnutrición Crónica (Talla Baja)

Como se mencionó anteriormente, AIEPI-Nut enfatiza el enfoque hacia la Prevención y tratamiento de la desnutrición crónica, la cual se manifiesta como talla baja, definida como Talla para la Edad menor a -2 DE (o Z-score), según el sexo y empleando los nuevos patrones de crecimiento de la OMS 2006.

Existen numerosas causas de talla baja durante la edad pediátrica.

Causas de talla baja

Inicio Prenatal Inicio Postnatal

Idiopática

Causas fetales

- Infecciones (TORCH)
- An.cromosómicas
- S. de Turner
- S.de Down
- S.dismórficos
- Displasias, etc.

Causas Maternas

- Desnutrición**

- Enf.vasculares
- Drogas, etc.

Alteraciones placentarias

- T.de implantación
- Malf.vasculares, etc.

Proporcionadas

- Desnutrición**

- Talla baja familiar**

- Talla baja constitucional
- Enf.crónicas

Gastrointestinales

Renales

Pulmonares

Cardiacas

Anemias

- Deprivación psicosocial

- Hipotiroidismo

- Deficiencia de hormona

de crecimiento

Desproporcionadas

- Displasias óseas

- Raquitismo

- Hicondroplasia

Sin lugar a dudas, en países en vías de desarrollo, la desnutrición crónica es, de lejos, la primera causa de talla baja en la edad pediátrica.

Como se mencionó al inicio, es importante tener en cuenta los efectos devastadores que produce la desnutrición, durante los primeros años, sobre todo en el desarrollo del sistema nervioso central y en las diferentes funciones cognitivas; estas consecuencias pueden ser irreversibles si la desnutrición persiste.

Una buena alimentación durante los primeros dos años de vida es determinante para el desarrollo psicosocial del individuo.

Hacia la segunda mitad de la década pasada, el rol de los micronutrientes tanto en la prevención como en el tratamiento de la desnutrición ha venido siendo estudiado con mayor detalle; en este sentido se destaca la importancia del zinc²⁴.

El zinc desempeña un rol crítico en el crecimiento celular, diferenciación celular y metabolismo de los animales. Sin embargo, su importancia en la nutrición y salud del ser humano fue reconocida recién desde la segunda mitad del siglo 20²⁵.

En el metanálisis realizado por Brown y colaboradores, donde se revisó 37 estudios, de diversas partes del mundo, encontró que en el 76% de los estudios se verificó que los niños que recibieron suplementación con zinc presentaron mayor incremento de la talla, en comparación con los controles. Empleando un 95% de límites de confianza, excluyendo el cero, se demostró que es poco

probable que este efecto sea atribuido al azar.

2 o) Riesgos del inicio temprano o del inicio tardío de la alimentación complementaria

a) Inicio temprano (antes de los seis meses de edad)

- Puede remplazar la lactancia materna, provocando que el niño no alcance sus requerimientos nutricionales
- Riesgo de una dieta baja en nutrientes
- Incrementa el riesgo de enfermedades. Se reduce el aporte de factores protectores de la leche materna
- Incrementa riesgo a padecer diarrea
- Incrementa riesgo de sibilancias/asmao de otras condiciones alérgicas
- Incrementar riesgo de la madre a un nuevo embarazo

b) Inicio tardío (después de los 7 meses de edad)

- El niño/a no recibe la alimentación adicional que requiere para alcanzar sus necesidades y crecer bien
- Crece y se desarrolla de manera más lenta
- Puede no recibir los nutrientes necesarios para evitar la desnutrición y deficiencias tales como la anemia debida a falta de hierro **(13)**

2 p) Mensajes clave para la alimentación complementaria

1. La lactancia materna por dos años o más ayuda a que el niño se desarrolle y crezca fuerte y saludable.
2. El inicio de otros alimentos a los 6 meses cumplidos de edad, además de la leche materna, ayuda a que el niño crezca bien.
3. Los alimentos que son lo suficientemente espesos como para quedarse fácilmente en la cuchara, brindan más energía al niño.
4. Los alimentos de origen animal son especialmente buenos para que los niños crezcan fuertes y vivaces.
5. Los guisantes, frijoles, lentejas, nueces y las semillas, son buenos para los niños.

-
6. Las hojas de color verde oscuro y las frutas de color amarillo ayudan a que los niños tengan ojos sanos y tengan menos infecciones.
 7. Un niño en crecimiento necesita 2-4 comidas al día y, si tiene hambre, 1-2 meriendas: darle una variedad de alimentos.
 8. Un niño en crecimiento necesita alimentos en cantidades cada vez mayores.
 9. Un niño pequeño necesita aprender a comer: estimúlelo y dele ayuda... con mucha paciencia.
 10. Promover que el niño tome líquidos y coma durante la enfermedad y darle una comida adicional después de la enfermedad, para que se recupere más rápidamente. **(13)**

2q) Nutribebé®

El Nutribebé® es un alimento complementario, elaborado industrialmente, cuyo objetivo es el de proporcionar al niño o niña de 6 a 24 meses de edad, un alimento de gran calidad que complementa, por un lado, a la leche materna y, por otro, a los alimentos complementarios que recibe el niño o niña en el hogar. Sin duda, los niños y niñas, de 6 a 24 meses de edad, que viven en comunidades de alta vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria, serán los que se beneficiarán, en mayor medida, del Nutribebé®.

La composición del Nutribebé® es la mejor que existe en la actualidad y responde a las necesidades nutricionales de los niños pequeños. La información nutricional del Nutribebé es presentada en el siguiente cuadro.

Información Nutricional

Cantidad por porción (25 g)

Porciones por envase 30

Aporte en 100 g

Aporte diario (50 g)

* % RDA niños de 6 a 11 meses

Calorías 440 Kcal 220 Kcal 24%

Proteína 12 g 6 g 43%

Grasa Total 12 g 6 g 17%

Grasa polisaturada 9 g 4 g

Grasa trans 0 g 0 g

Colesterol 10 mg 5 mg

Carbohidratos totales 73 g 37 g 26%

Fibra dietética 0.9 g 0.5 g

Vitamina A 500 µg RE 250 µg RE 50%

Vitamina C 140 mg 70 mg 140%

Hierro 22 mg 11 mg 100%

Vitamina D 2 µg 1 µg 20%

Vitamina E 10 mg 5 mg 100%

Tiamina 0.36 mg 0.18 mg 60%

Riboflavina 0.36 mg 0.18 mg 45%

Niacina 6.6 mg 3.3 mg 83%

Vitamina B6 0.44 mg 0.22 mg 73%

Acido Fólico 83 µg 41.5 µg 52%

Vitamina B12 0.5 µg 0.25 µg 50%

Biotina 2.9 µg 1.45 µg 24%

Acidopantoténico 0.7 mg 0.35 mg 19%

Calcio 200 mg 100 mg 37%

Fósforo 200 mg 100 mg 36%

Magnesio 80 mg 40 mg 53%

Manganeso 1.2 mg 0.6 mg 100%

Yodo 180 µg 90 µg 69%

Zinc 10 mg 5 mg 167%

Cobre 800 µg 400 µg 200%

Selenio 20 µg 10 µg 50%

* RDA (Recommended Dietary allowances)

Valor indicado corresponde a la AI (Adequate Intake)

Los valores que aparecen en la columna se refieren a equivalentes dietéticos de Folato (EDF) 1 µg de EDF = 1 µg de folato proveniente de alimentos = 0.5 µg de ácido fólico consumido con el estómago vacío = 0,6 µg de ácido fólico ingerido junto con las comidas.

La ración diaria de Nutribebé® es de 50 gramos, dividida en dos porciones de 25 gramos, cada porción debe ser preparada con 50 mililitros de agua fría o tibia previamente hervida. Las porciones deben tener la consistencia de papilla y deben ser administradas al niño o niña a media mañana y a media tarde ('entrecomidas') **(14)**.

CAPITULO III – METODOLOGIA

1. DISEÑO METODOLOGICO

A. Diseño

El diseño es cuantitativo, porque se describirán y cuantificarán prácticas alimentarias y características.

B. Tipo

El presente estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal, por que pretende cuantificar, observar y describir tipos de prácticas alimentarias que influyen en estado nutricional de niños eses de 6 a 23 meses de edad, tal y como ocurren naturalmente sin controlar ni manipular sus variables y mientras se sucedan en el tiempo.

C. Población

La población objeto de estudio son la totalidad de niños y niñas de 6 a 23 meses de edad de la comunidad eses de Eyiyoquivo (Pie de Montaña) a quienes se realizará la encuesta a personas clave (madres), universo representado por el total de 20 menores de 6 a 23 meses.

D. Variables

1. Variable independiente

a. Factores nutricionales

- Edad
- Peso- talla
- Talla-edad

b. Factores culturales

- Idioma
- Etnia
- Costumbres
- Tradiciones

2. Variable dependiente

a. Prácticas alimentarias tradicionales

E. Criterios de inclusión.

1. Niños de 6 a 23 meses de edad de la comunidad de Eyiyuquivo
2. Alimentos tradicionales de la comunidad de Eyiyuquivo
3. Madres de niños de 6 a 23 meses de edad.

G. Criterios de exclusión

1. Alimentos no tradicionales
2. Madres de otras comunidades
3. Niños menores de 6 a 23 meses de otras comunidades

H. Instrumentos de recolección de la información

Las encuestas, que mediante un cuestionario que contiene un listado de preguntas relacionados con los aspectos que deseamos investigar de las prácticas alimentarias que tradicionalmente usan e influyen en crecimiento y desarrollo de los niños de 6 a 23 meses de edad que se realizarán a las madres.

Se utilizó para medición de desarrollo la ficha de registro de medición de talla/edad y la escala de Nelson Ortiz impreso en el Carnet Infantil

2. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

OBJETIVOS ESPECIFICOS	VARIABLES	DIMENSIONES	INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS
Identificar propiedades nutricionales de alimentos tradicionales	Qué tipo de alimentos tradicionales del lugar consumen	Pescado Yuca Plátano Arroz, otros	ENCUESTA
	A que otro tipo de alimentos que no son tradicionales tiene acceso	Enlatados Fideo Azúcar Papa Otros	ENCUESTA
	Como acceden a los alimentos que no son del lugar	Compra Trueque Ninguno	ENCUESTA
Determinar cuáles son los alimentos nativos y costumbres alimentarias del lugar que con mayor frecuencia son utilizados en la alimentación de niños y niñas de 6-23 meses	Inicio de alimentación complementaria	Antes 6 meses Después de 6 meses	ENCUESTA
	Tipo de alimento y disposición	pescado yuca plátano arroz lactancia materna	ENCUESTA
	Cantidad	6meses 3-6 cucharas 7-12 meses: 7-11 cucharas 1-2 años: 12-15cucharas	ENCUESTA

	Frecuencia al día	1 vez al día 2 veces al día 3 veces al día 4 veces al día 5 veces al día	ENCUESTA
	Preferencia en cantidad de alimentos que se sirve a la familia	SI NO Quien tiene más preferencia	ENCUESTA
	Quien se ocupa de alimentar al niño	Se alimenta solo Madre, padre, otros	ENCUESTA
	Grado de escolaridad de la madre	No asistió Primaria Secundaria Técnica Universidad	ENCUESTA
	Importancia de la alimentación de los niños en la comunidad	Poca importancia Relativa importancia Importante	

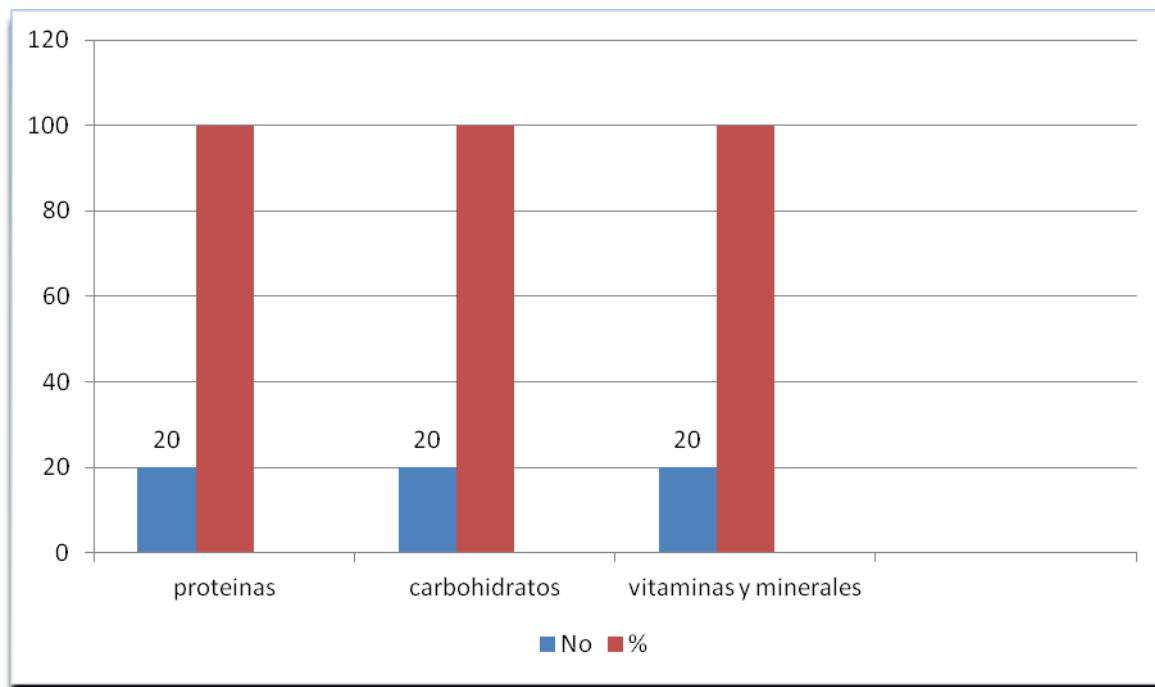
	Que miembro de la familia dispone de recursos económicos para la alimentación	Padre Madre Abuelo Hermano/a	
Establecer el estado nutricional en niños/as de 6-23 meses, de la comunidad de Eyioqui-vo en San Buenaventura	Como considera a su niño respecto a su talla/edad	Muy bajito Normal Grande	ENCUESTA
	Alimentos que le dio a su niño/a el día de ayer	Carbohidratos Proteínas Vitaminas y minerales Energía Lactancia materna	ENCUESTA
	Que hace para que su niño aprenda mas o sea más inteligente	Carnet infantil	ENCUESTA Escala Desarrollo de Nelson Ortiz de Carnet Infantil

CAPITULO IV - RESULTADOS

RESULTADOS: DE LA ENCUESTA DIRIGIDA A MADRES DE NIÑOS/AS DE 6-23 MESES DE COMUNIDAD DE EYIYOQUIVO

GRAFICA No 1

Alimentos que consume su niño/a con mayor frecuencia en forma rutinaria (existe más de una respuesta) en comunidad Eyiyoquivo San Buenaventura gestión 2012

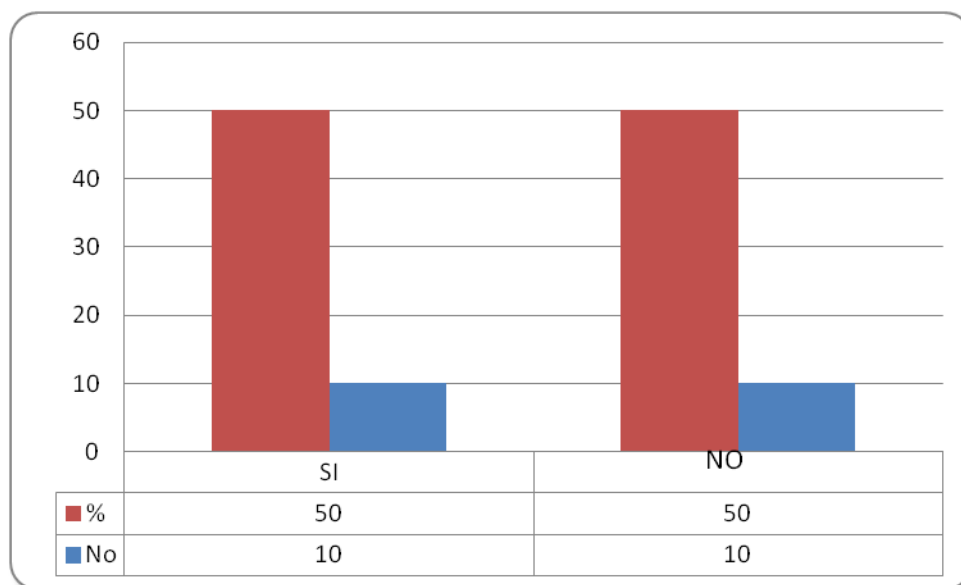


Fuente: Elaboración propia. Encuesta a madres de Eyiyoquivo, San Buenaventura, La Paz, Julio 2012.

Por el cuadro se deduce que todos consumen proteínas, carbohidratos y vitaminas (100%) . Siendo los más consumidos: pescado, plátano, arroz, fideo , cítricos.

GRAFICA No 2

El niño/a actualmente sigue recibiendo lactancia materna, en la comunidad de Eyiyuquivo San Buenaventura gestión 2012

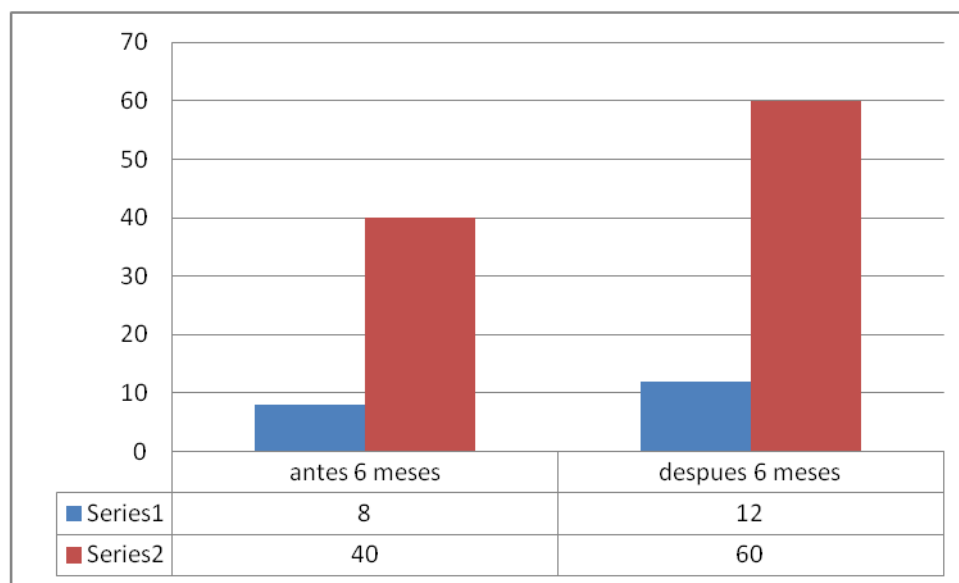


Fuente: Elaboración propia. Encuesta a madres de Eyiyuquivo, San Buenaventura, La Paz, Julio 2012.

Por el grafico se puede indicar que la mitad de los niños encuestados recibe lactancia materna hasta los 2 años (50%), cifra que denota la poca importancia que le dan a la lactancia materna.

GRAFICA No. 3

Edad en la que el niño/a ha iniciado su alimentación Complementaria, en la comunidad de Eyiyoquivo, San Buenaventura Gestión 2012

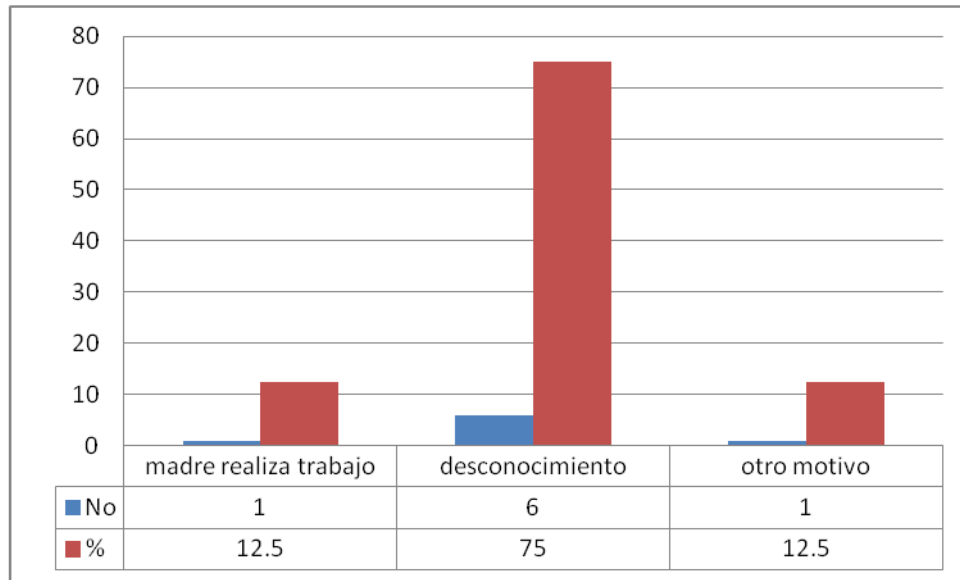


Fuente: Elaboración propia. Encuesta a madres de Eyiyoquivo, San Buenaventura, La Paz, Julio 2012.

Por el cuadro se deduce que las madres le iniciaron la alimentación complementaria después de los 6 meses en un 60% y antes de los 6 meses en un 40%, .

GRAFICA No 4

Ha iniciado la alimentación complementaria antes de los 6 meses de edad, en la comunidad de Eyiyuquivo, San Buenaventura, Gestión 2012



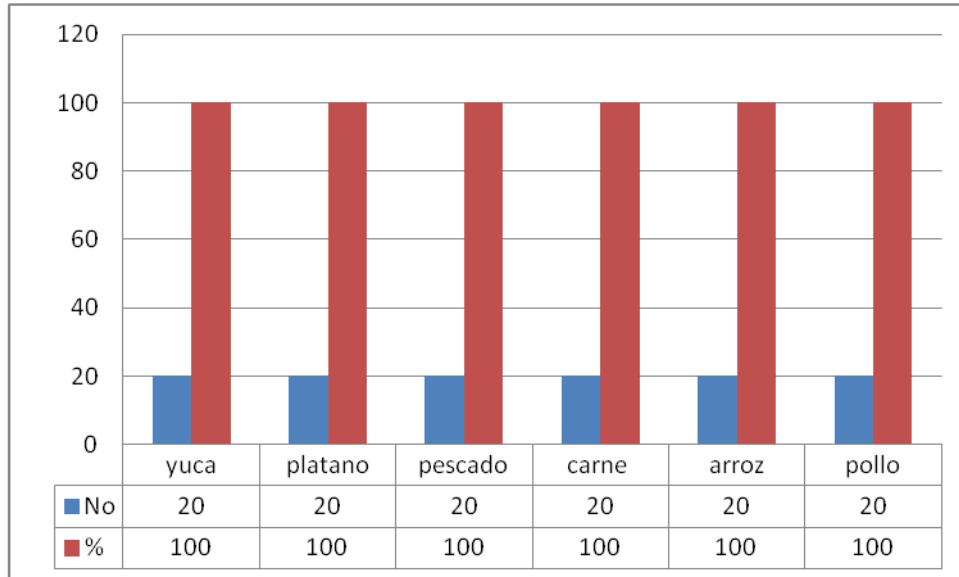
Fuente: Elaboración propia. Encuesta a madres de Eyiyuquivo, San Buenaventura, La Paz, Julio 2012

Del inicio de alimentación antes de los 6 meses las causas son por desconocer la práctica de alimentación complementaria en 75%, porque la madre trabaja en 12,5% y por enfermedad en 12,5%.

Haciendo un análisis se nota que 8 niños tendrán trastornos en la alimentación como ser síndrome de malaabsorción, alergias, diarreas que incidirán en el crecimiento y posterior desarrollo del niño/a.

GRAFICA No 5

Tipo de alimentos tiene a disposición o se producen en el lugar, en la comunidad de Eyiyuquivo, San Buenaventura, Gestión 2012

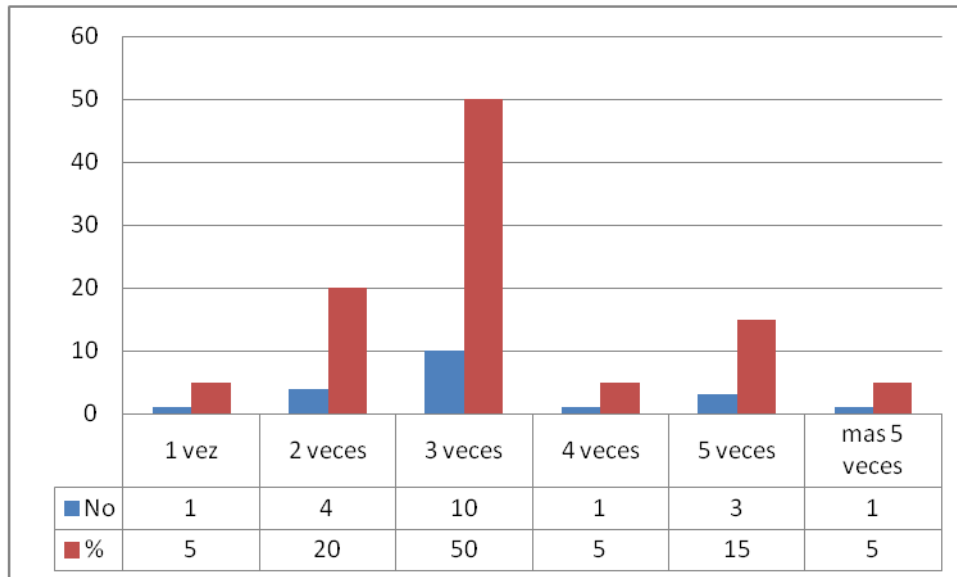


Fuente: Elaboración propia. Encuesta a madres de Eyiyuquivo, San Buenaventura, La Paz, Julio 2012

En el grafico se ve que todos los alimentos que consumen los niños se tienen a disposición o se producen en el lugar (100%), motivo por el cual hay un factor cultural de no alimentarlos regularmente por la prioridad que le dan a los que trabajan en la familia.

GRAFICA No 6

Veces que come su niño/a en el día, en la comunidad de Eyiyuquivo, San Buenaventura, Gestión 2012

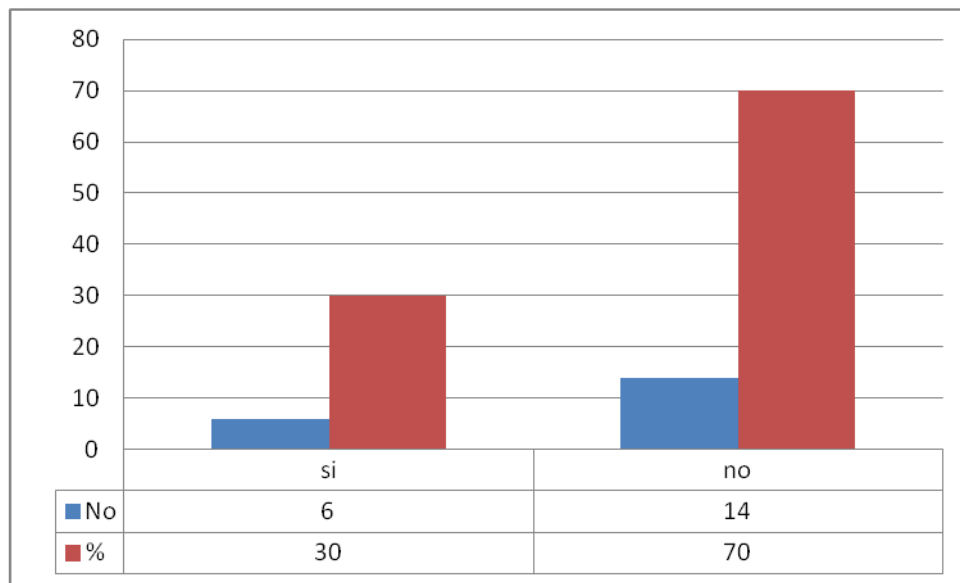


Fuente: Elaboración propia. Encuesta a madres de Eyiyuquivo, San Buenaventura, La Paz, Julio 2012

Por el cuadro se deduce que un 50% de los niños consume alimentos 3 veces al día, déficit que influye en el crecimiento y desarrollo que según las normas del AIEPI deberían mínimamente ser de 5 veces al día.

GRAFICA No 7

Existe preferencia en la cantidad de alimento que se les sirve a los miembros de la familia al momento de compartir los alimentos, en la comunidad de Eyiyuquivo, San Buenaventura, Gestión 2012

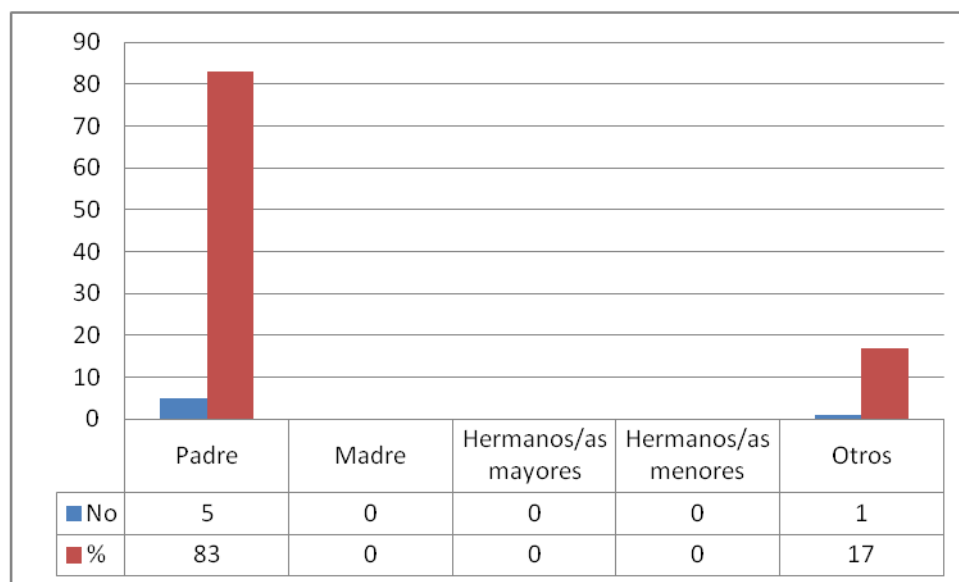


Fuente: Elaboración propia. Encuesta a madres de Eyiyuquivo, San Buenaventura, La Paz, Julio 2012

En un 70% (14 niños) no existe preferencia en la cantidad de alimentos y 30% (6 niños) se le dio prioridad a otros componentes de la familia.

GRAFICA No 8

Si la respuesta es SI ¿Quién tiene más preferencia?, en la comunidad de Eyiyoquivo, San Buenaventura, Gestión 2012

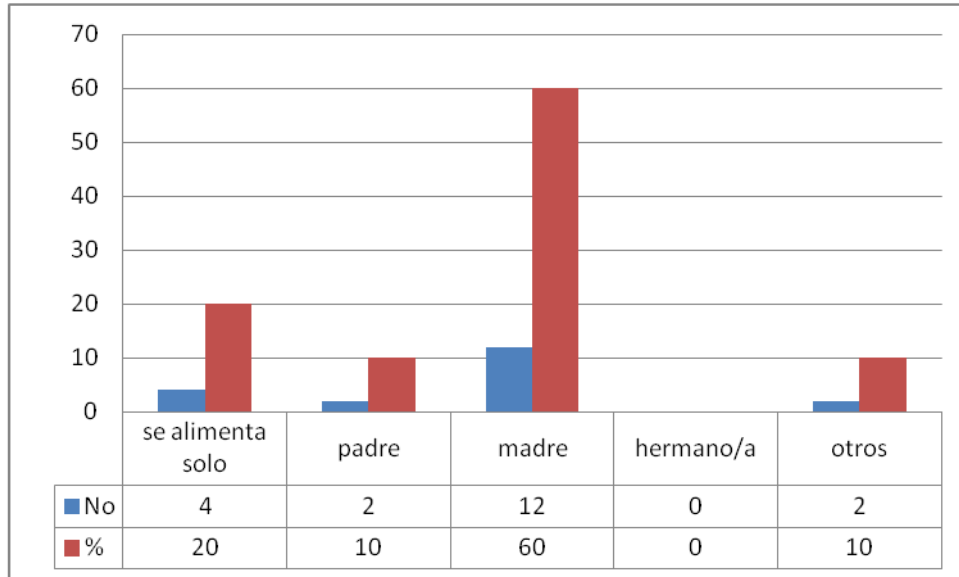


Fuente: Elaboración propia. Encuesta a madres de Eyiyoquivo, San Buenaventura, La Paz, Julio 2012

Se le dio prioridad a su padre(5) y nieta (1). Parámetro que influirá en la cantidad adecuada de alimentos que debería darse a esos niños.

GRAFICA No 9

Quien se ocupa de alimentar al niño/a, en la comunidad de Eyiyuquivo, San Buenaventura, Gestión 2012

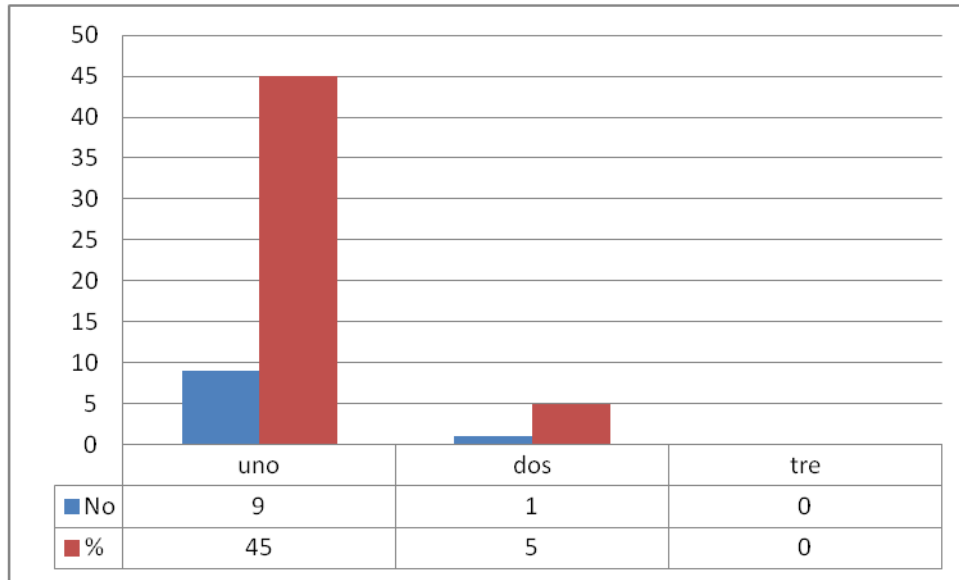


Fuente: Elaboración propia. Encuesta a madres de Eyiyuquivo, San Buenaventura, La Paz, Julio 2012

Llama la atención que el 20% de los niños (4) se alimente solo sin respaldo materno por factores económicos y de trabajo que obliga a los niños a buscar alimentos por cuenta propia y solamente 60% (12) por la madre.

GRAFICA No 10

Cuántos niños/as de 6-23 meses tiene su familia, en la comunidad de Eyiyuquivo, San Buenaventura, Gestión 2012

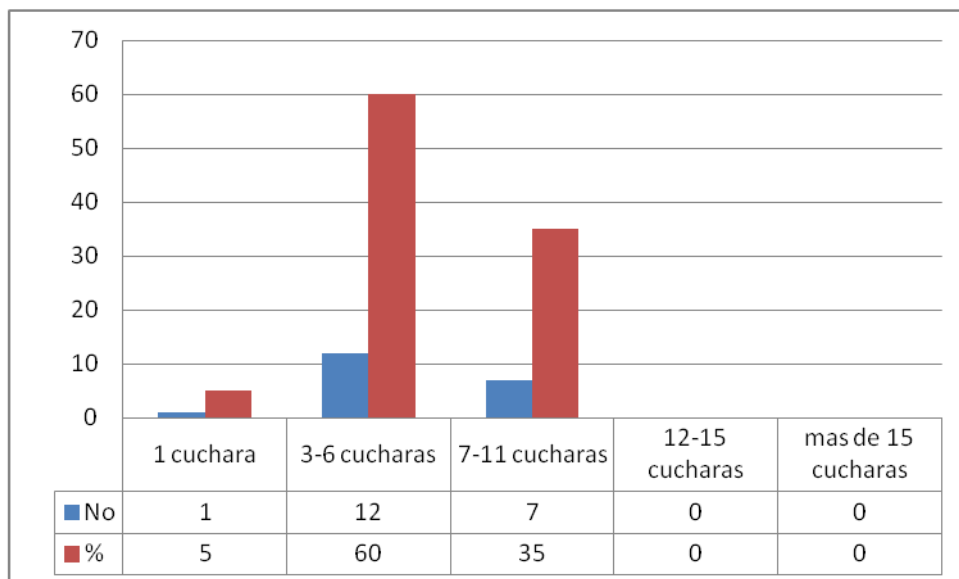


Fuente: Elaboración propia. Encuesta a madres de Eyiyuquivo, San Buenaventura, La Paz, Julio 2012

Se puede analizar que de los 20 niños encuestados 9 (45%) tengan un familiar menor de 6 a 23 meses y 1 (5%) dos menores en su familia, factor que incidirá en la cantidad y frecuencia de disposición de la alimentación que se proporcionara a cada uno de la familia especialmente en los niños de 6 a 23 meses.

GRAFICA No 11

Qué cantidad de comida recibe su niño/a cuando se alimenta, en la comunidad de Eyiyuquivo, San Buenaventura, Gestión 2012

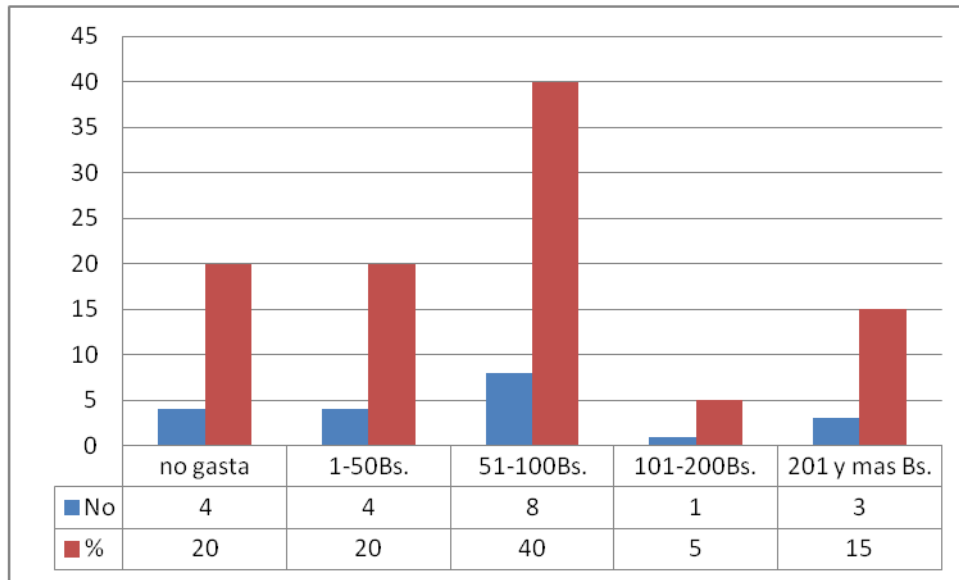


Fuente: Elaboración propia. Encuesta a madres de Eyiyuquivo, San Buenaventura, LaPaz, Julio 2012

Por el cuadro se analiza que un 60% de los niños (12) recibe alimentación solo 3-6 cucharas al día, un 35% de los niños (7) recibe de 7-11 cucharas. Se puede deducir que con la poca ración de comida proporcionada a los niños de la familia influirá en el crecimiento y desarrollo de los mismos.

GRAFICA No 12

Cuánto gasta mensualmente en la compra de alimentos para la familia, en la comunidad de Eyiyuquivo, San Buenaventura, Gestión 2012

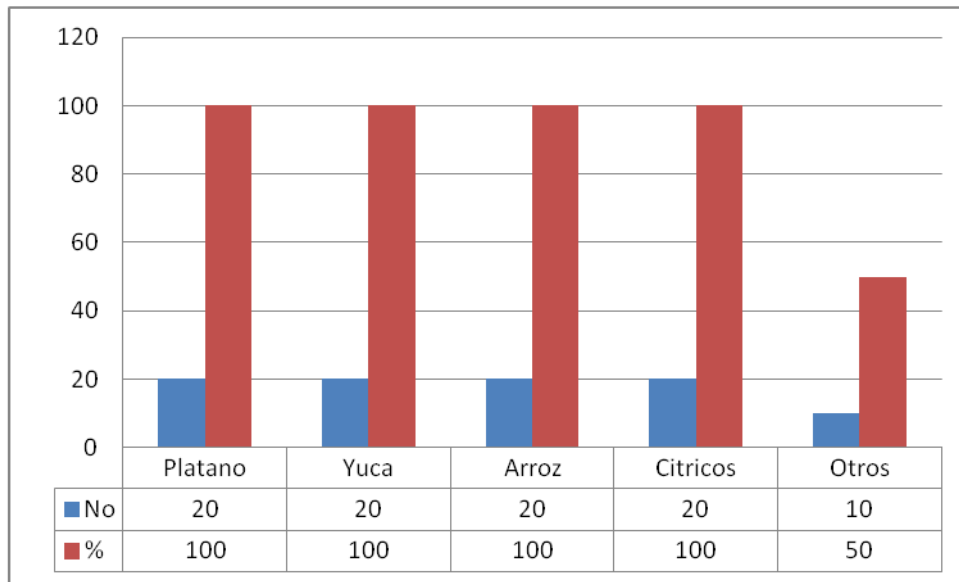


Fuente: Elaboración propia. Encuesta a madres de Eyiyuquivo, San Buenaventura, LaPaz, Julio 2012

En este grafico se puede interpretar que la familia no dispone de los recursos necesarios, solo en 40% de ellos cuentan entre 51-100Bs para poder dar una alimentación adecuada. Factor que influirá en el balance nutricional de los niños de la familia.

GRAFICA No 13

Qué tipo de alimentos cultivan en el lugar tradicionalmente, en la comunidad de Eyyoquivo, San Buenaventura, Gestión 2012

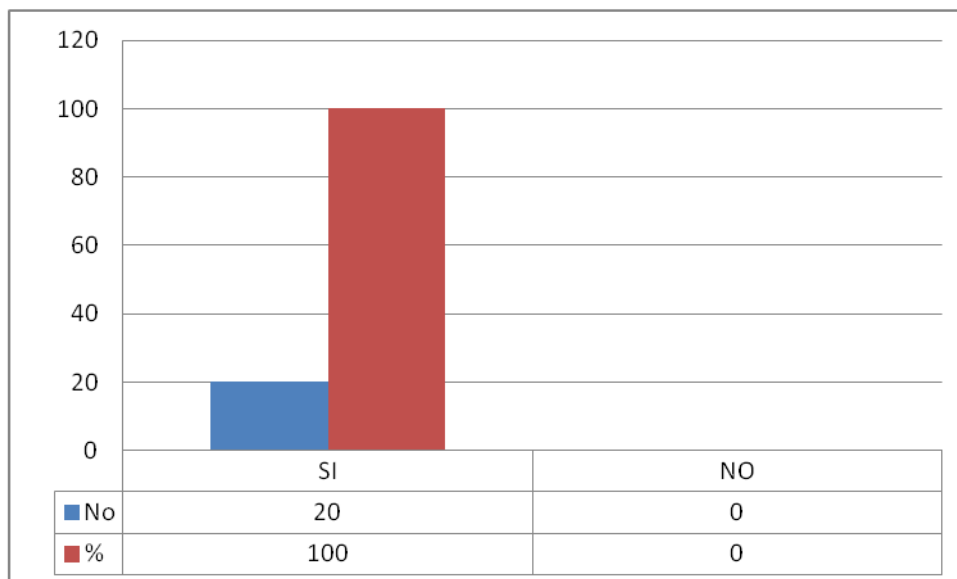


Fuente: Elaboración propia. Encuesta a madres de Eyyoquivo, San Buenaventura, La Paz, Julio 2012

En el grafico se observa que todas las familias (20) tienen acceso a alimentos que se cultivan tradicionalmente en el lugar (100%), incluso otros como el maíz en un 50% son accesibles a las familias con niños entre 6 – 23 meses.

GRAFICA No 14

Tiene acceso a otro tipo de alimentos que no se cultivan en el lugar, en la comunidad de Eyiyuquivo, San Buenaventura, Gestión 2012

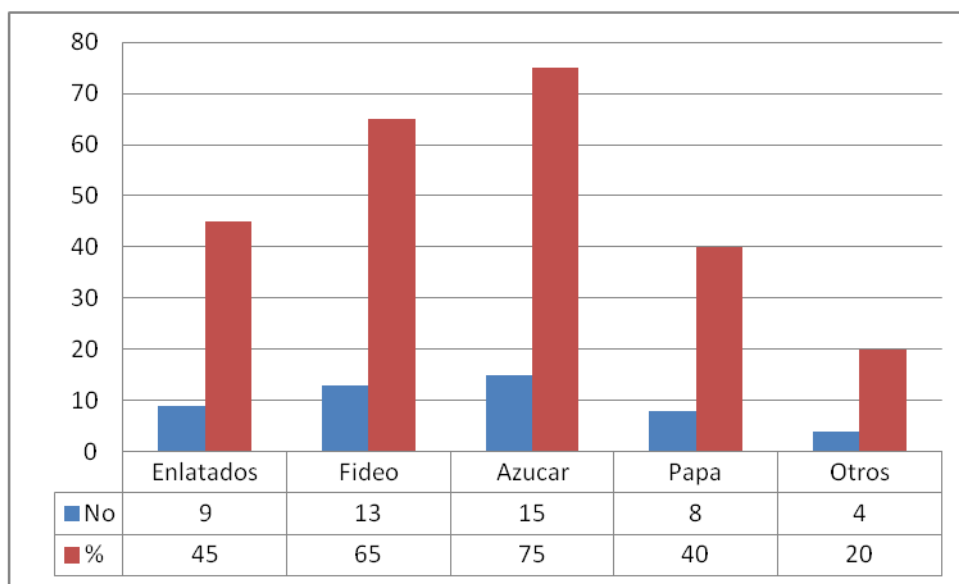


Fuente: Elaboración propia. Encuesta a madres de Eyiyuquivo, San Buenaventura, La Paz, Julio 2012

Se pudo constatar en la encuesta que se tiene acceso a otros alimentos que no se cultivan en el lugar en todas las familias encuestadas, por la accesibilidad de la zona que se encuentra casi en la zona periurbana y cerca de mercados locales donde pueden adquirir los alimentos.

GRAFICA No 15

A que otro tipo de alimentos tiene acceso, en la comunidad de Eyiyuquivo, San Buenaventura, Gestión 2012

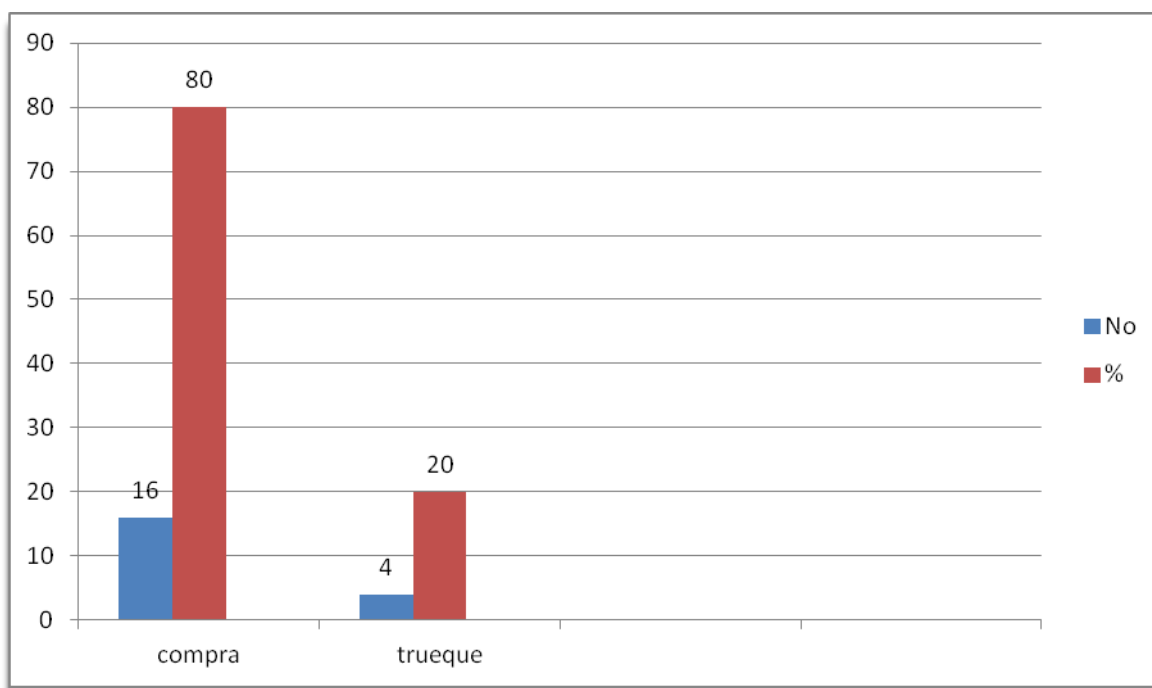


Fuente: Elaboración propia. Encuesta a madres de Eyiyuquivo, San Buenaventura, LaPaz, Julio 2012

Se puede decir que todas las familias tienen acceso a otros alimentos que no se cultivan en la zona, siendo los de mayor porcentaje de adquisición el fideo y azúcar que suman un 28%; cabe remarcar que de los enlatados que ocupa el tercer puesto (45%) compran atún y sardina, siendo Eyiyuquivo zona dedicada a la pesca para su subsistencia.

GRAFICA No 16

Como accede a los alimentos que no se cultivan o producen en el lugar, en la comunidad de Eyiyuquivo, San Buenaventura, Gestión 2012

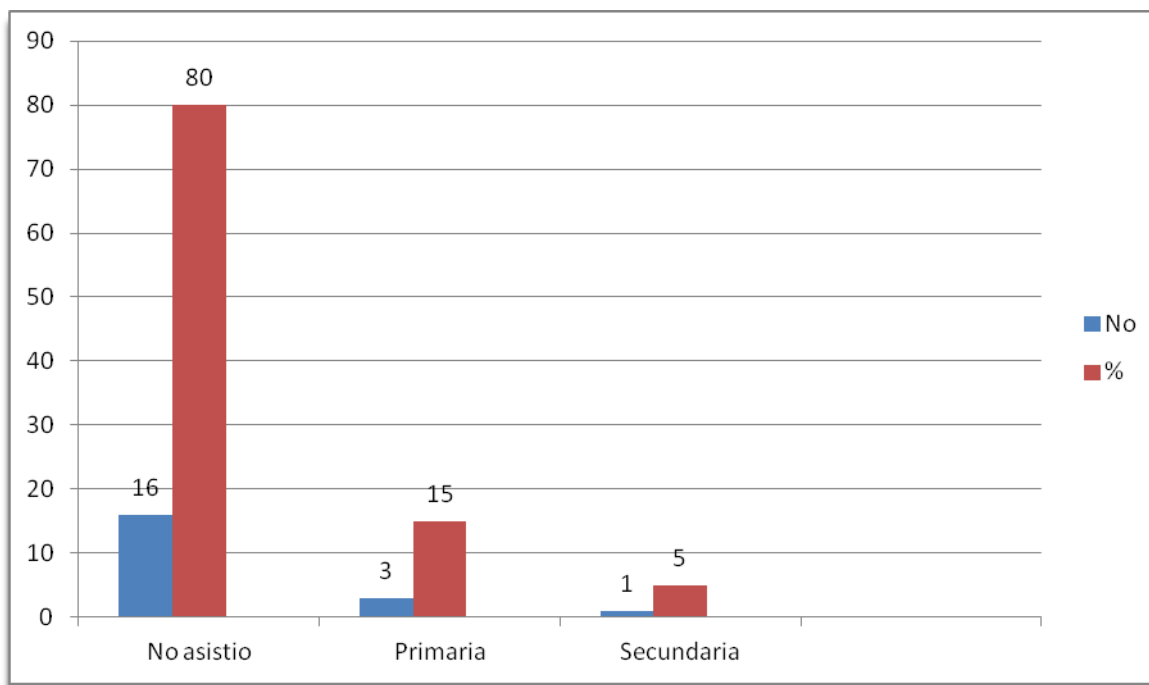


Fuente: Elaboración propia. Encuesta a madres de Eyiyuquivo, San Buenaventura, LaPaz, Julio 2012

Se puede constatar que la compra es el principal acceso que se tiene de alimentos (80%), cabe recalcar que el trueque (20%) sigue siendo fuente de intercambio de alimentos en esa comunidad, costumbres que aún se mantienen en la comunidad de Eyiyuquivo, desde sus orígenes al ser nómadas el principal fuente de alimentos era por intermedio del trueque y que posteriormente al asentarse y cambiar al sedentarismo disminuye este intercambio de alimentos y se accede mas por la compra..

GRAFICA No 17

Qué grado de escolaridad tiene la madre, en la comunidad de Eyiyuquivo, San Buenaventura, Gestión 2012

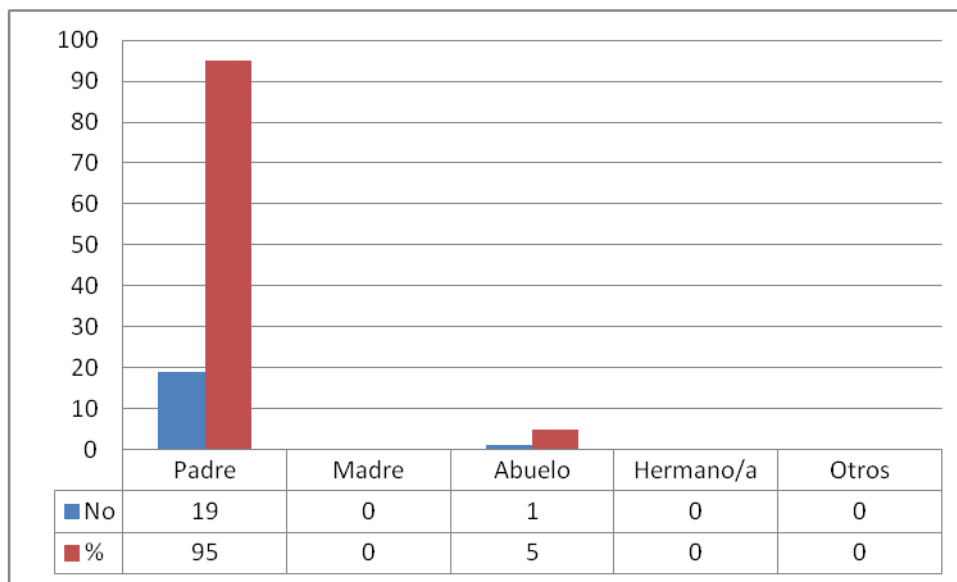


Fuente: Elaboración propia. Encuesta a madres de Eyiyuquivo, San Buenaventura, La Paz, Julio 2012

En el cuadro se visualiza que el 80% de las madres no tienen grado de escolaridad, solo un 15% asistió a primaria, dato que puede influir en el conocimiento de manejar y manipular adecuadamente los alimentos, la concentración, frecuencia y cantidad que se debe dar a los niños de la familia.

GRAFICA No 18

Qué miembro de la familia dispone de recursos económicos para la alimentación, en la comunidad de Eyiyuquivo, San Buenaventura, Gestión 2012

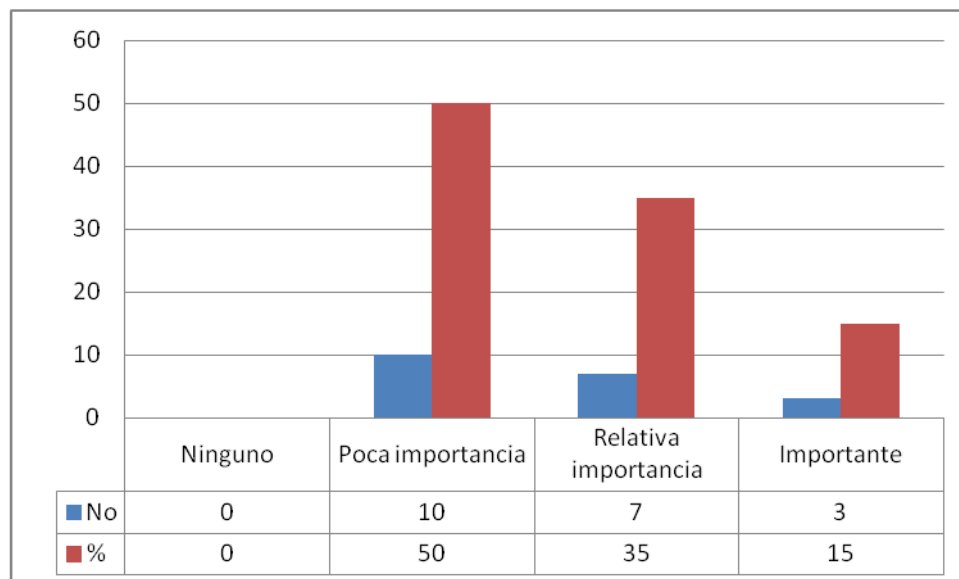


Fuente: Elaboración propia. Encuesta a madres de Eyiyuquivo, San Buenaventura, La Paz, Julio 2012

Se puede discernir la dependencia del padre(patriarcado) que en un 95% dan sustento a la familia, en la adquisición de los alimentos que darán alimento a los niños de la familia.

GRAFICA No 19

Qué importancia tiene la alimentación de los niños en tu comunidad, en la comunidad de Eyiyuquivo, San Buenaventura, Gestión 2012

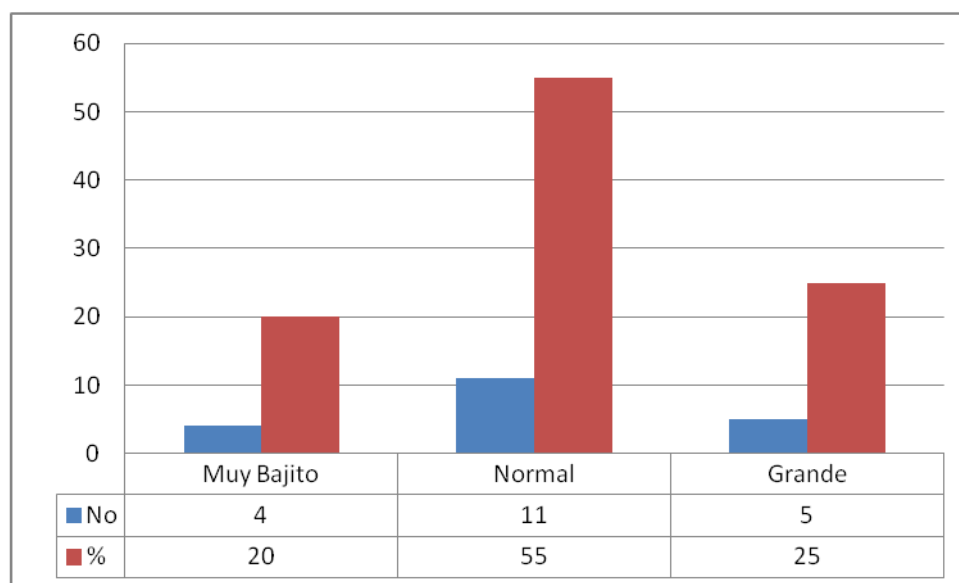


Fuente: Elaboración propia. Encuesta a madres de Eyiyuquivo, San Buenaventura, La Paz, Julio 2012

En el cuadro se puede deducir la poca importancia que le dan a la alimentación de los niños en su comunidad (50%), siendo la prioridad la alimentación del padre de familia, factor que generara un aumento en el grado de desnutrición que presentaran a posteriori los niños esa familia.

GRAFICA No 20

Como considera a su niño/a con respecto a la talla/edad, en la comunidad de Eyiyoquivo, San Buenaventura, Gestión 2012



Fuente: Elaboración propia. Encuesta a madres de Eyiyoquivo, San Buenaventura, La Paz, Julio 2012

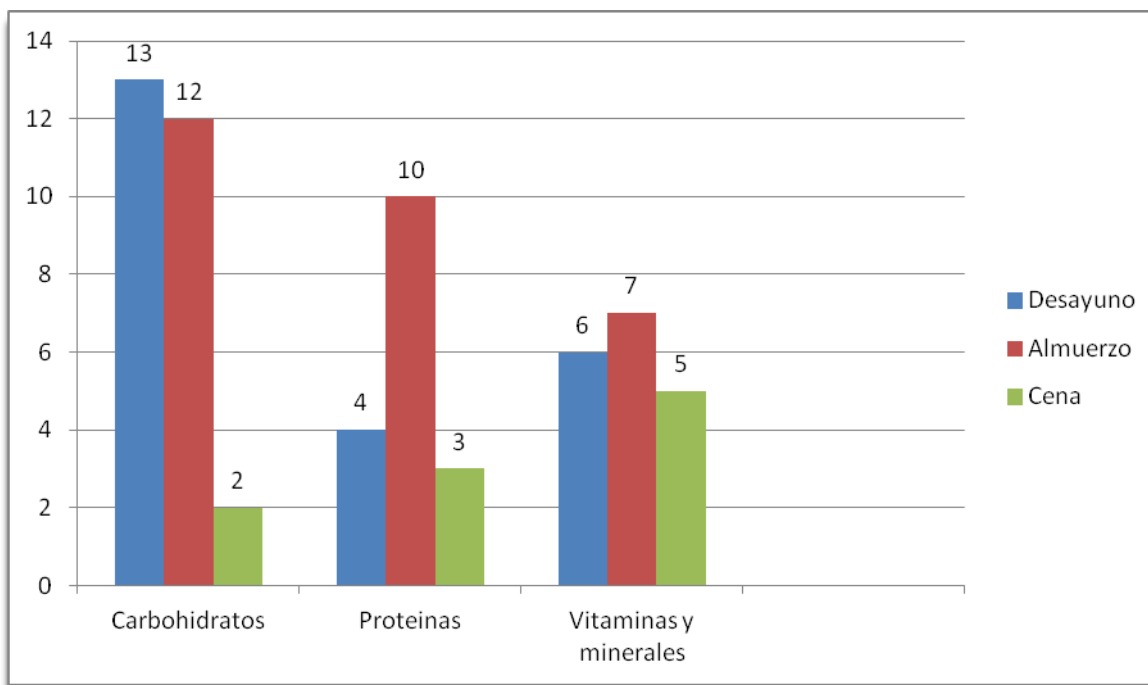
La creencia de la talla para la edad que tiene las madres de los niños encuestados permite indicar que la mayoría piensan que tienen talla normal considerando la tabla de talla/edad realizada a los mencionados niños que indica lo contrario.

Como se observa en tabla antropométrica(anexos) de los 20 niños encuestados 13 tienen talla baja (65%), valor alto en correspondencia a nivel nacional que es del 33% a nivel de área rural indígena.

Esta creencia nos permite discernir, porque la mayoría de los indígenas essejjas tiene talla baja y piensan que de acuerdo a la estatura que tienen el niño está dentro del rango normal.

GRAFICA No 21

Qué alimentos le dio a su niño/a el día de ayer, en la comunidad de Eyiyoquivo, San Buenaventura, Gestión 2012

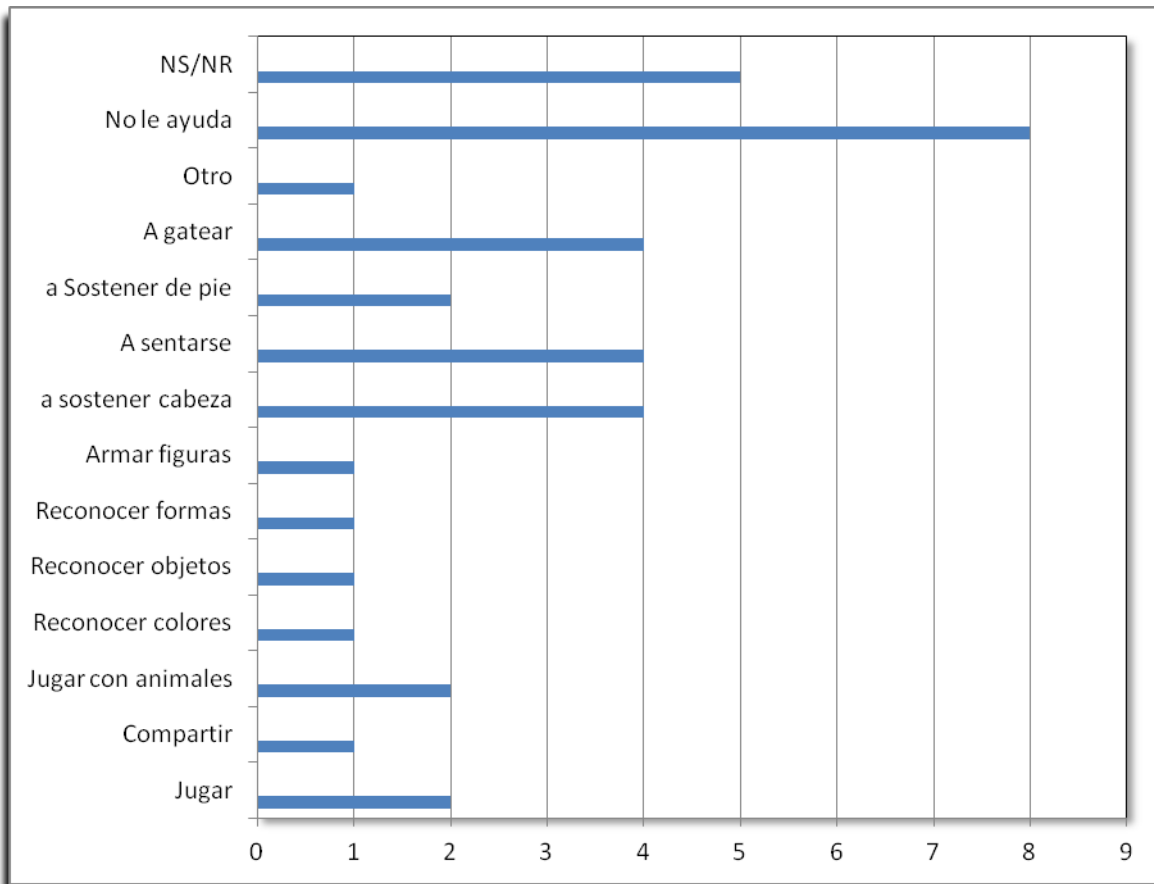


Fuente: Elaboración propia. Encuesta a madres de Eyiyoquivo, San Buenaventura, La Paz, Julio 2012

Por el cuadro se deduce que la alimentación de los niños de eyiyoquivo son en un 54% en base a carbohidratos, la mayoría recibe alimentos 3 veces al día el valor nutricional es inadecuado para el crecimiento y desarrollo de los niños (5 veces según normas de AIEPI_Nut), aumentando la posibilidad que desarrollen desnutrición aguda y crónica.

GRAFICA No 22

Qué hace usted para que su niño/a aprenda mas, sea más inteligente y hable mejor, en la comunidad de Eyiyuquivo, San Buenaventura, Gestión 2012



Fuente: Elaboración propia. Encuesta a madres de Eyiyuquivo, San Buenaventura, La Paz, Julio 2012

La enseñanza de los niños en su desarrollo es ínfimo, como se ve en la encuesta 13 madres (65%) o no le ayudan o No saben o Responden. Motivo por el cual los niños no logran un desarrollo adecuado, por factores culturales y sociales, el desconocimiento de la importancia del valor de la enseñanza de estas que a la larga influirán en su correcto desarrollo. Datos que se pueden observar en sus carnets infantiles.

GRAFICA No 23

RESULTADOS DE TABULACION DE CONTROL PESO Y TALLA EYIYOQUIVO, SAN BUENAVENTURA, GESTION 2012

EDAD	SEXO		ANTROPOMETRIA		CLASIFICACION				
	M	F	PESO	TALLA	TIPODE DESNUTRICION			TALLA NORMAL	TALLA BAJA
6-23 MESES					A	M	G/S		
6 meses	x		6,400gr	62cm					X
1a 9m	x		8,400gr	89cm				X	
8 meses		x	5,100gr	62cm	x				X
1a7m		x	8000gr	79cm					X
1año		x	7000gr	69cm					X
1ª 11m		X	10000gr	70cm				X	
6 meses		X	5500gr	59cm	X			X	
7 meses		X	5500gr	62cm	X				X
6 meses		X	5200gr	63cm	X			X	
1ª 11m		X	10000gr	77cm					X
1ª 2m		X	5100gr	66cm	X				X
1ª 5m	X		9000gr	74cm			X		X
1ª1m		X	5100gr	67cm			X		X
9 meses	X		6000gr	63cm	X				X
11meses		X	8000gr	68cm				X	
1ª 10m		X	12000gr	80cm				X	
7 meses	X		6000gr	64cm					X
1ª 5m	X		10000gr	70cm					X
6 meses		X	5500gr	60cm					X
1ª 2m	X		9700gr	78cm				X	

En el cuadro de valoración antropométrica de control de peso y talla se pudo constatar en la relación P/T : en DNT Aguda se encontraron 6 niños(30%), DNT severa o grave 2 niños (10%) de total de niños encuestados, y la relación T/E nos da 13 niños (65%) que tiene talla baja para la edad factor que denota un incremento de la DNT crónica que en el área rural según el ENDSA 2008 es de 33 % pero en esta etnia es elevada.

GRAFICA No 24

TABLA DE DESARROLLO PSICOSOCIAL DEL NIÑO (CARNET INFANTIL) ESCALA DE NELSON ORTIZ, DE LA COMUNIDAD DE EYIYOQUIVO SAN BUENAVENTURA GESTION 2012

DE 4 A 6 MESES	Total: 4 niños	Porcentaje
Sostiene la cabeza sentado	4 niños	100%
Agarra objetos voluntariamente	2 niños	50%
Pronuncia 4 o más sonidos diferentes	2 niños	50%
Acepta y agarra juguetes	4 niños	100%
DE 7 A 9 MESES	Total: 4 niños	
Se sienta solo sin ayuda	2	50%
Agarra un objeto con los dedos	2	50%
Pronuncia una palabra	2	50%
Imita los aplausos	3	75%
DE 10 A 12 MESES	Total: 2 niños	
Gatea	2	100%
Busca objetos escondidos	2	100%
Niega con la cabeza	1	50%
Toma la taza solo	1	50%
DE 13 A 18 MESES	Total: 6 niños	
Camina solo	3	50%
Pasa hojas de un libro	5	83%
Combina dos palabras	5	83%
Señala dos partes de su cuerpo	3	50%
DE 19 A 24 MESES	Total: 4 niños	
Patea la pelota	4	100%
Hace garabatos	2	50%
Nombra cinco objetos	2	50%
Controla en el día su orina	2	50%

En la tabla de desarrollo se pudo constatar que existe una ausencia casi total de desarrollo psicosocial (67%) de los niños evaluados en sus diferentes etapas de edad hasta los dos años, factor dado por la falta de conocimiento de parte de las madres sobre la importancia de esta actividad en sus niños.

CAPITULO V – CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. CONCLUSIONES:

Existe en la comunidad alimentos que se cultivan tradicionalmente para los requerimientos básicos como se proteínas, carbohidratos, vitaminas y minerales en el 100% de los niño/as para que pueda haber una nutrición adecuada de los niños/as de 6 a 23 meses, y el acceso a otro tipo de alimentos que no existen en la zona que es accesible por la cercanía al área urbana permiten tener casi la totalidad de nutrientes necesarios, el problema es la falta de conocimiento de toda la comunidad en general, especialmente la madre en la forma de preparación de los alimentos como ser el pescado, yuca, carne, plátano maíz, arroz, cítricos que existen en la comunidad y fideo, azúcar, enlatados, papa que lo adquieren. Esta falta de conocimiento se constata porque un 80% de las madres de la comunidad de Eyiyoquivo no tuvieron un nivel educativo que les permitiera discernir y combinar los alimentos básicos como son los carbohidratos, proteínas, minerales y vitaminas, energía siendo su ingesta solo del 50% de los niños de 6 a 23 meses, incluso la lactancia materna lego solo al 50%.“La mayoría de los niños deberían recibir leche materna por lo menos hasta el año de edad, y si es posible, durante más tiempo”(19)

Cabe hacer notar que los alimentos que producen o pescan lo venden en las ferias dominicales de Rurrenabaque , San Buenaventura y adquieren los mismos productos enlatados, perdiendo de esa manera el valor nutricional de un alimento fresco con uno que es procesado, tendencia que va creciendo por la invasión de alimentos a que tiene acceso el EsseEja y la alienación que se ha ido incrustando dentro de su cultura afectando las maneras tradicionales que tenían de alimentar a sus niños

También se nota la poca importancia que les dan a los niños en la prioridad de darle sus alimentos (50%), costumbres enraizadas por la familia dando prioridad al padre por ser el que trae el alimento a la casa (83%).

Otro dato relevante es el inicio temprano de alimentación complementaria (40%), siendo la causa principal de este inicio el desconocimiento (75%), con los riesgos que conllevan el iniciar en forma temprana antes del 6 mes la alimentación complementaria.

“Al contrario de lo que suele creerse, el menor crecimiento no siempre es el resultado de la inseguridad alimentaria: muchos niños provenientes de familias que no son pobres presentan retrasos en el crecimiento debido a la alimentación, a la atención inapropiada del sector salud y a las malas condiciones de saneamiento.

En un documento reciente del Banco Mundial se explicitan las razones por las cuales, aun en hogares con seguridad alimentaria, persista la malnutrición. Entre varios se destaca la falta de consejería adecuada en nutrición en los servicios de salud para las embarazadas y familias con niños pequeños. Durante el embarazo y la lactancia se jerarquiza la baja cantidad de calorías que ingieren las embarazadas; la falta de tratamiento de algunas infecciones; el poco tiempo de descanso y de cuidado de sí mismas. Respecto a los niños más pequeños, como razones para la persistencia de la malnutrición se destaca que a los menores de 6 meses se les ofrecen otros alimentos, diferentes de la leche materna, aun cuando esta, como lactancia exclusiva, constituye la mejor fuente de nutrientes y la mejor protección contra infecciones y enfermedades crónicas del adulto. Cuando se comienza a dar de comer a los niños, durante los dos primeros años se destacan como problemas el bajo contenido energético de las comidas, el desconocimiento de las familias acerca de cómo alimentarlos durante o después de los episodios de diarrea o fiebre y la falta de higiene e inocuidad de los alimentos”(21)

En cuanto a la frecuencia del uso de alimentos que se da a los niños/as se nota el desconocimiento de la forma y cantidad que se debe dar alimento (60% 3 a 6 cucharas) a los niños/as, con la costumbre de solo darlo de la comida que se da en la familia (50%) de 3 veces al día (desayuno, almuerzo y cena), siendo los alimentos nativos más utilizados para la alimentación del niño/a de 6 a 23 meses el pescado, arroz, carne de monte, plátano, yuca y cítricos, solos o en combinación.

Siendo la recomendación del programa de nutrición de AIEPI-nut de darle 5 veces al día y en proporción de acuerdo al mes de edad desde los 6 meses que es de 3-6 cucharas hasta los 23 meses que es de 15 cucharas, recomendación que la comunidad de Eyiyoquivo no lo cumple por desconocimiento de su manejo.

También cabe señalar que un buen porcentaje de niños carece de una persona que les dé el alimento (20%), que en su cultura lo toman como una prueba de suficiencia, dejando al niño a su libre albedrío en cuanto a la cantidad de alimento que debería recibir.

En la tabulación de datos antropométricos se observó un elevado porcentaje de Talla Baja en la comunidad de Eyiyoquivo en 13 (65%) de los 20 niños de 6 a 23 meses a cuyas madres se ha encuestado en comparación a nivel nacional en área rural (40%), cifra alarmante que influirá en el desarrollo de los mencionados niños y posterior desempeño.

La percepción que tiene la madre de considerar a su hijo con respecto a talla/edad normal o grande (80%), no coincide con la relación de Talla/edad realizada en la encuesta donde se observa alto porcentaje de talla baja, posiblemente porque la mayoría de las personas adultas dentro de su etnia tienen estatura baja.

Dentro del desarrollo psicosocial con la escala de Nelson Ortiz que se maneja en el Carnet Infantil se constató que en promedio el 67% de los niños evaluados tienen deficiencias en su desarrollo en sus diferentes etapas de edad hasta los 2 años; desarrollo, que en la encuesta revela que el 65% no saben o no ayudan al correcto desarrollo de sus niños, también por desconocimiento y apatía de qué tipo de actividades deben realizar para mejorar el desarrollo psicosocial.

Todas estas deficiencias que se observan se deben a una mala alimentación, deficiente en cantidad y calidad que a la larga afecta el desarrollo del niño/a.

Por consecuencia la alimentación insuficiente y prolongada lleva a un aumento de desnutrición aguda y más que todo crónica, parámetro que se encuentra dentro del Programa Desnutrición 0. Siendo la Meta de los Objetivos del Milenio erradicar la desnutrición crónica para el 2015 a 0 (19)

El bienestar nutricional de una población constituye tanto un resultado como un indicador del desarrollo nacional. La consecución de los objetivos nacionales depende de él.(17)

2. RECOMENDACIONES

1.- Realizar campañas educativas sobre el aprovechamiento de los alimentos típicos del lugar y la forma de prepararlos mediante un/a nutricionista que hable en lo posible su lengua (eseeja), para que se comprenda mejor por parte de las madres los conocimientos y habilidades, indicando los beneficios de los mismos para evitar consumo de alimentos enlatados o transgénicos que puedan dañar aún más la salud de la comunidad.

2.- Incentivar la frecuencia en cuanto a la cantidad de alimentos por día, incorporando suplementos nutricionales mediante gestiones como ser el Nutribebe, Pumplinut, chispitas nutricionales, Sulfato de Zinc que se encuentran dentro del programa de SUMI y Desnutrición 0 y que lamentablemente no disponemos en el servicio por la ingobernabilidad municipal.

3.- Proyectar parcelas comunales o individuales con capacitación técnica del municipio u ONG amigas para mejorar la calidad del alimento tradicional que tienen e incorporar nuevas que puedan solucionar la desnutrición en la comunidad.

4.- Organizar un Estructura Social que involucre a las madres y la comunidad en conjunto para que se pueda enseñar las fases del desarrollo psicosocial y como poder realizarlo, respetando sus usos y costumbres.

5.- Realizar gestión ante el SEDES para implementar una Unidad de Nutrición Integral en San Buenaventura, priorizando la comunidad de Eyiyoquivo.

CAPITULO VI – PROPUESTA DE INTERVENCION

“PRACTICAS ALIMENTARIAS TRADICIONALES QUE INFLUYEN EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE NIÑOS DE 6 A 23 MESES DE LA COMUNIDAD DE EYIYOQUIVO, SAN BUENAVENTURA, GESTION 2012”

I.- Resumen Ejecutivo

- Después de presentar este proyecto de intervención, se habrá disminuido el grado de desnutrición en la etnia Esejja con la participación del Gobierno Municipal de San Buenaventura, ONG como la Cooperación de Corea.
- Con este plan de intervención se implementara una UNI que coadyuve en programas de educación y nutrición con aprovechamiento de alimentos del lugar y la manera de su uso.
- Al presentar este proyecto se propone conformar estructura Organizacional que involucre a la familia y comunidad para que tengan conocimiento de la forma de alimentar a los niños de 6 a 23 meses en su lengua materna y respetando sus usos y costumbres.
- Con todas las actividades realizadas se logro disminuir en un 90% el grado de desnutrición crónica en la etnia Esejja en el municipio de San Buenaventura.

II.- Planteamiento del problema

- En la investigación realizada en San Buenaventura se ha visto que:
- **“PRACTICAS ALIMENTARIAS TRADICIONALES QUE INFLUYEN EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE NIÑOS DE 6 A 23 MESES DE LA COMUNIDAD DE EYIYOQUIVO, SAN BUENAVENTURA, GESTION 2012”**

El mal uso de los de alimentos nativos del lugar por falta de conocimientos de preparación de alimentos y balance de nutrientes por parte de la comunidad de Eyiyoquivo, por su característica de haber sido Nómada pero que con el transcurso de los años se vuelven sedentarios, aumenta los factores de desnutrición.

III.- Soporte teórico

- La implementación y mejoramiento de alimentos agrícolas del lugar pueden influir en el mejoramiento del grado nutricional en el lugar.
- Se realizo trabajos de investigación relacionadas por los internos de medicina el año 2009
- En La ciudad de La Paz se han implementado UNI (Unidad de nutrición Integral) por fases siendo priorizados 52 municipios en la primera fase y 144 en la segunda fase.

IV.- Justificación

- El disminuir el grado de desnutrición en la etnia Esseeja aumentara la posibilidad de mejorar su medio de subsistencia económico y familiar.
- Fortalecerá manejo de alimentos tradicionales, mejorando su calidad de vida.
- Por no ser un municipio priorizado para la implementación de una UNI, se pretende justificar la incorporación del mismo con el trabajo de investigación realizada en esa comunidad (Eyiyuquivo).

V.-Objetivos del Proyecto

V.1. Objetivo general de Intervención:

Mejorar las prácticas alimentarias tradicionales de la etnia Eseja en niños/as de 6 a 23 meses en la población de San Buenaventura año 2012.

Se ha adecuado la alimentación con productos del lugar para disminuir grado de desnutrición.

V.2. Objetivos específicos:

- Incorporar una UNI en el Municipio de San Buenaventura

VI.- Metodología

Se realizo un árbol de problemas y de soluciones, además de hacer un marco lógico con el objetivo de tener una guía que nos oriente a realizar las actividades tendientes a disminuir el grado de desnutrición en la etnia Eseeja en la población de san Buenaventura.

VII.- Análisis de factibilidad

Se tendría la participación de involucrados como el gobierno municipal, ONG como la Cooperación de Corea, ya que se están priorizando el tratar de disminuir el grado de desnutrición en etnias que nunca recibieron apoyo, cumpliendo además uno de los objetivos del milenio e implementar la interculturalidad en nuestro municipio.

A fin de cumplir estas metas en nuestro municipio para mejorar la salud de San Buenaventura, ahí el interés de las diferentes instituciones tanto del gobierno municipal como ONG para ayudar las etnias afectadas e incorporarlos al sistema de salud.

VIII.-Análisis de Viabilidad

Como política del actual gobierno el de priorizar salud y educación, al tener un presupuesto asignado para tales problemas de salud es viable realizarlos.

El realizar políticas de capacitación para manejo agrícola de las tierras de las etnias por parte del municipio con apoyo de ONG es viable realizarlo con poco presupuesto.

Realizar gestiones a nivel superior con cooperación de la Dra. Ana María Aguilar quien estuvo en el Comité Técnico del Consejo de Alimentación y Nutrición (CONAN)

IX.- Cronograma

Se dividen en una fases divididos en 8 pasos en un trimestre (Noviembre - Enero).
Realizado el cronograma en una matriz de Gant. Ver Anexo

X.- Presupuesto

El presupuesto alcanza el costo de 39700 Bs.. separados por pasos . véase en anexos.

XII ANEXOS:

FASES

Fase 1.- Gestión ante el SEDES para implementación de UNI en San Buenaventura CRONOGRAMA DEL PROYECTO

Fase	Actividad	Noviembre				Diciembre				Enero			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Se ha recopilado información sobre tasas de desnutrición en comunidad eyiyoquivo	X											
1	Se ha revisado y analizado la información recopilada por un equipo multidisciplinario		X										
1	Se ha elaborado una Propuesta para la implementación de una UNI			X									
1	Se ha gestionado Los ambientes de la UNI				X								
1	Gestionado implementación de personal para la UNI					X	X						
1	Se ha presentado y aprobado la propuesta en SEDES y Municipio							X					
1	Se ha implementado la propuesta de UNI en San Buenaventura								X				
1	Se ha realizado el seguimiento y evaluación correspondiente a la propuesta									X	X	X	X

PRESUPUESTO

FASES	TAREA	FECHA	COSTO Bs
1	Se ha recopilado información sobre tasas de desnutrición en comunidad eyyoquivo	1 – 7 de Noviembre	100
1	Se ha revisado y analizado la información recopilada por un equipo multidisciplinario	8 – 15 de Noviembre	100
1	Se ha elaborado una Propuesta para la implementación de una UNI	16– 21 de Noviembre	1000
1	Se ha gestionado Los ambientes de la UNI	22 – 30 de noviembre	7000
1	Gestionado implementación de personal para la UNI	1 – 15 de Diciembre	25000
1	Se ha presentado y aprobado la propuesta en SEDES y Municipio	20 Diciembre	1000
1	Se ha implementado la propuesta de UNI en San Buenaventura	30 diciembre	500
1	Se ha realizado el seguimiento y evaluación correspondiente a la propuesta	1 – 30 de Enero	5000
TOTAL			39700

Financiadores: Fase 1: Gobierno Municipal de San Buenaventura y SEDES La Paz

MARCO LOGICO

Objetivo global (Finalidad)

El resultado del proyecto contribuirá a Mejorar las Practicas Alimentarias Tradicionales en los niños/as de 6 a 23 meses de la comunidad de Eyiyuquivo san Buenaventura gestión 2012

Problema especifico - causa	Producto final especifico	Productos intermedios	Indicador de logro objetivamente verificable	Medio de verificación del indicador	Fecha de Verificación del logro	Responsable	Supuesto
Practicas alimentarias tradicionales que influyen en el crecimiento y desarrollo de niños de 6 a 23 meses de la comunidad de Eyiyuquivo San Buenaventura Gestión 2012	Se ha logrado implementar una UNI en San Buenaventura	Se ha recopilado información sobre tasas de desnutrición en comunidad eyiyuquivo	Documentos recopilados en el lapso de un mes	Inventario de la documentación recopilada	7 de noviembre	Dr. Rosales	No se sabe donde se puede recabar esta información
		Se ha revisado y analizado la información recopilada por un equipo multidisciplinario	100% de la información recopilada leída y analizada en un mes	Resumen de análisis	14 de noviembre	Dr. Rosales	Responsables no presentes
		Se ha elaborado una Propuesta para la implementación de una UNI	Propuesta elaborada en 30 días	Documento elaborado, impreso	21 de noviembre	Dr. Rosales	Falta apoyo logístico
		Se ha gestionado Los ambientes de la UNI	Ambiente implementado	Acta de entrega de ambiente a la UNI	30 noviembre	Go-bierno Municipal San Buenaventura	Ingober-nabilidad Municipal No se tiene ambientes adecuados

		Gestionado implementación de personal para la UNI	5 profesionales contratados	ITEM del SEDES	15 diciembre		
		Se ha presentado y aprobado la propuesta en SEDES y Municipio	Reunión con SEDES y Municipio dando aprobación	Resolución del SEDES autorizando el funcionamiento de una UNI	20 de diciembre	SEDES Dr. Rosales	Imposibilidad por falta de acceso
		Se ha implementado la propuesta de UNI en San Buenaventura	Capacitación sobre manejo integral de nutrición	Actividades informadas	30 diciembre	SEDES Dr. Rosales	Dificultades en idioma nativo para su implementación
		Se ha realizado el seguimiento y evaluación correspondiente a la propuesta	Encuestas aplicadas y evaluación del proceso	Informe de resultado de proceso	30 de enero 2013	SEDES Dr. Rosales	No asistencia de los integrantes de la UNI

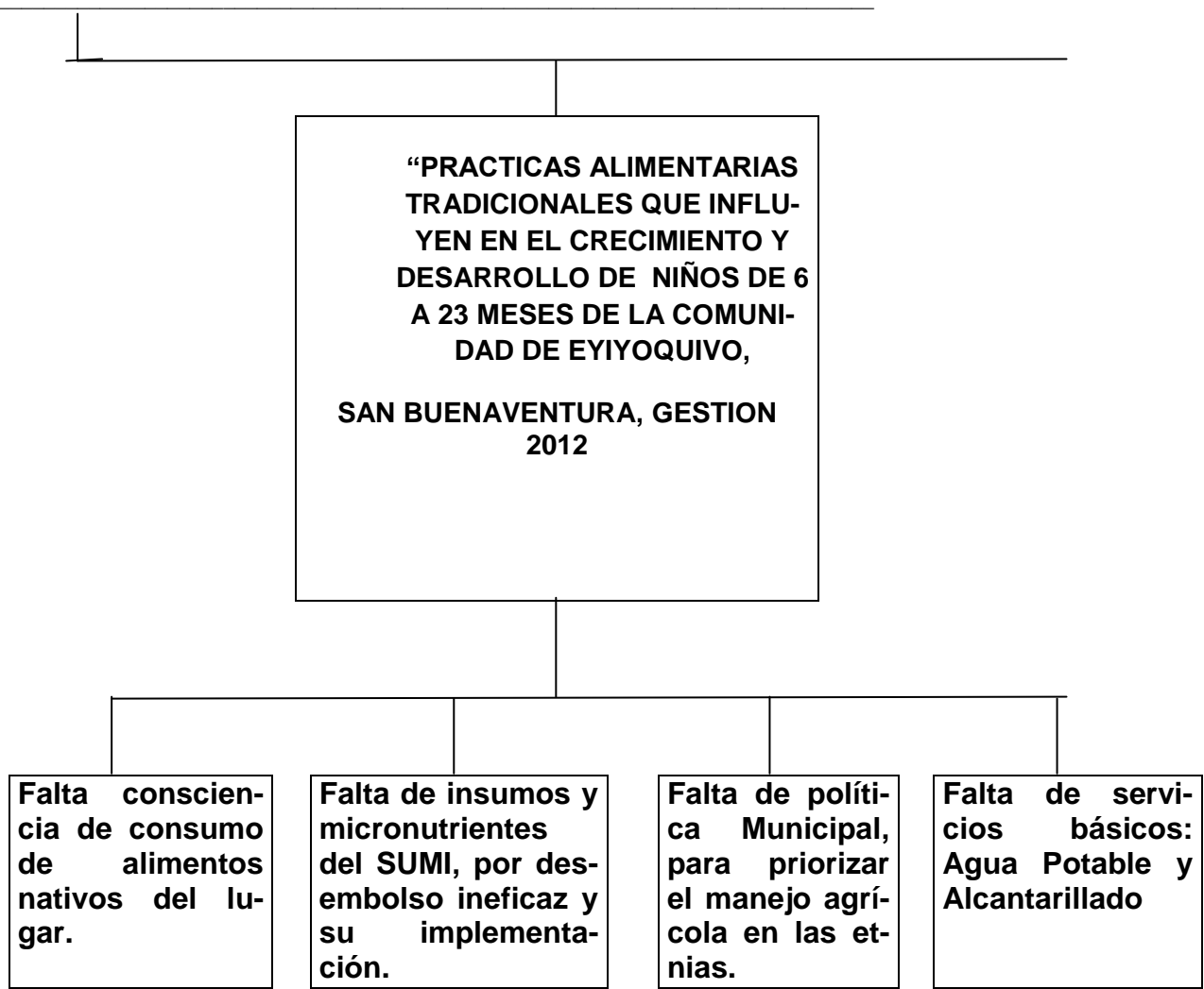
ARBOL DE PROBLEMAS

Aumento factores que disminuyen estado nutricional

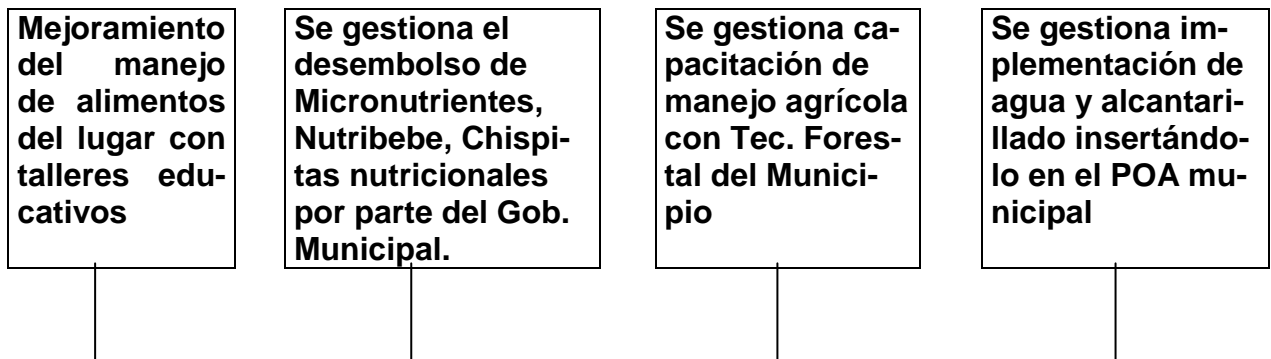
Ausencia del uso de micronutrientes del SUMI en las etnias estudiadas

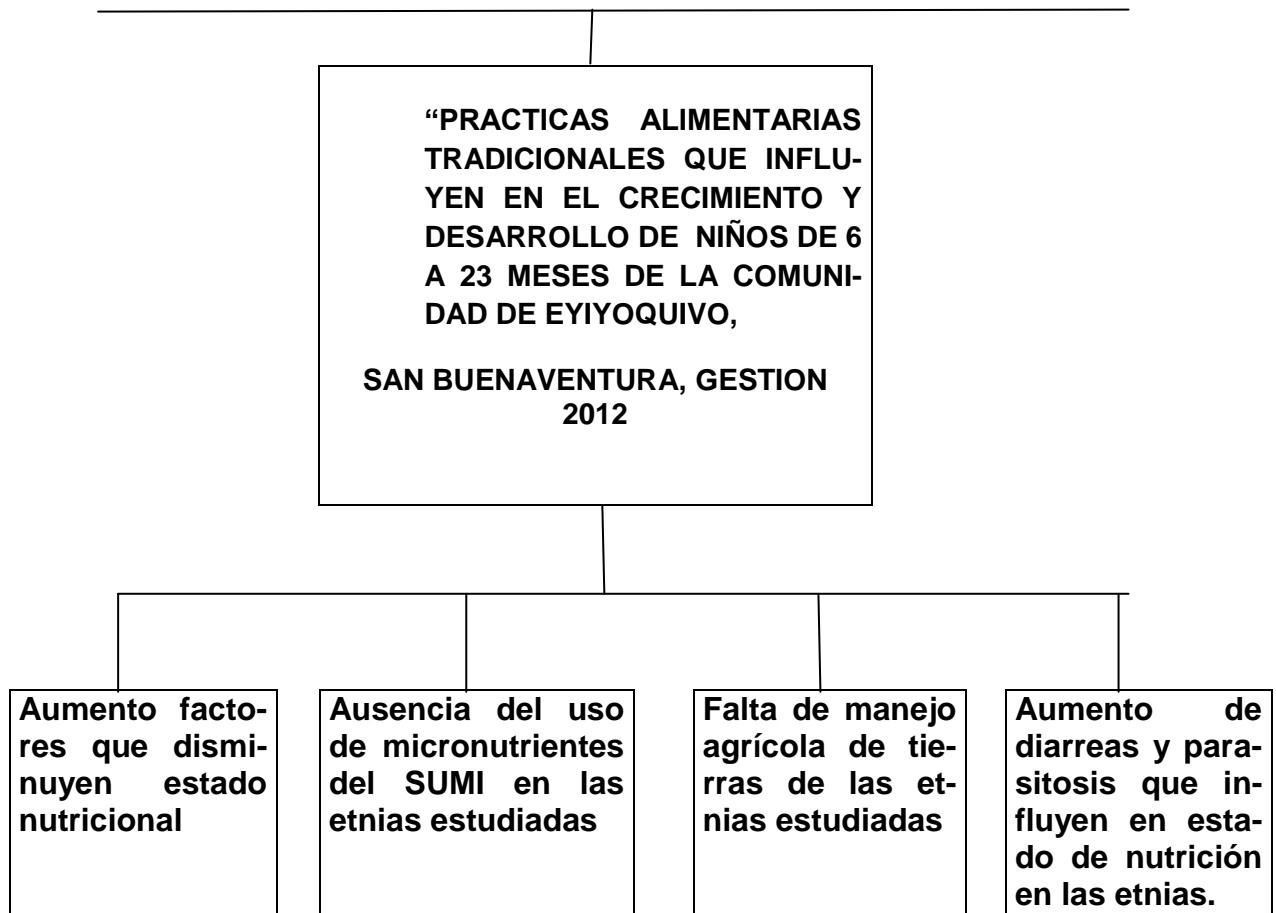
Falta de manejo agrícola de tierras de las etnias estudiadas

Aumento de diarreas y parasitosis que influyen en estado de nutrición en las etnias.



ARBOL DE SOLUCIONES





CAPITULO VII - BIBLIOGRAFIA

- 1.- ONU-FAO. El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo. 2005
- 2.- Saucedo J.M. La familia su dinámica y Tratamiento. OPS; p. 260-265
- 3.- Desafíos. Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos del milenio. Número 2 abril 2006, Pág. 5,7 y 9

-
- 4.- Revista gestión Municipal. 2007
 - 5.- ONU PARA AGRICULTURA Y ALIMENTACION.Guía para la Gestión Municipal de Programas de Seguridad Alimentaria y Nutrición, p. 9-26. Santiago Chile 2001
 - 6.- CEPAL-PMA. El costo del hambre; Rodrigo Martínez, Andrés Fernández
 - 7.- PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL, 2007
 - 8.- Comunidad Andina. Estrategias, políticas y acciones de seguridad alimentaria para las poblaciones indígenas en los países de la comunidad andina, pág. 15-25, mayo 2010.
 9. - Aranda TorrelioEduardo “Texto de cátedra de Pediatría”Pag. 390
 - 10.- Ademar EsquivelUrape”El costo del hambre en Bolivia2009”pag. 13
 - 11.- AIEPI – NUT CLINICO, marzo 2011, pág. 85
 12. - NUTRICION. Janice Thompson
 13. -Consejería para la AlimentacionDel Lactante y Niño Pequeño, Curso integrado OMS, 2007.
 14. - Bases Técnicas AIEPI-Nut, Bolivia 2007
 15. -Salud Intercultural, Elementos para la construcción de bases conceptuales. Alarcón A. et al. Revista Médica de Chile, 2003
 16. -Situación de la mujer rural, Bolivia FAO. 2005
 17. -Suraya I., Martenn I. Mejora de los programas de nutrición, ONU – FAO, Roma 2006.
 18. - Factores Determinantes del Éxito de los Programas de Alimentación y Nutrición Comunitarios: Examen y Análisis de la Experiencia, FAO 2005
 - 19.- Objetivos de Desarrollo del Milenio en Bolivia, sexto informe de Progreso, UDAPE, Pag.26,49 2010.

20.-Ministerio de Salud y Deportes, Plan estratégico de Salud 2010-2015, La Paz

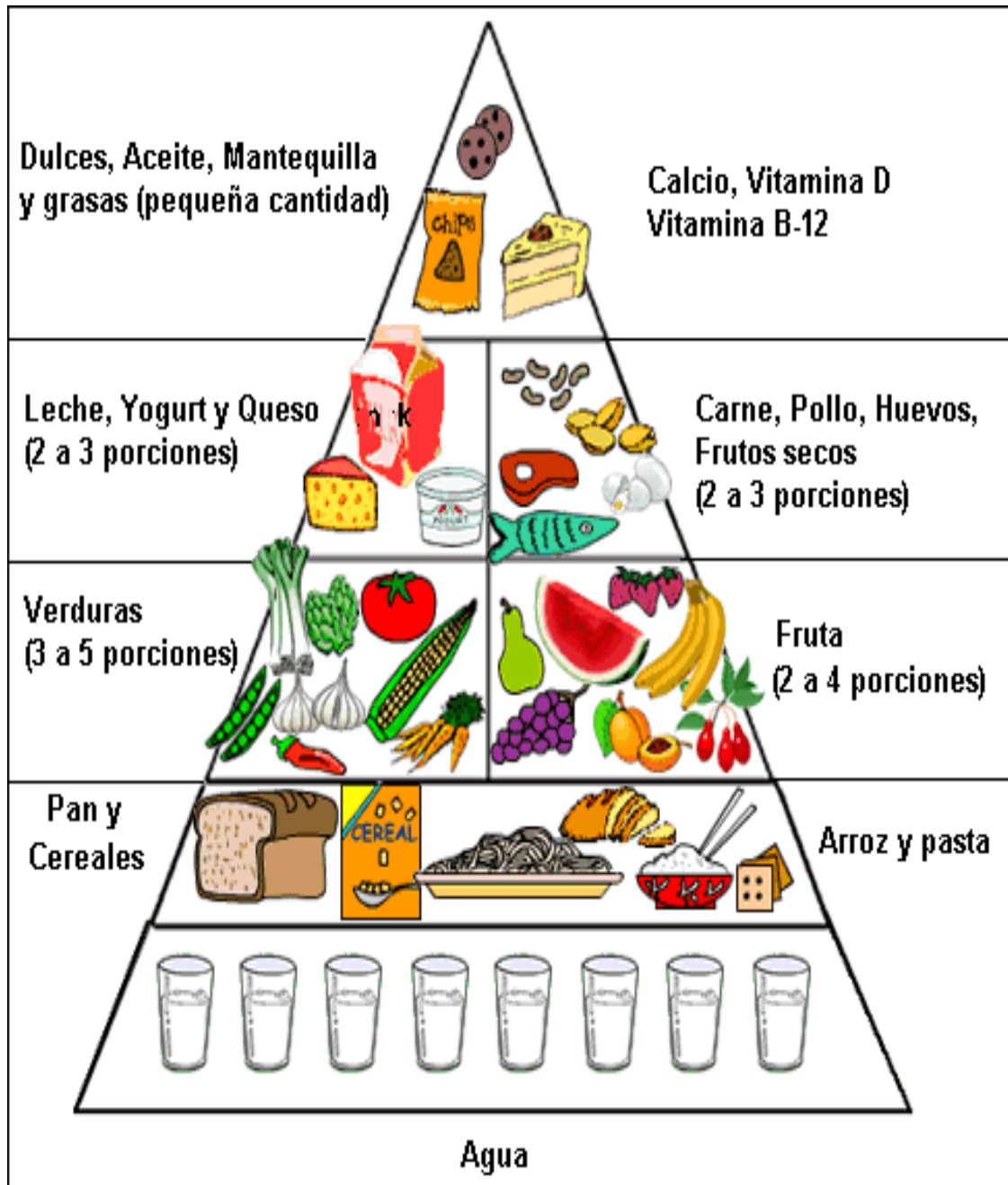
21.-Encuesta Lactancia y Alimentación Complementaria, Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia, Uruguay, 2007. Pag.19

22.-GuiaNutricion y Familia, Alimentación a los Niños Mayores de 6 meses, Tema 7
Pag, 78.

23.- Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2008, ENDSA “008 Informe preliminar, pág. 29

CAPITULO VIII - ANEXOS

FIGURA 1





UNIVERSIDAD MAJOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA ENFERMERÍA NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO
ESPECIALIDAD EN INTERCULTURALIDAD Y SALUD

TÍTULO: PRÁCTICAS ALIMENTARIAS TRADICIONALES QUE INFLUYEN EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LOS NIÑOS DE 6-23 MESES EN LA COMUNIDAD DE EYIYOQUIVO

ENCUESTA

A MADRES DE NIÑOS MAYORES DE 6 MESES A MENORES DE 2 AÑOS

EDAD DEL NIÑO/A

1.- ¿Qué tipo de alimentos consume su niño/a con mayor frecuencia en forma rutinaria? (existe más de una respuesta)

A.- Proteínas:

- () Pescado
- () Pollo
- () Carne de res
- () Ninguno

B.- Carbohidratos:

- () Yuca
- () Plátano
- () Arroz
- () Fideo
- () Papa
- () Otros

C.- Vegetales:

- () Lechuga
- () Repollo

Tomate

Cebolla

Perejil

Acelga

D.- Vitaminas y minerales:

Naranja

Lima

Toronja

Otros

2.- ¿ Su niño/a actualmente continua recibiendo lactancia materna?

Si

No

NR

3.- ¿ Desde qué edad su niño/a ha iniciado la alimentación complementaria?

Antes de los 6 meses (continua a la pregunta 4)

A partir de los 6 meses

4.- ¿Por qué ha iniciado la alimentación complementaria antes de los 6 meses de edad?

Por que la madre realiza trabajos fuera de la casa

Por desconocer la práctica de la alimentación complementaria

Otro motivo. Especificar.....!

5.- ¿Qué tipo de alimentos tiene a disposición o se producen en el lugar? (Existe más de una respuesta)

Yuca plátano pescado carne arroz Pollo

Otros

6.- ¿Cuántas veces come su niño/a en el día?

Menos de 1 vez al día

2 veces al día

3 veces al día

4 veces al día

-
- 5 veces al día
 - Mas de 5 veces al día

7.- ¿ Existe preferencia en la cantidad de alimento que se le sirve a los miembros de la familia al momento de compartir los alimentos?(Si respuesta es No saltar a la pregunta 9)

- Si
- No

8.- Si la respuesta es sí ¿ quién tiene más preferencia?

- Padre
- Madre
- Hermanos/as mayores
- Hermanos/as menores
- Otros

9.- ¿ Quien se ocupa de alimentar al niño/a?

- Se alimenta el solo
- Padre
- Madre
- Hermano/a
- Otros Familiares

10.- ¿Cuántos niños/as de 6-23 meses tiene en su familia?

Respuesta:

11.- ¿Qué cantidad de comidarecibe su niño/a cuando se alimenta?

- 1 cuchara en cada comida
- 3-6 cucharas en cada comida
- 7-11 cucharas en cada comida
- 12 – 15 cucharas en cada comida
- Mas de 15 cucharas en cada comida

12.- ¿Cuánto gasta mensualmente en la compra de alimentos para la familia?

Colocar rango de cifras

- No gasta en alimentos
- 1 a 50 Bolivianos
- 51 a 100 Bolivianos
- 101 a 200 Bolivianos
- 201 y mas Bolivianos

13.-¿Qué tipo de alimentos cultivan en el lugar tradicionalmente? (Existe más de una respuesta)

- Plátano
- Yuca
- Arroz
- Cítricos
- Otros

14.- ¿Tiene acceso a otro tipo de alimentos que no se cultivan en el lugar?(Si respuesta es No saltar a la pregunta 16)

Si

No

15.- Si la respuesta es Si ¿a qué otro tipo de alimentos tienen acceso? (existe más de una respuesta)

Enlatados

Fideo

Azúcar

Papa

Otros

16.- ¿Como accede a los alimentos que no se cultivan o producen en el lugar?

Compra Ninguno

Trueque o intercambio de alimentos

17.- ¿Qué grado de escolaridad tiene la madre?

No asistió a la escuela

Primaria

Secundaria

Técnica

Universidad

18.- ¿Que miembro de la familia dispone de recursos económicos para la alimentación? (Puede haber más de una respuesta)

Padre

Madre

Abuelo

Hermano/a

Otros

19.- ¿Que importancia tiene la alimentación de los niños en tu comunidad?

Ninguno

Poca importancia

Relativa importancia

Importante

20.- ¿Como considera a su niño/a con respecto a la talla/edad?

Muy bajito

Normal

Grande

21.- ¿Que alimentos le dio al niño/a el día de ayer?

Alimentos	desayuno	almuerzo	Cena
Carbohidratos			
proteínas			
Vit. y minerales			
Energía			
Leche materna			

22.- ¿Que hace usted para que su niño/a aprenda más, sea inteligente y hable mejor?

- A jugar
- A compartir juegos con otros niños
- A jugar con animales/ plantas
- A reconocer colores
- A reconocer objetos
- A reconocer formas
- A armar figuras
- A sostener la cabeza/ cara
- A sentarse
- A sostenerse de pie
- A gatear/ caminar
- Le canta
- Le cuenta/lee cuentos
- Pronunciando palabras
- Otro
- No le ayuda
- NS/NR

**TABLA DE DESARROLLO PSICOSOCIAL DEL NIÑO (CARNETINFANTIL)
ESCALA DE NELSON ORTIZ**

DE 4 A 6 MESES	Total: niños	Porcentaje
Sostiene la cabeza sentado		
Agarra objetos voluntariamente		
Pronuncia 4 o más sonidos diferentes		
Acepta y agarra juguetes		
DE 7 A 9 MESES	Total: niños	
Se sienta solo sin ayuda		
Agarra un objeto con los dedos		
Pronuncia una palabra		
Imita los aplausos		
DE 10 A 12 MESES	Total: niños	
Gatea		
Busca objetos escondidos		
Niega con la cabeza		
Toma la taza solo		
DE 13 A 18 MESES	Total: niños	
Camina solo		
Pasa hojas de un libro		
Combina dos palabras		
Señala dos partes de su cuerpo		
DE 19 A 24 MESES	Total: niños	
Patea la pelota		
Hace garabatos		
Nombra cinco objetos		
Controla en el día su orina		

FOTOS

Fotografía 1: Encuesta



Fuente: Comunidad eyiyo

Fotografía 2: Tipos alimentos



eyiyo, Julio 2012

Fuente: comunidad eyiyo

Fotografía 3: Lactancia materna **Fotografía 4: Tipos de alimentos**



Fuente. Comunidad de eyiyo, Julio 2012

Fotografía 5 y 6: tipos de vivienda



Fuente: comunidad de eyyoquivo, Julio del 2012

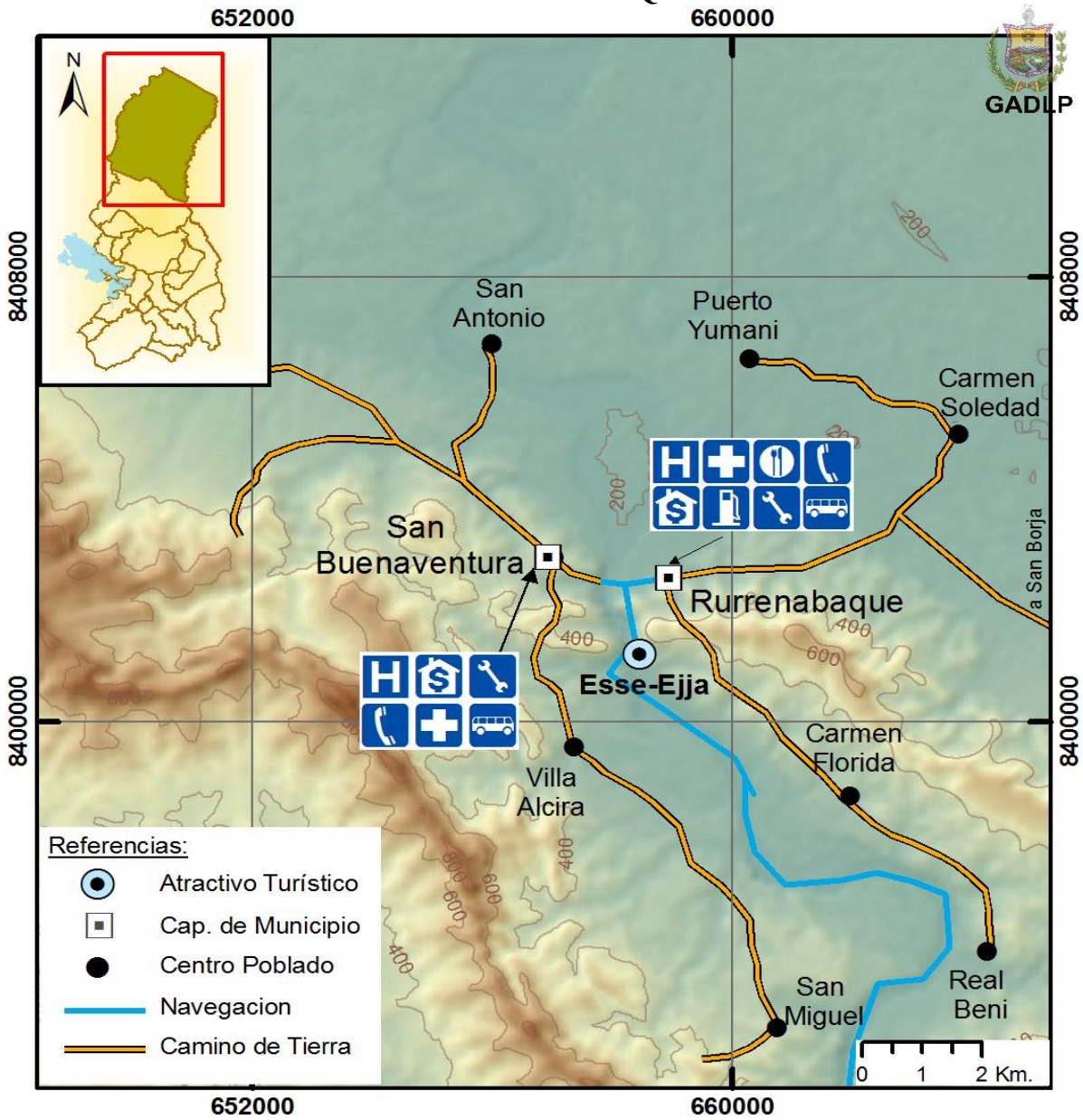
Fotografía 7: acceso a eyyoquivo



Fuente: Comunidad de eyyoquivo, Julio 2012

Fotografía 8

UBICACIÓN DE LA POBLACION INDIGENA DE EYIYOQUIVO



Fuente: PDM GESTION 2010
