



**UNIVERSIDAD TÉCNICA
PARTICULAR DE LOJA**
La Universidad Católica de Loja

MAESTRÍA EN GERENCIA DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL

“Implementación de un programa de prácticas de alimentación y estilos de vida saludables para niños menores de doce años de la zona rural del cantón Cotacachi, 2010 – 2011”

Tesis de Grado

Autor:

Albuja Echeverría, Byron Orlando, Dr.

Director:

Morillo Cano, Julio Rodrigo, Dr.

CENTRO UNIVERSITARIO IBARRA - ECUADOR

2011

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

Mgs. Julio Rodrigo Morillo Cano
DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA:

Que el presente trabajo de investigación realizado por el estudiante Byron Orlando Albuja Echeverría, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, ajustándose a las normas establecidas por la Universidad Técnica Particular de Loja; por lo que autorizo su presentación.

Ibarra, 26 de marzo de 2012

(f).....

DIRECTOR

AUTORÍA

Yo Byron Orlando Albuja Echeverría, como autor del presente trabajo de investigación, soy responsable de las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el mismo.

(f).....

AUTOR

C.I. 1002252292

CESIÓN DE DERECHO

Yo Byron Orlando Albuja Echeverría declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte textual dice: "Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad"

Ibarra, 26 de marzo de 2012

(f).....

AUTOR

DEDICATORIA

A mi esposa y a mi hijo quienes más sufren mi ausencia por su apoyo incondicional, a mis padres quienes han sido los primeros y mejores maestros, a la gente humilde de la zona rural del Cantón Cotacachi.

El Autor

AGRADECIMIENTO

Expreso mi más sincero e imperecedero agradecimiento al personal docente y administrativo del Programa de Maestría en Gerencia Integral de Salud para el Desarrollo Local de la Universidad Técnica Particular de Loja por la oportunidad brindada para el mejoramiento y capacitación profesional.

Al Mgs. Julio Morillo Cano por sus valiosos conocimientos y sus aportes para la consecución de este trabajo.

A las autoridades del Hospital Asdrúbal de la Torre y de la Dirección Provincial de Salud de Imbabura por creer en mi propuesta; sin su colaboración no hubiera sido posible ejecutar este proyecto.

A los médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería del Área de Salud N.3 – Cotacachi por su participación y compromiso.

A los niños, niñas, padres y madres de familia de las comunidades rurales del Cantón Cotacachi, quienes confían en nosotros su posesión más preciada; su salud.

El Autor

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CONTENIDO	Pág.
Certificación del Director	I
Autoría	II
Cesión de Derechos	III
Dedicatoria	IV
Agradecimiento	V
Índice	
1. Resumen	1
2. Abstract	3
3. Introducción	5
4. Problematización	8
5. Justificación	11
6. Objetivos	13
7. CAPÍTULO I. Marco Teórico	15
8. CAPÍTULO II. Diseño Metodológico	65
9. CAPÍTULO III. Resultados, Conclusiones, Recomendaciones	78
10. Bibliografía	107
11. Anexos	113

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Contenido	Pág.
Gráfico 1. División Política del Cantón Cotacachi	16
Tabla 1. División política-superficie por parroquia del Cantón Cotacachi	17
Gráfico 2. Mapa político de las comunidades andinas de Cotacachi	17
Tabla 2. Cotacachi. Población por Parroquias, 2010	18
Tabla 3. Cotacachi. Población por grandes grupos de edad, 2010	18
Tabla 4. Cotacachi - Población por grupos de edad, 2010	19
Tabla 5. Cotacachi. Población en edad pediátrica, 2010	19
Tabla 6. Cotacachi. Población por autoidentificación según cultura y costumbre, 2010	20
Tabla 7. Cotacachi. Población y educación, 2010	20
Tabla 8. Principales causas de morbilidad general del Hospital Asdrúbal de la Torre	26
Tabla 9. Principales patologías de egreso hospitalario del Hospital Asdrúbal de la Torre	27
Gráfico 3. Radio de Influencia del Hospital Asdrúbal de la Torre	29
Tabla 10. Etapas de la Transición Epidemiológica	35
Tabla 11. Etapas de la Transición Nutricional	35
Tabla 12. Clasificación de los países según etapa de transición epidemiológica y nutricional en América Latina (18 países)	37
Gráfico 4. Ciclo de la desnutrición	42
Tabla 13. Factores asociados al desarrollo de la desnutrición	43
Tabla 14. Consecuencias de la desnutrición	49
Tabla 15. Efectos de la desnutrición en el ciclo de vida	55
Tabla 16. Gravedad de la desnutrición	80
Gráfico 5. Diagnóstico nutricional realizado a 333 niños/niñas menores de 12 años en 10 comunidades de la zona rural de Cotacachi	81
Tabla 17. Diagnóstico nutricional realizado a 333 niños/niñas menores de 12 años en 10 comunidades de la zona rural de Cotacachi	81
Gráfico 6. Diagnóstico nutricional realizado a 333 niños/niñas menores de 12 años. Gravedad de la desnutrición	82
Tabla 18. Diagnóstico nutricional realizado a 333 niños/niñas menores de 12 años. Gravedad de la desnutrición	82
Gráfico 7. Prácticas de alimentación. Alimentación con leche materna exclusiva durante los primeros 6 meses de edad.	86
Tabla 9. Alimentación con leche materna exclusiva durante los primeros	

6 meses de edad.	86
Gráfico 8. Líquidos y alimentos que son administrados como complemento de la lactancia materna antes de los 6 meses de edad.	87
Tabla 20. Líquidos y alimentos que son administrados como complemento de la lactancia materna antes de los 6 meses de edad.	87
Gráfico 9. Prácticas de alimentación. Uso de sucedáneos de la leche materna	88
Tabla 21. Prácticas de alimentación. Uso de sucedáneos de la leche materna	88
Gráfico 10. Prácticas de alimentación. Edad del destete.	89
Tabla 22. Prácticas de alimentación. Edad del destete.	89
Tabla 23. Frecuencia de consumo de alimentos	91
Gráfico 11. Talento humano capacitado en prácticas de alimentación y estilos de vida saludables, distribución por profesión.	96
Tabla 24. Talento humano capacitado en prácticas de alimentación y estilos de vida saludables, distribución por profesión.	96
Gráfico 12. Talento humano capacitado en prácticas de alimentación y estilos de vida saludables, distribución por tipo de contrato.	97
Tabla 25. Talento humano capacitado en prácticas de alimentación y estilos de vida saludables, distribución por tipo de contrato.	97

1. RESUMEN

En el Ecuador la desnutrición sigue siendo un problema importante de salud pública a pesar de los esfuerzos realizados por organismos gubernamentales y no gubernamentales. En la provincia de Imbabura, el cantón Cotacachi es el que presenta la tasa más alta de desnutrición infantil.

El presente trabajo tiene como propósito mejorar las prácticas de alimentación y estilos de vida saludables en familias de la zona rural del cantón Cotacachi; a través de la capacitación permanente por parte del personal de unidades del Ministerio de Salud; con el fin de disminuir las tasas de desnutrición, morbilidad y mortalidad en niño/as menores de 12 años.

Se realizó el diagnóstico nutricional de niño/ñas menores de 12 años, se aplicó una encuesta de frecuencia de consumo de alimentos y se capacitó sobre prácticas de alimentación y estilos de vida saludables a familias de 10 comunidades rurales. Se elaboró un manual de prácticas de alimentación y estilos de vida saludables dirigido a madres y padres. Se capacitó 75 profesionales de salud. Se entregaron 1000 ejemplares del manual gratuitamente y se continúan realizando capacitaciones a madres y padres de familia.

2. ABSTRACT

In Ecuador, malnutrition continues to be an important problem in public health, in spite of the multiple efforts carried out by governmental and nongovernmental organizations. In Imbabura, the city of Cotacachi is the one that presents the highest rate of infantile malnutrition.

In this context, a project is developing with the objective to create healthy feeding practices and healthy lifestyles in families of the rural areas of Cotacachi through the continuous training on the part of the medical personnel, infirmaries, assistants to the infirmaries and the work of the Ministry of Health, to diminish the rate of malnutrition in children younger than twelve years old.

We carry out the nutritional diagnosis of children younger than twelve years; we carry out a survey of the frequency of food consumption in the communities of the rural area of Cotacachi. A manual of food practices and healthy lifestyles was elaborated and directed to doctors, nurses, nursing assistants and families. We train the personnel of the health sub centers and the Ministry of Public Health. One thousand copies of the manual were given out gratuitously and continuous training given to patients. This social development project was executed specifically for training and health promotion using logical methodology.

3. INTRODUCCIÓN

La nutrición juega un rol fundamental en el desarrollo del ser humano desde el momento mismo de la concepción. Desde el punto de vista de la Nutrición Pública, los estudios realizados en el ciclo de vida confirman que existen déficits o excesos de nutrientes que influyen negativamente en el desarrollo óptimo del ser humano y causan consecuencias en nutrición y por ende en la salud. Las deficiencias nutricionales son uno de los problemas que afecta a grandes grupos de la población, en especial a los más vulnerables, niños/as pequeños y mujeres gestantes (Ávila, A., Gómez, C., Chávez, C. 2005).

En la actualidad el problema nutricional es más complejo; la desnutrición es un viejo problema de salud pública no superado, al que se ha sumado sobrepeso y obesidad; todos relacionados entre otros factores, con prácticas de alimentación y estilos de vida inadecuados.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la malnutrición ha sido la causa, directa o indirecta, del 60% de los 10,9 millones de defunciones registradas cada año entre los niños menores de cinco años. Más de dos tercios de esas muertes, a menudo relacionadas con prácticas inadecuadas de alimentación, ocurren durante el primer año de vida (Martínez, R., Palma, A, Atalah, E., Pinheiro, A. 2009).

La desnutrición sigue siendo un problema de Salud Pública en el Ecuador. La Provincia de Imbabura tiene una tasa de desnutrición crónica que supera el promedio nacional. En esta provincia, el Cantón Cotacachi es el que presenta la tasa más alta de desnutrición infantil; la población más vulnerable se encuentra en la zona rural; andina y subtropical (Plan Cantonal de Salud de Cotacachi. 2007).

El presente trabajo tiene como objetivo general, mejorar las prácticas de alimentación y estilos de vida saludables en familias de la zona rural del Cantón Cotacachi; a través de la capacitación permanente por parte del personal médico, enfermería y auxiliar de enfermería de sub-centros y puestos del Área de Salud N.3; para disminuir las tasas de desnutrición, morbilidad y mortalidad en niños y niñas menores de 12 años.

Para ello se determinó la situación nutricional y de salud de niños/as menores de 12 años, se elaboró una encuesta de frecuencia de alimentos y se capacitó sobre prácticas de alimentación y estilos de vida saludables a familias de 10 comunidades rurales; se realizó la capacitación sobre prácticas de alimentación y estilos de vida saludables a 75 profesionales de sub-centros y puestos del Ministerio de Salud Pública; y se elaboró una guía de capacitación

de prácticas de alimentación y estilos de vida saludables en el embarazo y la niñez dirigida a madres y padres, y se distribuyó gratuitamente a 1000 familias.

Este estudio presenta cuatro ejes: investigación científica, trabajo de campo, capacitación al talento humano de unidades de salud y capacitación a la comunidad.

El apoyo técnico, financiamiento y aval del Hospital Asdrúbal de la Torre: "Institución Ejecutora", permitió la factibilidad del mismo y permitió el logro de todos los objetivos planteados. Cabe señalar que el impacto real del proyecto en relación a disminución de indicadores de desnutrición, morbilidad y mortalidad deberá evaluarse a largo plazo.

Debido a la complejidad del proyecto uno de las dificultades para el autor fue el tiempo, razón por la que se tuvo que extender el plazo para la entrega de resultados e informe final.

4. PROBLEMATIZACIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la malnutrición ha sido la causa, directa o indirecta, del 60% de los 10,9 millones de defunciones registradas cada año entre los niños menores de cinco años. Más de dos tercios de esas muertes, a menudo relacionadas con prácticas inadecuadas de alimentación, ocurren durante el primer año de vida (Martínez, R., Palma, A, Atalah, E., Pinheiro, A. 2009).

La desnutrición sigue siendo un problema importante de salud pública a pesar de los múltiples esfuerzos realizados por organismos gubernamentales y no gubernamentales. Casi 371.000 niños menores de cinco años en el Ecuador tienen desnutrición crónica. En total, el 26,0 % de los niños ecuatorianos menores de 5 años tiene desnutrición crónica y de este, el 6,35 % tiene desnutrición grave. Se pueden encontrar diferencias entre los grupos socioeconómicos en la prevalencia de los resultados nutricionales. La prevalencia de desnutrición crónica es un poco mayor entre niños que entre niñas (24% versus 22,1%) (INEC. M.S.P. 2009).

Los niños indígenas tienen una probabilidad mucho mayor de tener desnutrición crónica (46,6%) y desnutrición crónica grave (16,8%) que los de cualquier otro grupo étnico. Los niños negros tienen las menores probabilidades de tener desnutrición crónica (14,2%) y los niños blancos tienen la mayor probabilidad de ser obesos (5.5%) (UNICEF. 2008).

Al igual que lo han consignado varias observaciones en muchos países, en el Ecuador la prevalencia de la desnutrición crónica aumenta con la edad del niño. Únicamente el 3% de los niños menores de cinco meses tienen desnutrición crónica, pero ésta se eleva a casi el 10% en el grupo de 6 a 11 meses y hasta el 28 % para niños de entre 12 y 23 meses de edad. Una pauta similar se observa en el caso de la desnutrición crónica extrema, con tasas del 0,1%, 2,6% y 7,5%, respectivamente para estos tres rangos de edad (Martínez, R., Fernández, A. 2006).

Los niveles de ingresos y pobreza también están correlacionados con los resultados nutricionales. En el quintil inferior de la distribución de los ingresos, el 30% de los niños tiene desnutrición crónica y el 9% desnutrición crónica grave. En el quintil superior, solamente el 11,3% tiene desnutrición crónica y el 1,9% desnutrición crónica grave. De modo similar, entre los hogares clasificados como pobres, el nivel promedio de desnutrición crónica es del 27,6 % y la desnutrición crónica extrema es del 8,1%; mientras que para hogares no pobres, las cifras son de 16,15% y 2,8%, respectivamente (UNICEF. 2008).

Los niños de entornos rurales tienen una probabilidad mucho mayor de tener desnutrición crónica (30,6%) o desnutrición crónica grave (9,4%) que aquellos que habitan las áreas urbanas (16,9% y 3,1%, respectivamente).

Las cuatro regiones geográficas del país, Costa, Sierra, Amazonía y Galápagos presentan tasas diferentes de malnutrición. Los niños que viven en la Sierra, particularmente en la Sierra rural y en Quito, tienen probabilidades mucho mayores de registrar desnutrición crónica (31,9%) o desnutrición crónica grave (8,7%) que los niños en la Costa (15,6% y 3,4%, respectivamente). La Amazonía se encuentra en el medio (22,7% y 7,4%). Las provincias ubicadas en la Sierra tienen tasas uniformemente elevadas de desnutrición crónica en comparación con el resto del país. Cinco provincias, Zamora Chinchipe en la Amazonía y Tungurahua, Cañar, Bolívar y Chimborazo en la Sierra, tienen tasas por encima del 40 %. Cotopaxi, Imbabura y Azuay, también en la Sierra, tienen tasas mayores al 30 %. Todas las provincias de la Costa y Galápagos se encuentran por debajo del promedio nacional (INEC. M.S.P. 2009).

En la provincia de Imbabura, el cantón Cotacachi es el que presenta la tasa más alta de desnutrición infantil. En este cantón la desnutrición crónica alcanzó el 65.5% y la desnutrición global el 47.8%. De acuerdo a la Unión de Organizaciones Campesinas e Indígenas de Cotacachi- UNORCAC, para el año 2004, en niños indígenas menores de diez años la desnutrición crónica alcanzó el 78.8% y 82.6%. En el año 2010 de acuerdo a datos proporcionados por el Área de Salud N.3 la desnutrición fue la sexta causa de consulta ambulatoria y de hospitalización, y la séptima causa de muerte.

La desnutrición tiene efectos generalizados sobre el estado de salud inmediato, la supervivencia y el rendimiento posterior. No solo incluyen efectos agudos sobre la morbilidad y mortalidad, sino también efectos a largo plazo sobre el desarrollo cognitivo y social, la capacidad física y el desarrollo mental. Estudios prospectivos indican que los niños con un peso notablemente bajo (menor al 60% del peso de referencia para su edad) tienen un riesgo de muerte de ocho veces mayor que los nutridos con normalidad. La alta prevalencia de mortalidad entre los niños con desnutrición leve o moderada señala que más de la mitad de las muertes infantiles pueden estar causadas directa o indirectamente por la desnutrición. Un factor importante es la potenciación de las enfermedades infecciosas (Berhman, R., Kliegman, R., Jenson, H. 2004).

5. JUSTIFICACIÓN

La desnutrición sigue siendo un problema de Salud Pública en el Ecuador. La Provincia de Imbabura tiene una tasa de desnutrición crónica que supera el promedio nacional. En esta provincia, el Cantón Cotacachi es el que presenta la tasa más alta de desnutrición infantil; la población más vulnerable se encuentra en la zona rural; andina y subtropical.

En la comunidad coexisten enfermedades transmisibles y crónicas no transmisibles relacionadas a nutrición deficiente (desnutrición), sobrepeso y obesidad.

El presente trabajo promocionado por el Hospital Asdrúbal de la Torre, tiene como propósito que las familias de la zona rural de Cotacachi mejoren las prácticas de alimentación y estilos de vida saludables mediante una capacitación permanente por parte del personal de sub-centros y puestos del Ministerio de Salud Pública; con el fin de disminuir los índices de desnutrición en la población infantil y la morbimortalidad.

Este estudio promueve y fortalece el desarrollo local. Trata de mejorar las condiciones de vida de la población más vulnerable del cantón; coherente con la política social del Hospital Asdrúbal de la Torre - Ministerio de Salud Pública y formación profesional en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local de la Universidad Técnica Particular de Loja.

La desnutrición es multicausal y multifactorial. La población de la zona rural de Cotacachi tiene altos niveles de pobreza e indigencia, bajas coberturas de servicios de salud, déficit de servicios básicos y saneamiento ambiental, limitada capacidad de acceso a los servicios de salud, entre otros. Si sumamos a esto prácticas nutricionales inadecuadas, el problema se hace aún más complejo. La educación es una herramienta útil que brinda a la comunidad los recursos de conocimiento para tener una vida más digna; este proyecto busca otorgar a la población dichos recursos. De esta manera aportar a Proyectos Nacional para erradicar la desnutrición y contribuir a la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño/a basada en el respeto, la protección, la facilitación y el cumplimiento de los principios aceptados de derechos humanos.

6. OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL

Mejorar las prácticas de alimentación y estilos de vida saludables en familias de la zona rural del Cantón Cotacachi; a través de la capacitación permanente por parte del personal médico, enfermería y auxiliar de enfermería de subcentros y puestos del Área de Salud N.3; para disminuir las tasas de desnutrición, morbilidad y mortalidad en niños y niñas menores de 12 años.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Capacitar sobre prácticas de alimentación y estilos de vida saludables a familias de 10 comunidades rurales del Cantón Cotacachi; determinar la situación nutricional y de salud de niños menores de 12 años y elaborar una encuesta de frecuencia de alimentos.
- b) Capacitar a 75 profesionales: médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería de subcentros y puestos del Ministerio de Salud Pública de las parroquias rurales de Cotacachi, sobre prácticas de alimentación y estilos de vida saludables.
- c) Elaborar un manual o guía de capacitación de prácticas de alimentación y estilos de vida saludables en el embarazo y la niñez dirigida a madres y padres de familia, y distribuirlo gratuitamente a 1000 familias de las comunidades rurales de Cotacachi.

7. CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

DIVISIÓN POLÍTICO-ADMINISTRATIVA

Parroquias Urbanas: El área urbana del cantón Cotacachi está conformada por las parroquias urbanas San Francisco y El Sagrario.

Parroquias Rurales: Son parroquias rurales: Quiroga, Imantag, García Moreno, Apuela, Peñaherrera, Cuellaje, Vacas Galindo y Plaza Gutiérrez.

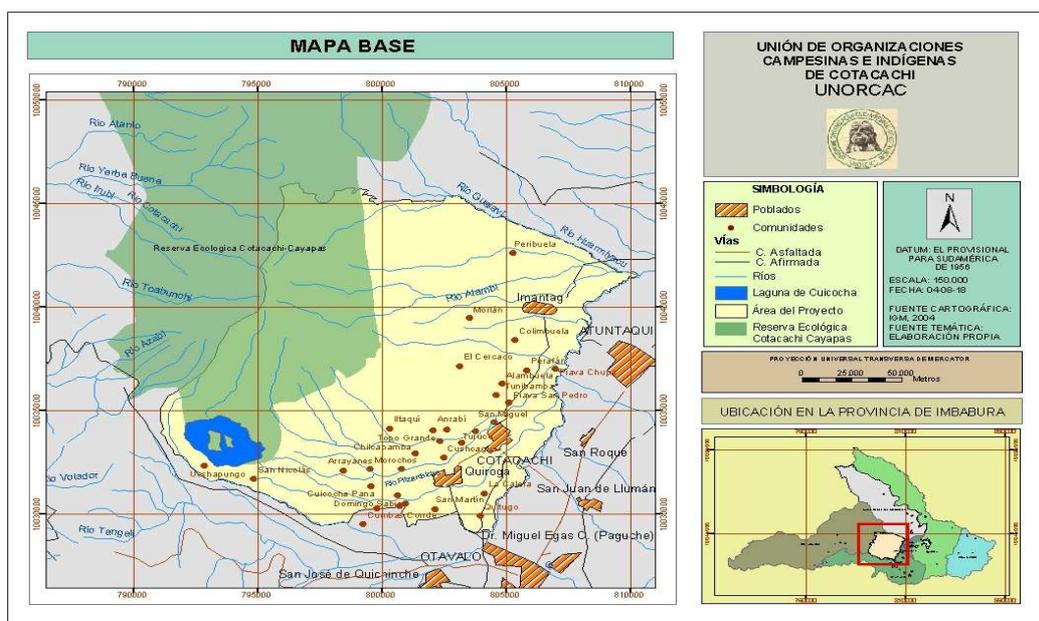
Tabla N.1 División política-superficie por parroquia

PARROQUIAS	ZONA ANDINA	ZONA SUBTROPICAL DE INTAG	SUPERFICIE Km ²
Urbanas	San Francisco		70.9
	El Sagrario		
Rurales	Imantag		212.2
	Quiroga		68.2
		Apuela	222.2
		García Moreno	726.9
		Peñaherrera	122.4
		6 de Julio	181.8
		Vacas Galindo	41.2
		Plaza Gutiérrez	79.9

Fuente: Censos de Población y Vivienda – INEC 2001

Elaborado: Asamblea de Unidad cantonal de Cotacachi

Gráfico N.2 Mapa político de las comunidades andinas



Fuente: Unión de Organizaciones Campesinas e Indígenas de Cotacachi-UNORCAC
 Elaborado: UNORCAC

DINÁMICA POBLACIONAL

La Provincia de Imbabura, según el Censo de Población y Vivienda del año 2010, tiene una población de 398.244 habitantes, que representa el 2,74% de la población nacional.

El cantón Cotacachi abarca una población de 40,036 habitantes, correspondiente al 10.05% de la población de la provincia y al 0,27% de la población nacional.

POBLACIÓN URBANA Y RURAL

En el cantón Cotacachi 8.848 habitantes residen en la cabecera cantonal en las parroquias urbanas de San Francisco y El Sagrario, lo que representa el 22.1%. La población rural representa el 77.9%, y corresponde a los pobladores de las comunidades indígenas de la periferia de la ciudad de Cotacachi y a las 8 parroquias rurales: 2 de la zona andina y 6 de la zona subtropical.

Tabla N.2 Cotacachi. Población por Parroquias, 2010

PARROQUIAS	Mujeres	Hombres	N. Habitantes
San Francisco y El Sagrario (Urbanas)	8,741	8,398	17,139
Imantag (Zona Andina)	2,517	2,424	4,941
Quiroga (Zona Andina)	3,244	3,210	6,454
Apuela (Zona Subtropical)	882	942	1,824
García Moreno (Zona Subtropical)	2,385	2,675	5,060
Peñaherrera (Zona Subtropical)	794	850	1,644
Cuellaje (Zona Subtropical)	844	936	1,780
Vacas Galindo (Zona Subtropical)	303	395	698
Plaza Gutiérrez (Zona Subtropical)	236	260	496
Total	19,946	20,090	40,036

Fuente: INEC. Censo de Población y Vivienda 2010
Elaborado: Byron Albuja E.

POBLACIÓN POR EDAD

El mayor número de habitantes del Cantón se ubica en la población de entre 15 a 64 años de edad, grupo que representa el 55,24% del total, como se muestra en el siguiente resumen:

Tabla N.3 Cotacachi. Población por grandes grupos de edad, 2010

Grandes grupos de edad	Sexo		
	Hombre	Mujer	Total
De 0 a 14 años	7,256	7,116	14,372
De 15 a 64 años	11,121	10,997	22,118
De 65 años y más	1,713	1,833	3,546
Total	20,090	19,946	40,036

Fuente: INEC. Censo de Población y Vivienda 2010.
Elaborado: Byron Albuja E.

Los grupos poblacionales por quinquenales de edad se muestran en la siguiente tabla.

Tabla N.4 Cotacachi - Población por grupos de edad, 2010

Grupos quinquenales de edad	Sexo		
	Hombre	Mujer	Total
Menor de 1 año	405	391	796
De 1 a 4 años	1,830	1,765	3,595
De 5 a 9 años	2,533	2,490	5,023
De 10 a 14 años	2,488	2,470	4,958
De 15 a 19 años	2,038	1,943	3,981
De 20 a 24 años	1,632	1,578	3,210
De 25 a 29 años	1,370	1,409	2,779
De 30 a 34 años	1,185	1,167	2,352
De 35 a 39 años	1,068	1,080	2,148
De 40 a 44 años	986	944	1,930
De 45 a 49 años	873	864	1,737
De 50 a 54 años	634	676	1,310
De 55 a 59 años	674	702	1,376
De 60 a 64 años	661	634	1,295
De 65 a 69 años	606	617	1,223
De 70 a 74 años	423	438	861
De 75 a 79 años	311	347	658
De 80 a 84 años	236	234	470
De 85 a 89 años	96	132	228
De 90 a 94 años	29	47	76
De 95 a 99 años	11	15	26
De 100 años y más	1	3	4
Total	20,090	19,946	40,036

Fuente: INEC. Censo de Población y Vivienda 2010
Elaborado: Byron Albuja E.

POBLACIÓN PEDIÁTRICA

En relación a grupos en edad pediátrica, la población escolar es la más numerosa y alcanza el 56.55%, mientras que preescolares y en periodo de lactancia alcanzan el 22.85% y el 20.6% respectivamente.

Tabla N.5 Cotacachi. Población en edad pediátrica, 2010

Edad	Hombre	Mujer	Total	%
0 a 2 años	1,315	1,253	2,568	20.6
3 a 5 años	1,440	1,409	2,849	22.85
6 a 12 años	3,564	3,487	7,051	56.55
Total	6,319	6,149	12,468	100

Fuente: INEC. Censo de Población y Vivienda 2010
Elaboración: Byron Albuja E.

POBLACIÓN POR SEXO

Con respecto a la clasificación de la población por sexo, puede decirse que existe un relativo equilibrio: 49,82% la componen las mujeres mientras que el 50,18% la componen los hombres.

En el área urbana la población de hombres alcanza el 48,37, mientras que las mujeres constituyen el 51.63%. Esta relación se modifica en el área rural en donde los hombres constituyen el 50.69% y las mujeres el 49.31% de la población.

POBLACIÓN POR AUTODEFINICIÓN ÉTNICA

Como se puede apreciar en el cuadro siguiente, el 40.55% de la composición de la población del Cantón corresponde al pueblo Indígena y el 53.53% a población mestiza²¹. La población indígena es significativa en el cantón Cotacachi, no solo en términos cuantitativos sino por la presencia social y política que ha logrado; se ubica en la cabecera cantonal y en las parroquias de Imantag y Quiroga. La población mestiza tiene presencia en todas las parroquias pero se concentra en la zona urbana y en las parroquias de García Moreno y Quiroga.

Tabla N.6 Cotacachi. Población por autoidentificación según cultura y costumbre, 2010

Autoidentificación según su cultura y costumbres	Casos	Promedio	%	Acumulado %
Indígena	16,235	26.03	40.55 %	40.55 %
Afroecuatoriano/a - Afrodescendiente	311	28.56	0.78 %	41.33 %
Negro/a	354	31.82	0.88 %	42.21 %
Mulato/a	436	20.75	1.09 %	43.30 %
Montubio/a	209	29.76	0.52 %	43.82 %
Mestizo/a	21,430	28.98	53.53 %	97.35 %
Blanco/a	986	39.61	2.46 %	99.81 %
Otro/a	75	43.75	0.19 %	100.00 %
Total y Promedio	40,036	28.01	100.00 %	100.00 %

Fuente: INEC. Censo de Población y Vivienda 2010
Elaborado: Byron Albuja E.

POBLACIÓN Y EDUCACIÓN

El analfabetismo sigue siendo un problema entre la población de Cotacachi, de acuerdo al Censo de Población y Vivienda de 2010, el 17.86% no sabe leer.

Tabla N.7 Cotacachi. Población y educación, 2010

Sabe leer y escribir	Casos	Promedio	%	Acumulado %
Si	29,279	28.56	82.14 %	82.14 %
No	6,366	43.35	17.86 %	100.00 %
Total y Promedio	35,645	31.20	100.00 %	100.00 %

Fuente: INEC. Censo de población y Vivienda 2010
Elaborado: Byron Albuja E.

HOSPITAL ASDRÚBAL DE LA TORRE

MISIÓN

El Hospital Asdrúbal de la Torre es una unidad del Ministerio de Salud Pública, que brinda servicios de salud de primer y segundo nivel, a la población del Cantón Cotacachi y de la Provincia de Imbabura, con talento humano capacitado sin discrimen de credo, etnia, género, orientación sexual, nacionalidad, preferencia política, estatus económico y social, con acciones de fomento, protección, promoción, prevención, recuperación y rehabilitación dirigidas al individuo, la familia y la comunidad, a través del continuo de atención según ciclos de vida, priorizando grupos vulnerables y discapacitados, con calidad, calidez, eficiencia, equidad y solidaridad; en el marco del nuevo modelo de atención: fortaleciendo la atención primaria, la intercultural y respetando los saberes ancestrales, con una amplia participación comunitaria y control social; articulado a través del sistema de referencia y contra referencia.

VISIÓN

Para el año 2015 seremos un Hospital docente, un centro de investigación científica y modelo de la red de servicios del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, en la prestación de servicios, con infraestructura funcional, segura, con capacidad suficiente para su nivel de complejidad, con talento humano suficiente y capacitado, con equipamiento de alta tecnología; con servicios con adaptación cultural, encargado de proteger la salud con procedimientos basados en evidencia científica y manejo de protocolos de atención, que asegure la calidad y calidez de la atención.

ESTRATEGIAS PARA ALCANZAR LA VISIÓN

- Reuniones técnicas.
- Trabajo en equipo.
- Participación ciudadana.
- Ampliación de la infraestructura.
- Contar con personal médico especializado permanentemente.
- Contar con docentes universitarios en el tema salud dentro de la institución.
- Contar con un sistema informático permanente.
- Coordinación interinstitucional, intra y extrasectorial.
- Capacitación de Talentos humanos.
- Promoción y difusión de los servicios

- Monitoreo, supervisión y evaluación de resultados.
- Planificación y sociabilización del plan estratégico.

VALORES INSTITUCIONALES

- Responsabilidad y respeto
- Honestidad y lealtad
- Dialogo y comunicación
- Liderazgo y transparencia
- Confianza
- Solidaridad
- Identidad y compromiso con la misión y visión
- Vocación del servicio al cliente
- Integralidad
- Complementariedad e interculturalidad
- Calidad y Calidez

SERVICIOS QUE PRESTA EL HOSPITAL ASDRÚBAL DE LA TORRE

a. Área administrativa

- Dirección
- Recursos Humanos
- Pagaduría
- Administración de recursos económicos
- Secretaria
- Servicio de Guarda-almacén

b. Atención en Consulta Externa

Servicios por Especialidad

Pediatría

Obstetricia

Ginecología

Cirugía General

Servicio Medicina General

Servicio de Atención Diferenciada del Adolescente

Servicio de Atención al Adulto Mayor

Servicio de Atención de Enfermedades de Notificación Epidemiológica

Enfermería

Odontología

Farmacia

Laboratorio Clínico

Imagenología - Rayos X

Trabajo Social

Información

Estadística

Departamento de Control Sanitario

Servicios Complementarios

Pediatría

Sala de Estimulación Temprana / Promoción de Estilos de Vida Saludables

Audiometría y Emisiones Otoacústicas / Medición de la Agudeza Visual

Club de madres embarazadas y en periodo de lactancia

Ginecología y obstetricia

Sala de sicoprofilaxis del parto y parto culturalmente adecuado

Ecografía Obstétrica

Monitorización Fetal Electrónica

Atención Diferenciada al Adolescente

Club de adolescentes promotores de salud

Atención al Adulto Mayor

Club de promoción de la salud

Medicina General

Electrocardiografía

Enfermería

Pre-consulta

Post-consulta

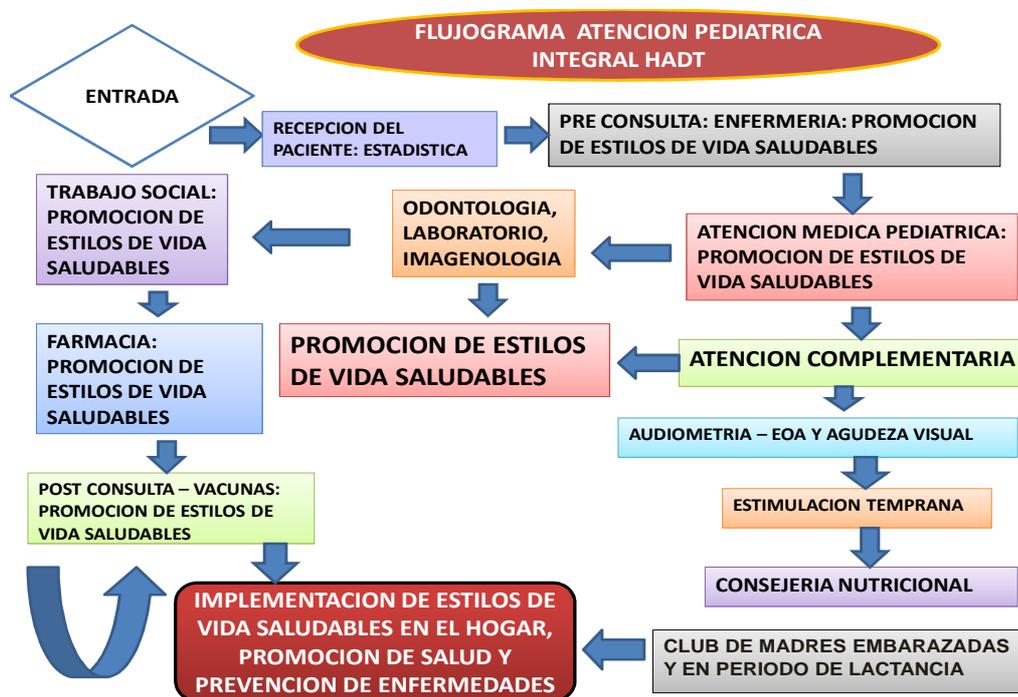
Inmunizaciones

Consejería nutricional

Sala de Procedimientos

Área de Nebulizaciones

c. Flujoograma de Atención Pediátrica Integral y Promoción de Estilos de Vida Saludables en Consulta Externa del Hospital Asdrúbal de la Torre



Fuente: Servicio de Pediatría Hospital Asdrúbal de la Torre 2010.
Elaboración: Byron Albuja E.

d. Atención de Emergencia

- Observación

e. Hospitalización

- Servicio de Gineco-obstetricia
 - Área para pacientes en labor de parto
 - Sala de partos
 - Sala de partos culturalmente adecuados
 - Área para postparto
 - Área para ingreso de pacientes con patología
 - Centro quirúrgico, procedimientos gineco-obstétricos y cesáreas
- Servicio de Pediatría
 - Área para ingreso de pacientes con patología
 - Sala de partos: Área de recepción, reanimación y estabilización del recién nacido
- Servicio de Cirugía General
 - Centro quirúrgico
 - Laparoscopia

Área para ingreso de pacientes con patología

- Servicio de Anestesiología
 - Valoración pre-quirúrgica/pre-anestésica
 - Centro quirúrgico
 - Área de recuperación postquirúrgica
 - Terapia del dolor
- Servicio de Medicina General
 - Área para ingreso de pacientes con patología
- Servicios complementarios
 - Enfermería
 - Nutrición y Dietética
 - Trabajo Social
 - Farmacia
 - Laboratorio Clínico
 - Imagenología - Rayos X
 - Ecografía Obstétrica
 - Monitorización Fetal Electrónica
 - Electrocardiografía

f. Atención en la Comunidad

- Salud infantil y escolar
- Atención a escuelas promotoras de salud
- Equipo básico de atención de salud
- Medicina rural y comunitaria
- Brigadas a comunidades indígenas
- Brigadas médicas de especialidad a la zona subtropical de Intag
- Campañas de atención prioritaria

g. Transporte

- Servicio de ambulancia
- Unidad móvil para la atención comunitaria

h. Apoyo Técnico

- Auxiliares de enfermería
- Auxiliares de odontología

- Auxiliar de estadística y farmacia
- Técnico de mantenimiento
- Economato
- Lavandería y costura
- Limpieza
- Conserjería
- Seguridad

DATOS ESTADÍSTICOS DE COBERTURA DEL HOSPITAL ASDRÚBAL DE LA TORRE- INFORME 2010

Fuente: Departamento de Estadística del Hospital Asdrúbal de la Torre.

Elaborado por: Dr. Byron Albuja E.

a. Atención en el Servicio de Consulta Externa.

El personal médico, enfermería y obstetricia brindó atención a 31.447 pacientes en consulta externa.

Se realizaron 12.807 consultas de prevención, entre las cuales destacan: 2.230 controles prenatales, 3.329 controles a niños sanos menores de 5 años, 925 controles a niños sanos en edad escolar, 3.829 consultas de planificación familiar, 1049 consultas de prevención de cáncer uterino y 647 consultas de prevención de cáncer de mama.

Se realizaron 18.640 consultas por enfermedad, siendo las infecciones respiratorias y digestivas las primeras causas de morbilidad general.

Tabla N.8 Principales causas de morbilidad general del Hospital Asdrúbal de la Torre

Enfermedad	Número de casos
Infecciones Respiratorias Agudas	5.740
Diarrea y Gastroenteritis	2.424
Parasitosis	1.805
Bronquitis Aguda	1.671
Gastritis y Duodenitis	1.025
Hipertensión Arterial	968
Dorslagia	966
Disentería Amebiana Aguda	799

Fuente: Departamento de Estadística HADT 2010
Elaborado: Byron Albuja E.

b. Servicio de Atención Diferenciada del Adolescente

Se realizaron 697 consultas de prevención y 2.258 atenciones por enfermedad. Se creó el grupo juvenil del hospital el cuál replica conocimientos de prevención de VIH/SIDA a sus similares en las instituciones educativas

c. Atención al Adulto Mayor

Se realizaron 1557 consultas por enfermedad a pacientes mayores de 65 años.

d. Atención en el Servicio de Emergencia

Se atendieron un total 11.558 consultas de emergencias, de las cuales 582 fueron motivo de hospitalización.

e. Atención en el Servicio de Odontología

Se realizaron 9.198 atenciones odontológicas; 4051 de prevención y 5.147 por enfermedad. Además, se realizaron 483 actividades de educación y prevención.

f. Atención en Laboratorio Clínico

Se realizaron 44.469 exámenes hematológicos, 1834 bacteriológicos, 22.729 químicas sanguíneas, 3.085 coproparasitarios y 9089 exámenes de orina solicitados a pacientes de consulta externa. Además se realizaron 8.305 exámenes hematológicos, 4548 químicas sanguíneas, 116 coproparasitarios y 629 exámenes de orina solicitados a pacientes por emergencia y hospitalización. Cabe mencionar que nuestro laboratorio realiza los exámenes solicitados en toda el Área de Salud N.3 – Cotacachi.

g. Hospitalización

Fueron hospitalizados 1104 pacientes. La hospitalización por especialidad fue: Cirugía, 188 pacientes; Gineco-obstetricia, 548 pacientes; Pediatría, 195 pacientes y Medicina General, 173 pacientes.

Tabla N.9 Principales patología de egreso hospitalario del Hospital Asdrúbal de la Torre

Enfermedad	Número de casos
Neumonía	69
Colscistitis - colelitiasis	59
Pielonefritis – IVU	58
Abortos y amenaza de aborto	57
Complicaciones del parto	33
Hernias y apendicitis	55

Fuente: Departamento de Estadística HADT 2010. Elaboración: Byron Albuja E.

h. Atención del Parto

Se atendieron 255 partos normales y se realizaron 40 cesáreas.

i. Procedimientos Quirúrgicos

Se realizaron 348 procedimientos quirúrgicos. Entre ellos destacan la resolución de enfermedades como: apendicitis, cálculos e inflamación de vesícula, hernias umbilicales, hernias inguinales, nódulos, masas, abscesos, entre otros. Además en el mes de diciembre se realizaron 60 cirugías de catarata. Cabe mencionar que todos los procedimientos son gratuitos.

j. Atención en la Comunidad

El Equipo Básico de Atención en Salud y los médicos especialistas brindaron atención en las comunidades más necesitadas y en la zona de Intag; 1.112 pacientes fueron los beneficiados.

CARACTERÍSTICAS GEO-FÍSICAS

El Hospital Asdrúbal de la Torre se encuentra en la Cabecera Cantonal de Cotacachi, ubicado en las calles Pedro Moncayo No.649 y Segundo Luis Moreno. Teléfono 062 – 915 - 118.

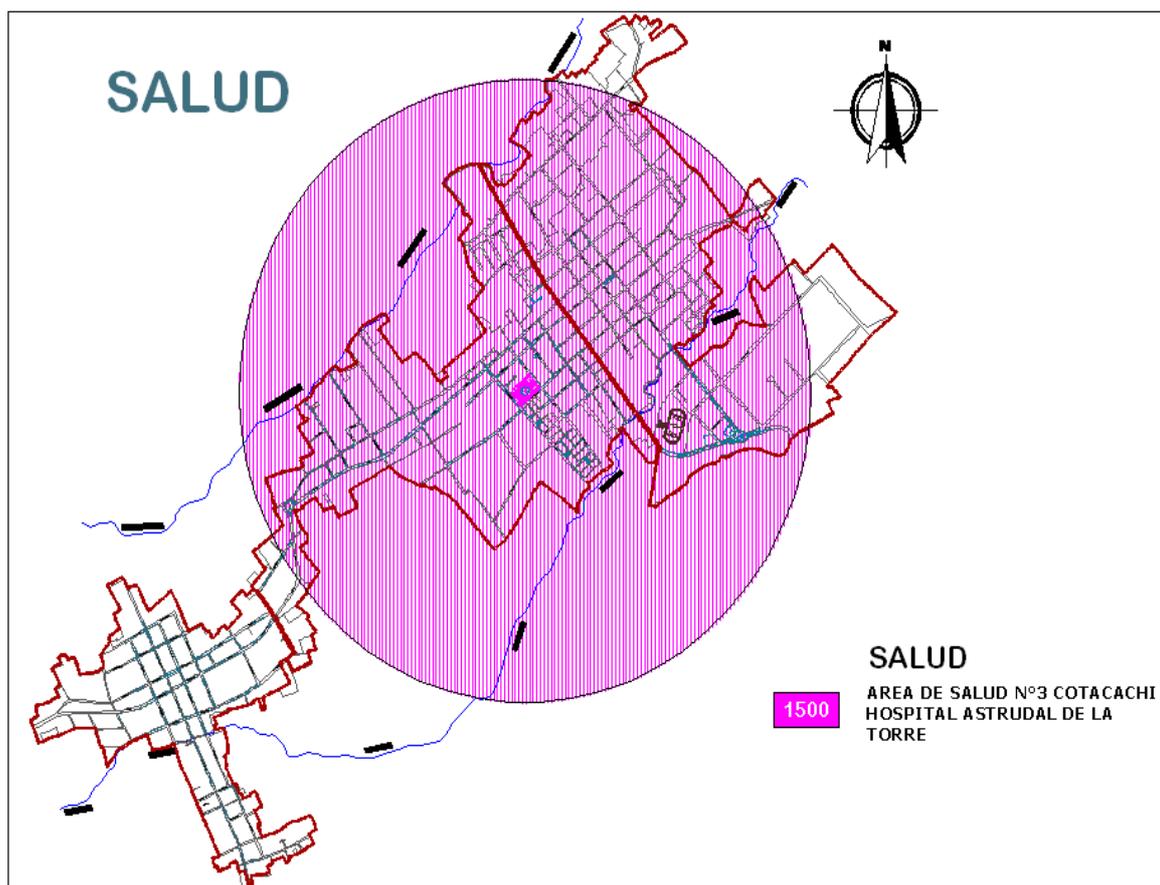
De acuerdo a la aplicación de radios de influencia (1500 m por la OMS), el hospital cubre toda el área urbana como unidad operativa, pero como Jefatura de Área es responsable de la totalidad del cantón siendo este el más extenso de los seis cantones que conforman la Provincia de Imbabura y representa el 40% su territorio.

ÁREA DE SALUD N.3 – COTACACHI

La Dirección Provincial de Salud de Imbabura está constituida por cuatro Área de Salud, divididas de acuerdo a características geográficas y poblacionales de cada zona. El Área de Salud N.3 corresponde a la población urbana y rural del cantón Cotacachi; está conformada por 13 unidades de atención. El Hospital Asdrúbal de la Torre es una unidad operativa de segundo nivel de complejidad que tiene a su cargo la jefatura del área. Subcentros y puestos de salud ubicados estratégicamente en la zona rural: Quiroga e Inmantag (zona andina), Apuela, Peñaherrera, Cuellaje, Vacas Galindo, Plaza Gutiérrez, García Moreno, Golondrinas, El Chontal, Naranjal y Magdalena (zona subtropical) son sus unidades de primer nivel de complejidad.

El Área N.3 – Cotacachi cuenta con un total de 148 trabajadores; 80 personas en el hospital y 68 en subcentros y puestos de salud.

Gráfico N.3 Radio de Influencia del Hospital Asdrúbal de la Torre



Fuente: Ilustre Municipio Cantón Santa Ana de Cotacachi 2001
Elaborado: Ilustre Municipio de Cotacachi

CAPACIDAD RESOLUTIVA

Actualmente el Hospital cuenta con una construcción de planta única de 1.779,00 m² para las áreas de consulta externa, emergencias, quirófano y hospitalización. Los servicios complementarios cuentan con un área de construcción de 428,00 m². El predio donde se implanta es de 12.529,00 m².

En el área de Consulta Externa el hospital cuenta con: 8 Consultorios médicos, 1 sala de vacunación y post consulta, 1 sala de estimulación temprana y 1 sala de preparación.

En hospitalización se dispone de 5 salas con 16 camas distribuidas de la siguiente manera: internado de hombres 2, internado de mujeres 2, Cirugía mujeres 2, Cirugía Hombres 2, pediatría 4, ginecología y obstetricia 4, además cuenta con una sala de observación (4 camas)

Cuenta con 2 salas de partos (1 para parto hospitalario, 1 para parto cultural) y 1 Quirófano y Recuperación.

En cuanto al parque automotor, la única ambulancia de la que dispone, no se encuentra funcionando con regularidad a causa de continuas fallas mecánicas, existe una camioneta que es usada en el área administrativa y en el traslado de pacientes.

El Hospital cuenta con 74 trabajadores de los cuáles: 22 son administrativos, 2 médicos generales tratantes de planta, 1 cirujano general y 1 ginecólogo de contrato, 1 obstetriz rural, 1 pediatra y 1 anestesiólogo devengantes de beca, 3 médicos residentes de contrato, 6 médicos rurales, 1 odontólogo de planta, 2 odontólogos rurales, 2 tecnólogos de laboratorio (1 de planta y 1 de contrato), 1 tecnólogo en imagen, 1 trabajadora social; 4 enfermeras, 12 auxiliares de enfermería, 4 enfermeras rurales, y actualmente se cuenta con el apoyo de 4 internos rotativos de enfermería, 2 internas rotativas de obstetricia, 1 interna rotativa de nutrición

POLÍTICAS INSTITUCIONALES

- a. Administración por procesos.
- b. Atención gratuita.
- c. Manejo Financiero ESIGEF.
- d. Nuevo Modelo de atención.
- e. Aseguración Universal.

ADMINISTRACIÓN, DIRECCIÓN Y LIDERAZGO

Compromiso por el futuro de la institución.

El compromiso con el futuro institucional del Hospital Asdrúbal de la Torre está orientado a mejorar la eficiencia de la organización para cubrir las demandas masivas de salud, lograr una mayor efectividad de la gestión sanitaria y procurar la obtención de nuevos recursos para financiarla. Para lograr estos objetivos, la institución busca la concienciación y capacitación de sus integrantes, tecnificación, acciones sobre costos y rendimientos.

El compromiso institucional se basa en adoptar un modelo político descentralizado y participativo de la gestión sanitaria, el cual está orientado a aumentar la eficacia de las prestaciones de salud bajo los preceptos de equidad, participación social, desempeño laboral eficiente y solidaridad.

Lucha por el poder/coliderazgo.

Cada vez son menos efectivas las relaciones jerárquicas y las decisiones autocráticas. En este sentido, son imperativos sociales nuevas formas de comunicación, entendimiento y liderazgo.

El liderazgo horizontal debe buscar la construcción del poder, el cual ha de distribuirse entre los miembros de la organización para compartir responsabilidades, legitimarlo y hacerlo efectivo. El ejercicio de este poder descentralizado busca acuerdos y se somete continuamente a evaluación en doble vía; el líder al grupo y viceversa; garantizando el coliderazgo y el empoderamiento.

Sentido de responsabilidad y rendición de cuentas.

Universalizar el acceso a los servicios de salud, eliminar o reducir las causas de enfermedad y muerte, y mejorar la calidad y la eficiencia de la atención son un reto actual para el Hospital Asdrúbal de la Torre. En esta dirección se hace necesario transparentar las acciones de la gestión en salud, propiciar la rendición de cuentas y hacer efectiva la participación social.

El Hospital Asdrúbal de la Torre busca la introducción de un proceso de rendición de cuentas que garantice el cumplimiento responsable de las políticas, el alcance de objetivos, la realización de los nuevos roles de los trabajadores y usuarios, el buen uso de recursos y la evaluación de resultados.

Insatisfacción con la situación actual y el statu quo.

Una organización está diseñada para alcanzar las metas de los individuos y de la organización en sí misma; además toda organización tiene como misión básica, satisfacer las necesidades de supervivencia del ser humano, es decir, las personas y las organizaciones deben dar y recibir para alcanzar objetivos individuales y colectivos. Es evidente que los actos de las personas exigen compensaciones, en tanto, las organizaciones para alcanzar sus objetivos, exigen a sus colaboradores, responsabilidad, eficiencia, eficacia, calidad y honestidad.

Organización y promoción de equipos de trabajo.

El Hospital Asdrúbal de la Torre busca la organización y la promoción de equipos de trabajo. Los preceptos bajo los cuales se está fortaleciendo el compañerismo y el trabajo en equipo son: menor tensión al compartir tareas complejas, corresponsabilidad, compartir incentivos económicos y reconocimientos profesionales, garantizar la participación, formar un clima interno de trabajo óptimo, enriquecer el trabajo y minimizar las frustraciones, intercambiar opiniones respetando las ideas de los demás e integración de las personas para conocer sus aptitudes.

Mediante estos preceptos; el Hospital Asdrúbal de la Torre tiene como objetivos: aumentar la calidad del trabajo al tomarse las decisiones por consenso, fortalecer el espíritu colectivista y el compromiso con la organización, reducir el tiempo en las investigaciones al aportar y discutir en grupo las soluciones, disminuir los gastos institucionales, obtener mayor conocimiento e información, establecer nuevas formas de abordar un problema, comprender mejor las decisiones y establecer una mayor aceptación de las soluciones.

Apertura y promoción a las iniciativas y propuestas para el cambio.

La política institucional busca desarrollar el capital humano. Una prioridad de la institución es la promoción de capacidades y aptitudes de sus integrantes.

7.2 MARCO CONCEPTUAL

SEGURIDAD Y VULNERABILIDAD ALIMENTARIAS

El origen del concepto *seguridad alimentaria* se remonta a la “Declaración Universal de los Derechos Humanos” de 1948, donde se reconoció el derecho al alimento como eje central del bienestar humano.

Distintas organizaciones utilizan este concepto para la orientación de sus políticas y programas de fomento y ayuda alimentaria, cuyas definiciones se resumen en la dada por la Cumbre Mundial de la Alimentación de 1996 que indica que “existe Seguridad Alimentaria cuando toda la gente, en todo momento, tiene acceso físico, social y económico a alimentos seguros y nutritivos que satisfacen sus necesidades dietéticas y preferencias alimentarias, para una vida activa y saludable” (Martínez, R., Fernández, A. 2006).

“Dicha seguridad alimentaria depende de una compleja articulación de factores agrícolas, medioambientales, económicos, sociales, culturales y biológicos. No obstante, se la puede describir en base a tres dimensiones complementarias: la disponibilidad, el acceso y la utilización biológica de los alimentos” (Martínez, R., Palma, A., Atalah, E., Pinheiro, A. 2009).

- La *disponibilidad* refleja la cantidad y tipo de bienes alimenticios con que cuenta una población (país, comunidad, hogar, familia) o individuo, que es la resultante de la suma de la producción interna, importaciones y donaciones externas, menos las exportaciones.

- El *acceso* indica el grado de factibilidad de que todos los miembros de una población (país, comunidad, hogar, familia) puedan obtener los alimentos disponibles, ya sea a través de producción propia, compra en el mercado o transferencia de otras fuentes. Las limitantes al acceso pueden ser físicas (falta de vías de distribución, caminos, etc.), económicas (precio vs. ingreso) o sociocultural (costumbres de la dieta, nivel educativo).
- La utilización biológica se refiere al conjunto de costumbres y prácticas culturales que definen el grado de aprovechamiento de los bienes alimentarios. Esta depende de la adecuación de la dieta a las necesidades de cada miembro (selección y combinación, grado y tipo de cocción de los alimentos, según edad, sexo, consumo de energía y condición de salud) y las condiciones de higiene (por conservación, transporte y manipulación).

“Las tres dimensiones son condiciones necesarias e interdependientes para que la población se alimente adecuadamente. En concordancia, la Seguridad Alimentaria Nutricional (SAN) se ha convertido en un objetivo central de las políticas y constituye un ideal a alcanzar por parte de los países y las instituciones avocadas al tema, máxime cuando se relaciona con un derecho de las personas” (Martínez, R., Palma, A., Atalah, E., Pinheiro, A. 2009).

La *vulnerabilidad alimentaria* refleja “la probabilidad de que se produzca una disminución aguda del acceso a alimentos, o a su consumo, en relación a un valor crítico que define niveles mínimos de bienestar humano” (PMA 2002). Es decir, hace referencia a la potencial pérdida de *seguridad alimentaria* (Martínez, R., Fernández, A. 2006)

El enfoque de la vulnerabilidad busca ser “*dinámico*”, identificando a los grupos poblacionales que probablemente caerán en una situación de inseguridad. De esta manera, el énfasis no sólo se pone en quienes tienen problemas alimentario-nutricionales sino también en quienes tienen una probabilidad alta de tenerlos, aun cuando al momento de análisis su acceso sea adecuado. Esto permite anteponerse a las fluctuaciones negativas y trabajar con una mirada preventiva, para focalizar la oferta de bienes y servicios y racionalizar el uso de los recursos, maximizando su eficiencia e impacto.

TRANSICIONES: DEMOGRÁFICA, EPIDEMIOLÓGICA Y NUTRICIONAL

Las características de la composición poblacional y actividades que desarrollan, determinan de manera importante los requerimientos nutricionales y el grado de consumo energético de la misma. Entender las características del proceso se vuelve un elemento fundamental para poder

analizar la situación del Ecuador y diseñar adecuadamente políticas alimentarias y nutricionales de largo plazo. En las últimas décadas nuestro país ha vivido una serie de cambios económicos, poblacionales y epidemiológicos que han determinado un nuevo perfil alimentario nutricional.

a) Transición demográfica

La transición demográfica es un proceso evolutivo caracterizado por un descenso importante de la natalidad y mortalidad, normalmente desfasados temporalmente. Este proceso determina el crecimiento en las poblaciones humanas y está caracterizado por etapas” (CEPAL, FAO, PMA. 2007)

- La primera, o *incipiente*, se caracteriza por niveles elevados de natalidad y mortalidad, con un crecimiento poblacional bajo (por ej. Haití y Bolivia).
- La segunda, o *moderada*, se caracteriza por un descenso más rápido de la mortalidad que la natalidad, lo que lleva a un aumento importante en el tamaño poblacional (por ej. Guatemala, Honduras y Paraguay).
- En la tercera etapa, *de plena transición*, la tasa de natalidad comienza a acercarse a la mortalidad, reduciéndose el crecimiento poblacional (por ej. Brasil y México).
- La cuarta etapa o *avanzada*, corresponde a países con bajas tasas de crecimiento demográfico, como Cuba y Uruguay.

El envejecimiento de la población es una de las expresiones más importantes de la transición demográfica; se produce un incremento relativo de los adultos mayores y reducción de la proporción de niños y jóvenes

b) Transición epidemiológica

Este proceso corresponde a los cambios a largo plazo que presentan los patrones de mortalidad, enfermedad o invalidez que derivan de las transformaciones demográficas y socioeconómicas” (Martínez, R., Fernández, A. 2006).

La transición epidemiológica es un proceso dinámico en que se pueden producir retrocesos de una etapa a la otra, por ejemplo, la reaparición del cólera, dengue, malaria, sarampión y tuberculosis en algunos países cuando ya se consideraban que estaban superadas. Este fenómeno se denomina “contra-transición” y es lo que ha sucedido con la desnutrición que ha

reaparecido y tiende a transformarse en una enfermedad endémica en muchos países (CEPAL-PMA 2005).

Tres son las principales etapas que describen este proceso, cuyas características principales se presentan en el siguiente cuadro.

Tabla N.10

ETAPAS DE LA TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Característica	ETAPAS		
	Pre transición	Transición	Post transición
Edad de la población	Población joven	Envejecimiento progresivo	Envejecimiento poblacional
Localización de la población	Alto porcentaje de población rural	Urbanización creciente	Población predominantemente urbana
Características de la patologías más prevalentes	Problemas medioambientales	Aumentan factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles	Predominio enfermedades crónicas no transmisibles
	Enfermedades materno-infantiles e infecciosas	Coexistencia de enfermedades transmisibles con crónicas y accidentes	Alta prevalencia de enfermedades congénitas y metabólicas en niños, de salud mental y accidentes

Fuente: Albala C., Olivares S., Salinas J. y Vio F. (2004).

c) Transición nutricional

Se refiere a los cambios en el perfil nutricional de las poblaciones como consecuencia de cambios en la dieta. Este proceso está determinado por la interacción entre los cambios económicos, demográficos, medioambientales, culturales y de actividad física que ocurren en la sociedad y en el caso de América Latina ha afectado a los diferentes países de modo similar como ha ocurrido en las transiciones demográfica y epidemiológica (Martínez, R., Palma, A, Atalah, E., Pinheiro, A. 2009).. El proceso se puede subdividir en tres etapas, cuyas principales características se presentan en el siguiente cuadro.

Tabla N.11

ETAPAS DE LA TRANSICIÓN NUTRICIONAL

Característica	ETAPAS		
	Pre transición	Transición	Post transición
Dieta (prevalente)	Cereales Tubérculos Vegetales Frutas	Aumento del consumo de azúcar, grasas y alimentos procesados	Contenido alto de grasa y azúcar Contenido bajo de fibra
Estado Nutricional	Predominan las deficiencias nutricionales y la desnutrición	Coexisten las deficiencias nutricionales y la obesidad	Predominio de obesidad e hiperlipidemias

Fuente: Albala C., Olivares S., Salinas J. y Vio F. (2004).

ESTILOS DE VIDA Y SU EFECTO EN LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y NUTRICIONAL DE LA POBLACIÓN

Un elemento central para explicar la situación epidemiológica y nutricional de los países de América Latina es el brusco cambio que han tenido los estilos de vida, asociado a un creciente nivel de urbanización, especialmente en lo que se refiere a dieta, actividad física, consumo de tabaco, alcohol y drogas, estrés y problemas de salud mental (Casanueva, E., Kaufer-Horwitz, M., Pérez-Lizaur A., Arroyo, P. 2001).

Este fenómeno se ha individualizado como un incremento de los factores de riesgo de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), que afecta más a los sectores más pobres. A partir de la década de los años 50, la proporción de pobres que habitan áreas urbanas se ha incrementado significativamente a nivel global. Se estima que en el 2025 la situación urbana será la forma más común de residencia en los países más pobres (CEPAL, FAO, PMA. 2007).

En América Latina, esta situación se ha manifestado en las últimas décadas, lo que ha traído como consecuencia que la infraestructura urbana no sea capaz de enfrentar el impacto de esta migración. Surgen así problemas sanitarios asociados al colapso de los sistemas de salud, precariedad habitacional con problemas de saneamiento ambiental y de inserción laboral y social. El escenario descrito facilita muchas condiciones para el desarrollo de las enfermedades infecciosas, materno-infantiles y la desnutrición, que corresponden a la etapa de “pre-transición epidemiológica” (CEPAL, FAO, PMA. 2007)

En la medida que la inserción social y laboral mejora, se producen cambios en el estilo de vida, como, por ejemplo, la mecanización del trabajo y la incorporación a un patrón de alimentación rico en calorías que conduce a la obesidad, sin que desaparezca la desnutrición. La coexistencia de una situación de predominio de enfermedades infecciosas, materno infantiles y desnutrición, junto con la aparición de las ECNT y aumento de la obesidad, es lo que caracteriza a las etapas de transición epidemiológica y nutricional.

Con el mejoramiento de la situación económica y envejecimiento de la población, tienden a desaparecer las enfermedades infecciosas, materno infantiles y desnutrición, quedando un franco predominio de las ECNT y obesidad. Esta última etapa se llama “post-transición”. Como se resume en la siguiente tabla, hay cinco países en América Latina que están en la pre-transición epidemiológica y nutricional, ocho en transición y cinco en post-transición. Es

interesante el caso de Argentina, que ha sufrido un fuerte fenómeno de “contra-transición” en los últimos años, con reaparición de enfermedades infecciosas y desnutrición (Martínez, R., Fernández, A. 2006).

Tabla N.12

AMÉRICA LATINA (18 PAÍSES): CLASIFICACIÓN DE LOS PAÍSES SEGÚN ETAPA DE TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y NUTRICIONAL

Pre transición	Transición	Post transición
Bolivia	Paraguay	Costa Rica
Haití	El Salvador	Chile
Guatemala	Panamá	Cuba
Honduras	México	Uruguay
Nicaragua	Brasil	Argentina
	Colombia	
	Ecuador	
	Perú	

Fuente: Albala C., Olivares S., Salinas J. y Vio F. (2004).

DESNUTRICIÓN Y EL CICLO DE VIDA

Los efectos de la desnutrición se pueden manifestar a lo largo de todo el ciclo vital, dado que las necesidades y requerimientos de nutrientes cambian a lo largo de la vida de las personas.

a) Vida intrauterina y etapa neonatal

El estado nutricional de la madre a menudo determina el peso de nacimiento, la salud y el pronóstico vital del recién nacido. Por ello, el ciclo se inicia dentro del vientre materno e incluso se asocia a la situación de la madre antes del embarazo (Behrman, J., Alderman, H., y Hodinott, J. 2004).

Uno de los principales determinantes del retraso de crecimiento intra-uterino es la estatura de madre que, a su vez, es el reflejo de su status nutricional durante su propia niñez, su condición nutricional previa a la concepción y su ganancia, o no, de peso durante el embarazo. Por tal motivo, los cuidados nutricionales a la mujer en edad fértil son claves para la vida del recién nacido, cuyo riesgo de mortalidad es significativamente superior al resto del período infantil . (Black, E., Allen, H., Bhutta, A. 2008)

De los cerca de 11 millones de muertes de niños y niñas menores de 5 años que ocurren a nivel global, 3,9 millones ocurren en los primeros 28 días de vida, esto es, en el período neonatal. La consecuencia más común del retraso de crecimiento intra-uterino es el bajo peso al nacer (BPN = peso < 2,5 Kg.), el que, a su vez es uno de los índices predictivos más importantes de mortalidad infantil. Esta es 14 veces mayor en los niños con antecedentes de BPN respecto a los recién nacidos de término con peso adecuado (Berhman, R., Kliegman, R., Jenson, H. 2004). Así, según datos de la Organización Mundial de la Salud, la mortalidad de los menores de 5 años es atribuible a las siguientes razones:

- Causas neonatales (incluye el BPN y la asfixia perinatal) 42%
- Neumonía 19%
- Diarrea 13%
- Malaria 9%
- Sarampión 5%
- SIDA 3%
- Otras causas 9%

En los países más pobres, que tienen una alta mortalidad infantil, sólo el 20% de esas muertes ocurren en el período perinatal. En contraste, en los países con mortalidad infantil menores a 35 por 1.000 nacidos vivos, más de la mitad de las muertes infantiles corresponden a neonatos (Martínez, R., Palma, A, Atalah, E., Pinheiro, A. 2009).

Hasta ahora, las intervenciones nutricionales han estado orientadas a disminuir la prevalencia de bajo peso materno (Índice de Masa Corporal, IMC <18,5 Kg/m²) y mejorar la ganancia de peso durante el embarazo, sin tener en cuenta la identificación precoz de mujeres de alto riesgo antes de la concepción o el reducir el número de mujeres que alcanzan la edad reproductiva con talla baja. A su vez, en muchos países de América Latina el sobrepeso y la obesidad materna ha ido aumentando significativamente, lo que requiere una reevaluación permanente de las estrategias de intervención nutricional con miras a los potenciales efectos que esta nueva condición nutricional por exceso puede tener sobre el pronóstico materno e infantil en el corto y largo plazo (Martínez, R., Fernández, A. 2006).

b) Lactantes y preescolares

El bajo peso al nacer predispone una baja talla durante la infancia. A principios de la década, se calculaba que la cifra de niños con déficit de talla alcanzaba a 162 millones, esto es, uno de cada tres niños (Martínez, R., Palma, A., Atalah, E., Pinheiro, A. 2009).

Durante los primeros meses de vida, el niño depende prioritariamente del cuidado materno y de las posibilidades de buena nutrición e inmunidad que le brinda la lactancia natural. Existen múltiples evidencias que señalan los beneficios de la lactancia materna exclusiva y su efecto protector en términos de desarrollo de obesidad y otras ECNT, fundamentalmente cuando se mantiene hasta los 6 meses de vida (Black, E., Allen, H., Bhutta, A. 2008).

A partir de los seis meses, los niños deben disponer de una alimentación sólida adicional, lo que los expone a una manipulación impropia dada por un ambiente sanitario proclive al desarrollo de enfermedades infecciosas. A medida que el niño crece en la edad preescolar, al objetivo puramente sanitario se agrega un esfuerzo por proporcionarle las herramientas nutricionales y de estímulo que le permitan desarrollarse adecuadamente en la etapa escolar y exprese las condiciones para acceder a los logros académicos que su desarrollo exija (Bueno, M, Sarría, A, Pérez-González J. 2003).

La evidencia científica indica que la mayor proporción del retardo de crecimiento observado en niños de países subdesarrollados tiene su origen en los dos o tres años de vida. Intervenciones posteriores que se realizan con el propósito de mejorar el déficit de altura, resultan sólo parcialmente exitosas dado que el resultado final es consecuencia de los efectos acumulativos sobre el ciclo de vida, sobre todo si el niño permanece viviendo en ambientes deprivados (Casanueva, E., Kaufer-Horwitz, M., Pérez-Lizaur A., Arroyo, P. 2001).

El análisis realizado a los datos para Ecuador (CEPAL – 2005), permiten concluir que los primeros dos años de vida son claves para controlar el proceso de la desnutrición. A partir del nacimiento se inicia un deterioro que alcanza valores máximos entre los 18 y 24 meses de vida, independientemente de la incidencia promedio de cada país. En dicho momento, la desnutrición global muestra un descenso que se estabiliza aproximadamente en la mitad de su recorrido, entre los 38 y 44 meses.

Por su parte, en los primeros dos años la desnutrición crónica muestra un crecimiento significativamente mayor (con valores que incluso duplican la global) y luego se estabiliza, en

un nivel ligeramente inferior. Es decir, una alta proporción de niños y niñas, entre dos y cinco años, recuperan un peso adecuado pero este no se traduce en incrementos suficientes de talla, con lo cual el aumento del volumen de alimentos ingeridos no permitiría recuperar la pérdida de estatura generada en los primeros 24 meses de vida (Berhman, R., Kliegman, R., Jenson, H. 2004).

c) Escolares y adolescentes

Durante la vida escolar (6 a 18 años) el proceso de crecimiento continúa el patrón establecido en la edad preescolar y se caracteriza por ser lento pero constante. Desde el punto de vista antropométrico en esta etapa el crecimiento longitudinal de los miembros inferiores es mayor que el del tronco. Es una etapa clave para el desarrollo emocional, social y cognoscitivo (Pérez, E., Ramos, P., Liberal, S. 2005).

En cuanto a la alimentación, en general los niños de esta edad comparten con el adulto el mismo tipo de dieta, lo que en los hogares de nivel socioeconómico medio o alto no representa ninguna amenaza para el desarrollo, pero en los sectores más pobres suelen requerir un reforzamiento, particularmente para contar con una cantidad y composición de dieta adecuada para los requerimientos derivados de su actividad educativa. Un déficit en el consumo de macro y micronutrientes tiene repercusión directa en la capacidad de atención y aprendizaje de los educandos (Black, E., Allen, H., Bhutta, A. 2008).

En esta etapa se inicia la adolescencia, que constituye un importante reto al desarrollo humano, aparecen las características sexuales secundarias y se produce una aceleración de la velocidad de crecimiento que se prolonga entre 5 y 7 años después del desarrollo puberal. En las niñas, la mayor velocidad de crecimiento se observa alrededor de los 11 años, en los niños tiene un retraso de 2 años. Durante este período, se obtiene el 15% de la estatura, el 50% del peso corporal y entre el 37% y 45% de la masa ósea del adulto. Asociado a este fenómeno de crecimiento, las recomendaciones nutricionales para este grupo etario son superiores a los de la población en general. En este período, como parte del proceso de dimorfismo sexual, los varones duplican a las niñas en tejido magro debido a que el incremento en ellos es mayor y de más larga duración (Martínez, R., Palma, A, Atalah, E., Pinheiro, A. 2009).

Como consecuencia de lo anterior, el cambio hormonal y desarrollo sexual femenino inicia un período de mayor probabilidad de anemia por déficit de hierro, derivada de la menstruación y el parto, lo que requiere un especial cuidado en cuanto a la ingesta de micronutrientes. A su vez,

se produce una etapa de alto riesgo de transmisión intergeneracional de la desnutrición en sociedades en que la reproducción se inicia a muy temprana edad, como ocurre en algunas comunidades indígenas (Martínez, R., Palma, A, Atalah, E., Pinheiro, A. 2009).

En este período también se producen importantes cambios en las esferas psico-social y estética que, en algunos casos, afecta la conducta alimentaria. Este es un fenómeno más frecuente en el sector urbano, entre las niñas de nivel socioeconómico medio y alto (cuya expresión patológica más grave es la anorexia y bulimia), pero que cada vez se hace más presente también entre los hombres (Martínez, R., Fernández, A. 2006).

A nivel de las políticas, durante la vida escolar el enfoque suele estar prioritariamente centrado en la obtención de logros sanitarios y académicos. Cuando el Estado se encarga de proveer apoyo nutricional a los educandos está cumpliendo una doble función, nutricional y educativa pues en muchos casos la alimentación constituye un aliciente para la asistencia a la escuela, sitio donde los niños ingieren la mejor comida del día, si no la única (Pérez, E., Ramos, P., Liberal, S. 2005).

d) Adultos

Durante la vida adulta se manifiestan las características fisiológicas que comenzaron a prefigurarse en las etapas previas del desarrollo. De este modo, la vida adulta de quien fuera un niño desnutrido se desarrollará con mayor o menor dificultad, dependiendo de la forma cómo se haya corregido el déficit de ingesta en su infancia o de cómo estas carencias se hayan mantenido a lo largo del ciclo de vida (Barker, D. 2004).

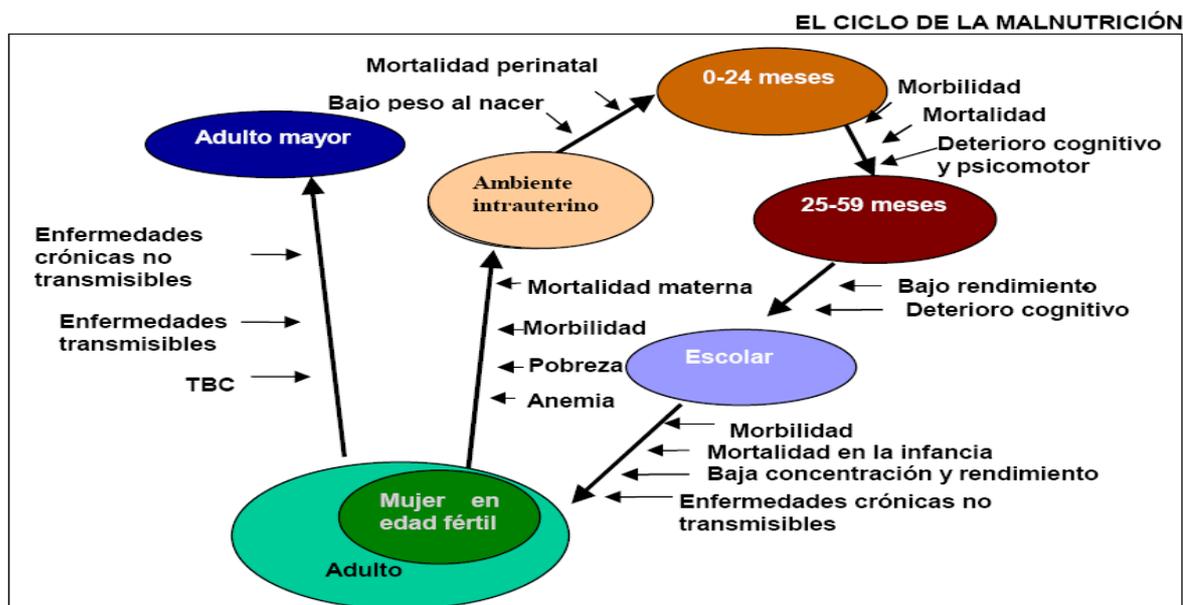
Por otra parte, los patrones alimenticios de los adultos se traducen en ejemplo hacia los niños, determinando la dieta diaria a través del aprendizaje. Con ello, dichos patrones se pueden convertir en factores protectores o promotores de los riesgos alimenticios, cortando o reproduciendo el círculo vicioso de la malnutrición (Barker, D. 2004).

La epidemiología del adulto está fuertemente determinada por las Enfermedades Crónico No Transmisible - ECNT como Diabetes e Hipertensión Arterial (primeras causas de mortalidad general en el Ecuador), en las que las intervenciones nutricionales han tenido bastante éxito. En ese sentido, la dieta baja en sal, baja en grasas y rica en fibra y productos vegetales, promueve una salud acorde con una etapa en la que el gasto energético tiende a decaer (INEC, M.S.P. 2009).

En esta etapa se mantienen y acrecientan los riesgos nutricionales propios de la mujer fértil, por sus altos requerimientos específicos de micronutrientes como el hierro. A su vez, la mujer gestante representa otro caso importante. Estudios realizados en Guatemala mostraron que los niños hijos de madres que durante su niñez recibieron un suplemento nutritivo rico en calorías y proteínas, resultaron a los 3 años de edad significativamente más altos que los hijos de madres que recibieron un suplemento sólo rico en calorías (Martínez, R., Fernández, A. 2006). Ello llevó a plantear que los efectos de una adecuada nutrición pueden expresarse incluso en la generación siguiente, cortando, de este modo, un círculo vicioso de pobreza – malnutrición – bajo peso.

Los adultos mayores constituyen también un subconjunto de especial atención. Normalmente sus deficiencias nutricionales se derivan de un estilo de vida esencialmente sedentario, producto del cual hay una pérdida constante de masa magra (musculatura) y su reemplazo por tejido graso. Su condición se asocia a las ECNT, propias de su edad, produciéndose una retroalimentación entre las distintas patologías que dificultan y encarecen su tratamiento. Esto se traduce en requerimientos específicos de vitaminas y otros micronutrientes para contrarrestar el deterioro físico y mental natural (Martínez, R., Palma, A, Atalah, E., Pinheiro, A. 2009).

Gráfico N.4



Fuente: Adaptado de Branca, F. y Ferrari, M.⁵

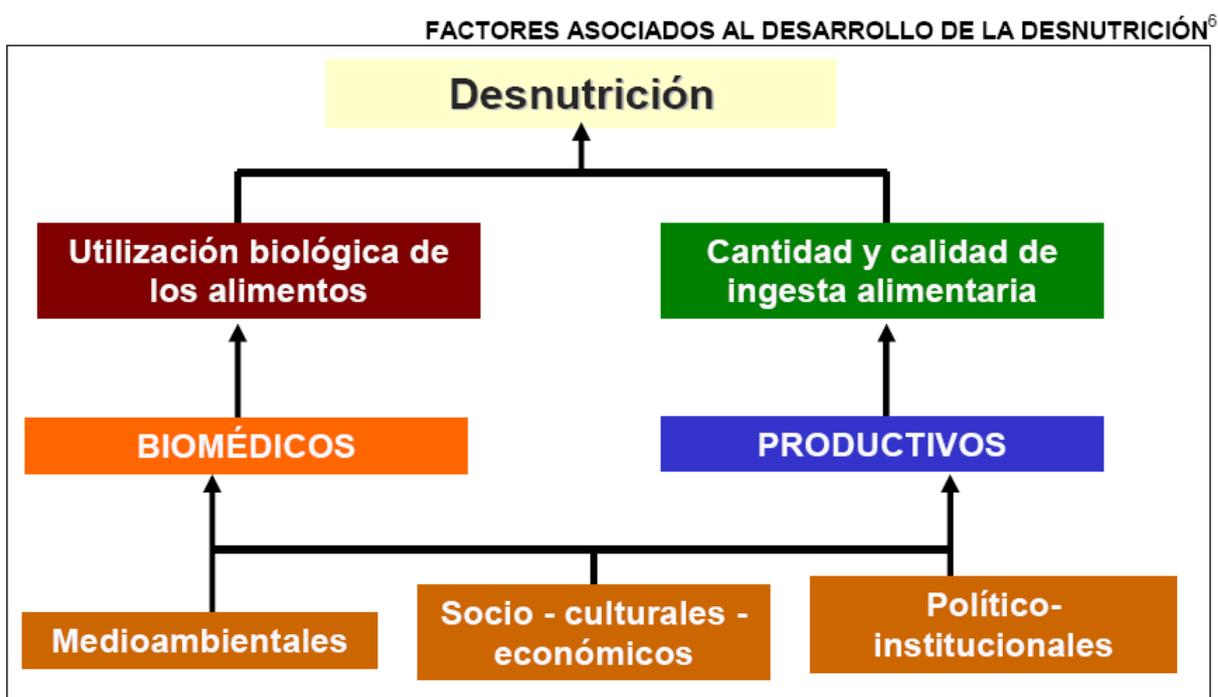
CAUSAS DE DESNUTRICIÓN

El problema de la desnutrición está determinado por una serie de variables de distinto origen, que en conjunto incrementan la vulnerabilidad alimentaria, sea que incidan aumentando el riesgo o limitando la capacidad de respuesta.

Los principales factores que se asocian al apareamiento de la desnutrición como problema de Salud Pública son medioambientales (por causas naturales o entrópicas), socioculturales y económicos (asociados a los problemas de pobreza e inequidad) y político-institucionales, que en conjunto aumentan o disminuyen las vulnerabilidades bio-médicas y productivas, y a través de estas condicionan la cantidad, calidad y capacidad de absorción de la ingesta alimentaria que determinan la desnutrición. (INCAP. 2005)

Esta agrupación es básicamente analítica puesto que entre estos factores se produce un alto nivel de interrelación y en muchos casos se hace difícil distinguir con exactitud el peso relativo de cada uno de ellos al evaluar una situación nutricional específica, el que depende de la intensidad de la vulnerabilidad resultante y de la etapa del ciclo de vida en que se encuentran las personas (Martínez, R., Fernández, A. 2006).

Tabla N.13



Fuente: Martínez R, Fernández A. Modelo de Análisis del impacto social y económico de la desnutrición infantil en América Latina, 2006.

a. Factores medioambientales

Corresponden a las dimensiones que definen el entorno en que vive un sujeto y su familia, abarcando una variada gama de elementos. Entre ellos se destacan los riesgos propios del medio ambiente natural y sus ciclos (como las inundaciones, sequías, heladas, terremotos y otros) y los producidos por el ser humano, o entrópicos (como la contaminación de las aguas, el aire y los alimentos, expansión de la frontera agrícola, etc.).

El medio ambiente en el que habitan las familias con niños desnutridos frecuentemente no dispone de las instalaciones sanitarias (agua potable y alcantarillado) que previenen las enfermedades infecciosas (baja capacidad de respuesta). De este modo se crea un círculo vicioso en el que el elemento ambiental es un agente activo en el desarrollo de la desnutrición (las enfermedades entéricas asociadas al pobre saneamiento ambiental son un ejemplo).

Otro aspecto relacionado es la probabilidad de que aparezcan o se desarrollen enfermedades epidémicas derivadas de estos riesgos medioambientales, las que facilitan también la desnutrición (Martínez, R., Fernández, A. 2006).

b. Factores del ámbito socio-cultural-económico

A nivel mundial y regional, la desnutrición y la mortalidad infantil están asociadas en forma directa con la pobreza. En América Latina la indigencia explica el 50% de los casos de desnutrición (Martínez, R., Palma, A., Atalah, E., Pinheiro, A. 2009). Entre las principales asociaciones presentes entre pobreza y desnutrición, se destacan:

- Bajos ingresos per cápita, resultante de los menores ingresos familiares y de la mayor cantidad de dependientes. Esto determina el poder de compra de ciertos bienes y limita el acceso a los nutrientes.
- Déficit patrimonial. La falta de acceso a la tierra, sea por incapacidad de ahorro o por problemas de formalización de propiedad, hacen que la capacidad de acceso a financiamiento que permitan explotar los recursos de los más pobres disminuyan o sean definitivamente inexistentes, afectando así su acceso a ingresos económicos y bienes alimentarios en mayor cantidad y/o calidad.
- Pautas culturales, principalmente de tipo alimenticio, que en muchos casos propician dietas con menores nutrientes o definen la explotación de recursos naturales menos eficientes energéticamente. En contrapartida, también hay suficiente evidencia de dietas tradicionales baratas y altamente nutritivas que se han perdido a cambio de aquellas

propias de la “modernidad”, ricas en grasas saturadas y de mayor costo, desaprovechándose así un gran potencial existente en las culturas criollas, indígenas o afrodescendientes.

- El bajo nivel educacional también afecta la capacidad de utilización de los bienes alimentarios y mejores dietas, en cuanto a calidad de nutrientes, lo que se combina con los problemas de acceso y pautas culturales a veces inadecuadas o inviables económica y nutricionalmente.
- La falta de educación sobre sexualidad, alimentación (lactancia materna) y desarrollo infantil son también elementos que inciden, particularmente en las primeras etapas del ciclo de vida, la tasa de fecundidad y en el cuidado de la mujer en edad fértil. Insuficientes o inadecuados conocimientos en estos temas derivan en malnutrición de la gestante (desnutrición y exceso de peso), familias con muchos hijos, lactancia materna de baja calidad (o inexistente), baja estimulación y control nutricional y de salud en la infancia, etc., todos los cuales derivan en problemas de salud y utilización biológica de los alimentos.

c. Factores político-institucionales

La existencia de políticas gubernamentales orientadas en forma específica a resolver los problemas alimentario-nutricionales de la población constituye, en la experiencia de algunos países de América Latina, una opción muy concreta de acercarse a la solución de este complejo problema. En la historia regional se citan casos muy exitosos en los que, gracias a políticas oficiales de resguardo de la salud materno-infantil, de cuidado y nutrición de la embarazada y el niño menor, se alcanzaron cifras muy bajas de desnutrición y mortalidad infantil que no eran proporcionales al desarrollo socioeconómico de los países (INCAP. 2005).

El logro de estos objetivos depende no sólo de la voluntad de instalar el tema alimenticio nutricional en la agenda pública e invertir una porción del presupuesto nacional en alimentos, sino también de la existencia de una infraestructura de salud que permita la instalación de políticas y programas bien diseñados, en los que, asociados a la entrega del alimento, se ofrezcan controles sanitarios, campañas de inmunización y programas educativos que promuevan una mirada participativa y multidisciplinaria del problema y que constituyan iniciativas que contemplen la posibilidad de posterior evaluación (INCAP. 2005).

Un sistema educativo con gran cobertura también es un gran apoyo para el logro de objetivos nutricionales, mediante programas de desayuno y almuerzo que, permitan proveer al niño de

las calorías necesarias para el gasto energético derivado de su crecimiento y su actividad. La escuela, además, constituye un muy buen sitio para la difusión de buenas prácticas nutricionales y de vida sana.

Las políticas alimentarias son un elemento fundamental y por tanto, su ausencia facilita el apareamiento de la desnutrición. Por ello, dichas políticas no deben concebirse de manera aislada en el tiempo ni sectorialmente, deben estar asociadas a políticas antipobreza, productivas y de transporte y comercialización, con una mirada de largo plazo, no puntuales, de Estado y no de gobierno, donde todos los actores (públicos y privados) tienen un rol que cumplir.

d. Factores productivos

En este grupo se incluyen aquellos factores directamente asociados con la producción de alimentos y el acceso que la población en riesgo tenga a ellos. La disponibilidad y autonomía en el suministro energético de alimentos de cada país dependen directamente de las características de los procesos productivos, del nivel de aprovechamiento que éstos hagan de los recursos naturales y del grado en que dichos procesos mitigan o aumentan los riesgos medioambientales.

Frecuentemente, la producción alimenticia en los países pobres se ve entorpecida por un precario acceso a la tecnología que permita mejorar el rendimiento de los cultivos mediante mejorías genéticas de semillas, la mejor (y menor) utilización de fertilizantes y agroquímicos, el control de plagas, la disminución de las pérdidas post-cosecha y la mejor tolerancia a agresiones medio-ambientales (sequías, inundaciones y heladas). Esto también incluye, las inversiones en canalización de aguas y la capacitación de los pequeños productores para optimizar sus recursos y mejorar el poder energético de sus cultivos tradicionales, así como el mejoramiento de los procesos de cosecha, almacenamiento, distribución y manipulación de los alimentos antes de ser entregados al consumidor, donde los procedimientos de mitigación y control microbiológico son centrales (Martínez, R., Fernández, A. 2006).

e. Factores bio-médicos

En esta categoría se incluyen aquellos factores que residen en el plano de la susceptibilidad individual a adquirir desnutrición, en la medida que la insuficiencia de ciertos elementos limita la capacidad de utilización biológica de los alimentos a los que se tiene acceso

(independientemente de su cantidad y calidad). Los principales factores bio-médicos que determinan la desnutrición infantil son:

- Estado nutricional materno deficiente, como consecuencia de una mala nutrición previa, lo que lleva a una eventual desnutrición intrauterina y a un bajo peso al nacer.
- Corta duración de la lactancia materna, que obliga al menor a exponerse tempranamente al consumo de alimentos para el destete que no satisfacen los requerimientos específicos de su etapa de desarrollo y que en muchos casos están contaminados. En las comunidades más pobres se ha identificado la promoción de la lactancia materna como la única intervención cuya cobertura puede alcanzar a la gran mayoría de los niños en riesgo de desnutrir. Sin embargo, lactancias prolongadas sin una adecuada alimentación complementaria a partir de los seis meses de vida, también pueden llevar a la desnutrición.
- En la mayoría de los países en los que la desnutrición es prevalente, las familias en riesgo no disponen de alimentos sustitutos o complementarios a la leche materna (alimentación al destete) que provean los macro y micronutrientes necesarios para el desarrollo normal (Martínez, R., Fernández, A. 2006).

f. Origen étnico como variable asociada a desnutrición

El origen étnico de la población ha sido analizado en distintas oportunidades como variable asociada a la desnutrición. En el caso de los países andinos, por ejemplo, esto se expresa en una incidencia de desnutrición hasta 140% superior entre los niños pertenecientes a hogares indígenas que entre los de origen mestizo (CEPAL, FAO, PMA. 2007).

De lo anterior, la pregunta que cabe es si ello se debe a una condición genética o a los problemas derivados de su condición de extrema pobreza y discriminación. La evidencia mundial indica que el elemento nutricional (determinado por el factor pobreza) sería el principal determinante de la talla en poblaciones de muy diverso origen étnico. Así, cuando dichas diferencias no se disipan (como evidenció la CEPAL en los países andinos), la respuesta habría que seguirla buscando en factores socioeconómicos, culturales y de desigualdad, y no en condiciones genéticas de base (CEPAL, FAO, PMA. 2007)..

Investigaciones realizadas en México; país en el que viven cerca de 7 millones de indígenas han mostrado que la desigualdad entre las poblaciones indígenas y no indígenas es enorme y se manifiesta en indicadores de diversa índole como la mortalidad infantil, los niveles de alfabetización y calidad de los servicios. Los estudios de estado nutricional mostraron una

prevalencia mayor de bajo peso y baja talla en la población indígena, la que fue amplia y predominantemente explicada por factores socioeconómicos. Así, al analizar la talla de niños indígenas y no indígenas evaluada según deciles de ingreso, a mayor nivel socioeconómico menor diferencia (Martínez, R., Fernández, A. 2006).

Estudios realizados en Sudáfrica en la época de plena vigencia del *apartheid* mostraron que, a pesar de la sustancial evidencia que los niños blancos crecían más rápido que los negros, gran parte de esta diferencia se debió a la desigualdad social institucionalizada en dicho período. Estos datos fueron contrastados con los de Brasil; países ambos esencialmente multiétnicos y con fuertes diferencias socioeconómicas; llegándose a la conclusión que las categorías de razas, junto a la desigualdad racial que afectan la salud infantil son un producto social, de modo que las diferencias en la talla, en ambos países, se explicarían en gran medida por las brechas socioeconómicas entre las distintas etnias.

Finalmente, estudios realizados en Chile que evaluaron el retraso de crecimiento en niños mapuches entre 6 y 9 años de estrato socioeconómico bajo, mostraron también que la principal causa del retraso del crecimiento era la pobreza y no el factor étnico (Martínez, R., Fernández, A. 2006).

CONSECUENCIAS DE LA DESNUTRICIÓN

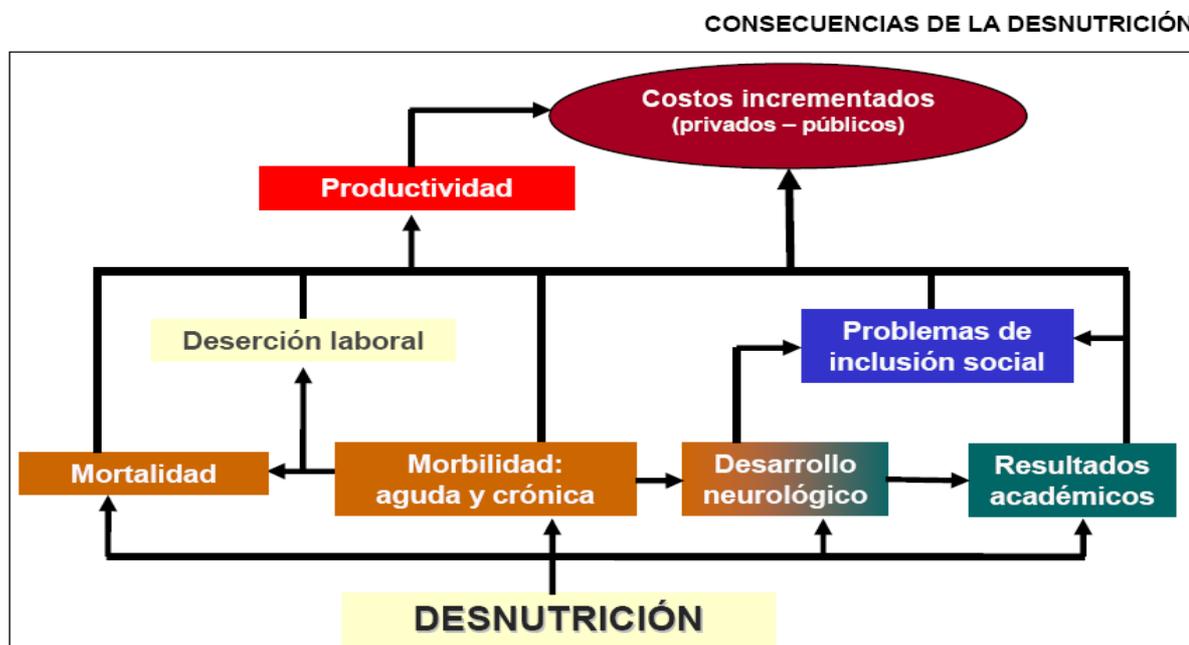
La desnutrición tiene efectos negativos en distintas dimensiones de la vida de las personas, entre los que destacan los impactos en la salud, la educación y la economía (costos, gastos públicos y privados, baja productividad), los que conllevan problemas de inserción social y un incremento de la pobreza e indigencia en la población, reproduciendo el círculo vicioso al aumentar con ello la vulnerabilidad a la desnutrición.

Dichos efectos se pueden presentar de manera inmediata o a lo largo de la vida de las personas, aumentando la probabilidad de desnutrición posterior entre quienes la han sufrido en las primeras etapas del ciclo vital y la incidencia de otras consecuencias. Así, problemas de desnutrición intrauterina pueden generar dificultades desde el mismo nacimiento hasta la edad adulta.

Algunos de los efectos negativos de la desnutrición son más o menos relevantes según la edad en que las personas sufren. Por su parte, la gravedad en que se presenta la desnutrición

también tiene una asociación en el apareamiento e intensidad de algunas de sus consecuencias (Martínez, R., Fernández, A. 2006).

Tabla N.14



Fuente: Martínez R, Fernández A. Modelo de Análisis del impacto social y económico de la desnutrición infantil en América Latina, 2006.

Se presentan los principales efectos asociados a cada una de estas dimensiones.

a. Efectos en salud

Los efectos más directos de la desnutrición se presentan en la salud de las personas, aumentando su vulnerabilidad tanto a la muerte como a la enfermedad. Varias son las patologías cuya incidencia se ve incrementada debido a problemas nutricionales en las distintas etapas del ciclo de vida⁹. Así, a partir de distintas investigaciones se tiene:

Mortalidad

El mayor impacto se presenta en la vida intrauterina y en los primeros años de vida. Una consecuencia directa de la malnutrición fetal es un bajo peso al nacer, que redundará en una mayor probabilidad de mortalidad perinatal. El riesgo de muerte neonatal de niños con un peso al nacer entre 2.000 y 2.499 gramos es cuatro veces superior al de niños que pesan 2.500-2.999 gramos y diez a catorce veces superior al de los niños que pesaron 3.000-3.499 gramos (Shailen, N. 2005).

En muchos casos la madre gestante es suficientemente joven para aún expresar las consecuencias de su propia desnutrición, con lo que el riesgo de perpetuar ese rasgo en la generación siguiente es muy significativo, la que al combinarse con el mayor consumo de energía derivado del embarazo y parto, deriva en algunos casos en su propia muerte. Así, entre las embarazadas, las muertes asociadas a anemia (por falta de hierro) alcanzarían a 20% del total (Black, E., Allen, H., Bhutta, A. 2008).

El primer efecto de la desnutrición se observa en los niños con bajo peso al nacer (BPN). Respecto a los primeros meses de vida, estudios longitudinales realizados por Guilkey y Riphahn (1998) indican que entre los menores que no ganan peso en el primer año tienen 50% de probabilidad de morir.

Según datos de la OMS, la desnutrición contribuye con el 60% ciento de las muertes de niños en edad pre-escolar (3,4 millones). UNICEF (1998) estima que 55% de las 12 millones de muertes entre los menores de 5 años se deben a problemas de desnutrición. Pelletier y otros (1995) estiman en 56% la proporción de muertes preescolares atribuibles a efectos de malnutrición, de los cuales 83% se agrupan entre los de nivel moderado y grave y 17% entre los casos severos.

Un meta-análisis de 10 estudios longitudinales realizados en niños menores de 5 años indican que un 35% de las muertes son atribuibles (directa o indirectamente) a la desnutrición global (OMS, 2004). A su vez, la desnutrición crónica aumenta la letalidad de muchas enfermedades infecciosas propias del mundo subdesarrollado.

Por otro lado, el déficit de micronutrientes también tiene efectos importantes. Estudios longitudinales indican que el riesgo de morir por diarrea, malaria o sarampión entre los niños con déficit de vitamina A se incrementa 20% a 24%. El déficit de Zinc provoca para las mismas enfermedades un incremento del riesgo vital entre un 13% y 21%. (Martínez, R., Fernández, A. 2006).

Morbilidad

Los estudios longitudinales mencionados indican que la fracción de enfermedad atribuible al bajo peso es de 61% para la diarrea, 57% para la malaria, 53% para la neumonía y 45% para el sarampión. Por su parte, la insuficiencia de hierro tiene un efecto directo en la anemia materna,

infantil y escolar, el déficit de vitamina A genera problemas de ceguera y la falta de yodo es causa del bocio o cretinismo. Estas asociaciones no son unidireccionales. Así como la desnutrición es un factor importante en el apareamiento y letalidad de dichas patologías, éstas se convierten en un retroalimentador de la misma desnutrición, generándose un círculo vicioso (Uauy, R. 2004).

En cuanto al desarrollo neurológico y psico-motor, la desnutrición tiene efectos directos en los primeros años de vida, particularmente debido a la insuficiencia de micronutrientes como el hierro y el zinc, o en el período neonatal en el que es crítico el aporte de ácido fólico (Uauy, R. 2004).

Por otra parte, la desnutrición en períodos críticos del desarrollo incrementa significativamente el riesgo de que en la edad adulta se desarrollen enfermedades crónicas transmisibles, como tuberculosis, y no transmisibles (ECNT), como enfermedad coronaria, hipertensión, diabetes no insulínica, entre otras (Berhman, R., Kliegman, R., Jenson, H. 2004).

A partir de los trabajos de D. Barker (2004) se ha establecido que la enfermedad coronaria, la diabetes tipo 2, los accidentes cerebro-vasculares y la hipertensión se originan en respuesta a la desnutrición fetal y de la infancia. Este fenómeno pareciera ser el resultado de la plasticidad del feto para responder a la "restricción dietaria" materna y constituye una "marca" que se expresa muchos años después. Así, los datos del estudio hecho en Hertforshire indican que los niños que al nacer pesaron 2.350 gramos o menos, tuvieron un riesgo 1.5 veces superior de padecer enfermedad coronaria que los que tuvieron peso normal. Para ese mismo grupo, el 40 por ciento de los hombres de 64 años exhibían una curva de tolerancia a la glucosa alterada, demostrativa de diabetes. El estudio realizado en Helsinki a 13.517 hombres y mujeres nacidos entre 1924 y 1944 mostró que los niños de 11 años que habían tenido un peso al nacer inferior a 3 kg tenían un mayor riesgo de padecer diabetes (odds ratio = 1,5) e hipertensión arterial (odds ratio = 2,0).

Por su parte, la anemia por falta de hierro es una de las deficiencias nutricionales más prevalentes en el mundo. La mala nutrición de hierro no es un evento que sólo se presenta en la infancia, aunque en este período es muy frecuente a causa del aumento del volumen sanguíneo. Se calcula que 50% de las mujeres en edad fértil y 60% de las embarazadas son anémicas. Esta deficiencia se puede mantener a lo largo de la vida fértil y es posible revertirla

con una alimentación que provea el necesario aporte de hierro (Black, E., Allen, H., Bhutta, A. 2008).

Una mujer que está anémica durante el embarazo le proveerá de poco hierro al feto que nacerá con bajos depósitos de hierro. En ausencia de aporte externo y presencia de infecciones, el niño agota muy rápidamente sus depósitos de hierro lo que hace que, si además resulta desnutrido, con toda probabilidad resultará anémico (Black, E., Allen, H., Bhutta, A. 2008).

El análisis del aporte de la nutrición a las ECNT y las transmisibles en la mujer fértil es similar al de los adultos. Dentro de este grupo de patologías destacan por su prevalencia el SIDA, la malaria y la tuberculosis (TBC). En el caso del SIDA, lo más probable es que el estado de malnutrición terminal que padecen algunos pacientes sea secundario al cuadro infeccioso. En la TBC y la malaria, sin embargo, pareciera que el nivel de inmunodeficiencia de poblaciones sometidas a una malnutrición prolongada juega un papel en el riesgo de adquirir la enfermedad.

La osteoporosis, definida como la pérdida de contenido mineral del hueso, se presenta prioritariamente en la mujer post-menopáusica en un proceso progresivo que se agrava con el tiempo. Los principales nutrientes involucrados en el metabolismo mineral del hueso son el calcio y la vitamina D. En la dieta occidental, pasados los 10 años de edad, la ingesta de calcio disminuye hacia valores cercanos a la mitad de los recomendados. El riesgo de osteoporosis disminuye significativamente cuando la dieta contiene adecuados niveles de calcio durante la fase de crecimiento longitudinal del esqueleto, esto es, entre los 9 y 25 años. Esto hace entonces a la osteoporosis una enfermedad que se puede prevenir mucho antes que se produzca, con una adecuada alimentación cuando se consolidan los depósitos de calcio en el organismo (Martínez, R., Fernández, A. 2006).

En cada país o región, la extensión e intensidad de los efectos de la desnutrición en las distintas patologías con que se relaciona dependerán de su prevalencia de desnutrición y su perfil epidemiológico.

b. Efectos en educación

A nivel educativo, la desnutrición afecta el desempeño escolar como resultante de los déficits que generan las enfermedades y por las limitaciones en la capacidad de aprendizaje asociadas a un menor desarrollo cognitivo. Esto se traduce en mayores probabilidades de ingreso tardío, bajo aprovechamiento y repetición de años, deserción y bajo nivel educativo.

Al igual que en salud, la relación entre desnutrición y menor resultado educativo depende de la gravedad de la desnutrición y son dos los procesos que se presentan:

- El primero resulta de los problemas de desarrollo, de manera que hay un proceso en el ámbito de la salud y un efecto posterior en el resultado educativo. Este proceso se inicia en las primeras dos etapas del ciclo de vida (intrauterina y hasta los 24 meses).
- El segundo se deriva directamente del déficit alimentario, el que afecta la capacidad de concentración en la sala de clases y limita el aprendizaje. Así, este es concomitante con la etapa preescolar y escolar, y aunque el sello de los primeros años de vida es muy determinante, no requiere necesariamente un daño nutricional previo, sino que puede sólo ser reflejo de baja ingesta en la misma etapa.

El déficit de micronutrientes, en especial hierro, zinc, yodo y Vitamina A, están relacionados con un deterioro cognitivo que lleva a un menor aprendizaje. Como ejemplo de lo anterior, utilizando datos del INCAP referidos a habitantes guatemaltecos del mundo rural, Behrman y Knowles mostraron que haber recibido suplementos nutricionales entre los 6 y 24 meses de edad tuvo un efecto positivo significativo en el desempeño escolar (Martínez, R., Fernández, A. 2006).

c. Efectos económicos

La desnutrición y sus efectos en salud y educación se traducen también en importantes costos económicos para el conjunto de la sociedad.

Costos en salud

Las consecuencias económicas derivadas de los efectos de la desnutrición se traducen en mayores costos (reales o potenciales) derivados de diagnósticos, tratamientos, medicamentos, exámenes, uso de infraestructura, gestión de recursos humanos, tiempo de las personas, etc.

En las patologías agudas, que pueden afectar a toda la población y son de corta duración (como I Infecciones Respiratorias Agudas o Enfermedad Diarreica Aguda), los efectos se relacionan con mayor o menor cantidad de eventos de enfermedad. En las crónicas, cuya presencia tiene efectos a lo largo de la vida (como el deterioro psicomotor, TBC, osteoporosis, etc.), los efectos se traducen en la mayor probabilidad de que ocurra la enfermedad, respecto a la población "normal".

La mayor probabilidad resultante del perfil epidemiológico de las personas desnutridas aumenta proporcionalmente los costos en el sector salud, lo que a nivel agregado, equivale a la suma de las interacciones entre la probabilidad de desnutrición en cada grupo humano, la probabilidad de que dicho grupo sufra cada una de las enfermedades debido a dicha desnutrición y los costos de atención de dicha patología (diagnóstico, tratamiento y control) en cada grupo poblacional (Martínez, R., Palma, A, Atalah, E., Pinheiro, A. 2009).

A lo anterior se deben sumar los costos que asumen las personas y sus familiares producto del tiempo y calidad de vida perdidos a raíz de estas enfermedades.

Costos en educación

Los efectos de la desnutrición en el rendimiento escolar conllevan pérdida de recursos por menor capacidad de atención, repetición de años, rezago y deserción. La menor capacidad de atención y aprendizaje incrementa costos públicos. La repitencia de uno o más años aumenta en cantidad equivalente la demanda a ser cubierta por el sistema educativo, con los consiguientes costos extras en infraestructura, equipamiento, recursos humanos e insumos educativos.

Por otro lado, el rezago escolar (por ingreso tardío o derivado de la repitencia) aumenta dichos costos en la medida que al ampliar la heterogeneidad etaria en cada nivel educativo, mayores dificultades se imponen al proceso, sea en diseñar una oferta especial o en compatibilizar los intereses y capacidades de distintas edades.

A los costos que debe asumir el sistema educativo, se suman los costos privados (del estudiante y su familia) derivados de la mayor cantidad de insumos, reforzamientos educativos externos y mayor tiempo dedicado a la solución o mitigación del menor rendimiento (Martínez, R., Palma, A, Atalah, E., Pinheiro, A. 2009)..

Baja productividad.

Las consecuencias de la desnutrición a nivel productivo están directamente asociadas con los bajos niveles de escolaridad y dificultades de aprendizaje.

El costo que produce la desnutrición en la productividad es equivalente a la pérdida de capital humano que ésta genera para una sociedad. Por un lado, la desnutrición genera menor productividad por el menor nivel educativo que alcanzan las personas que tienen desnutrición. Por el otro, se produce una pérdida de capacidad productiva en la población, debido a la mayor

cantidad de muertes que genera la desnutrición. (Martínez, R., Palma, A, Atalah, E., Pinheiro, A. 2009).

d. Los efectos y el ciclo de vida

Los efectos de la desnutrición se pueden ordenar de acuerdo a la etapa del ciclo de vida en que se presentan. Esto es especialmente relevante al analizar las potenciales intervenciones de prevención y mitigación de daño entre los distintos grupos poblacionales (Martínez, R., Palma, A, Atalah, E., Pinheiro, A. 2009).

Tabla N.15

EFFECTOS DE LA DESNUTRICIÓN EN EL CICLO DE VIDA

Etapa	EFECTOS		
	Inmediatos	Mediatos	Indirectos
Ambiente intra-uterino	Bajo Peso al Nacer Mortalidad Perinatal	Desnutrición Niño Morbilidad (Infecciones, Diarrea, Bronconeumonía)	Menor Productividad Mayores Costos Públicos y Privados
0-24 meses	Morbilidad Deterioro Cognitivo y Psicomotor Mortalidad Infantil	Baja Talla Deterioro Cognitivo	Menor Productividad Mayores Costos Públicos y Privados
25-59 meses	Bajo Rendimiento Pre-escolar Mortalidad Pre-Escolar	Rendimiento Escolar disminuido Anemia Obesidad	Menor Productividad Mayores Costos Públicos y Privados
Escolar	Morbilidad Mortalidad en la Infancia Baja Concentración y Rendimiento Anemia	Baja Escolaridad Deserción Escolar	Menor Productividad Mayores Costos Públicos y Privados
Adulto	Morbilidad ECNT Crónicas transmisibles (TBC)	Bajo Peso al Nacer Pobreza	Menor Productividad Mayores Costos Públicos y Privados
Mujer en edad fértil	Anemia Obesidad Mortalidad materna Morbilidad ECNT	Bajo Peso al Nacer	Menor Productividad Mayores Costos Públicos y Privados
Adulto mayor	Morbilidad ECNT	Mortalidad Pobreza	Mayores Costos Públicos y Privados

Fuente: Martínez R, Fernández A. Modelo de Análisis del impacto social y económico de la desnutrición infantil en América Latina, 2006.

ESTILOS DE VIDA SALUDABLES Y DISMINUCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN

En el Ecuador, las principales causas de mortalidad general son las enfermedades crónicas degenerativas no transmisibles: Diabetes e Hipertensión Arterial. Eventos cerebro-vasculares, paro cardíaco, neumonía, diferentes formas de cáncer e infección por virus de la

inmunodeficiencia humana también son causas frecuentes de muerte. En relación a la mortalidad infantil; las patologías más frecuentes son: trastornos que afectan la duración del embarazo, prematurez, peso bajo al nacimiento, infecciones durante el primer mes de vida, neumonía y enfermedad diarreica. Todas estas patologías están relacionadas directa o indirectamente con malnutrición en las diferentes etapas del ciclo vital.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la malnutrición ha sido la causa, directa o indirecta, del 60% de los 10,9 millones de defunciones registradas cada año entre los niños menores de cinco años. Más de dos tercios de esas muertes, a menudo relacionadas con unas prácticas o conductas inadecuadas de alimentación, ocurren durante el primer año de vida.

Los comportamientos o conductas son determinantes de la salud física y mental de las personas y del estado de la salud pública. Se estima que un tercio de las enfermedades en el mundo pueden prevenirse mediante cambios de actitud y comportamiento (M.S.P. 2010).

Los comportamientos que disminuyen el riesgo de enfermar son los denominados Estilos de Vida Saludables. Los cuales forman parte de una estrategia global; de una tendencia moderna, fundamentada en la prevención de enfermedades y promoción de la salud.

Los estilos de vida saludables, retoman el concepto de Promoción de la Salud definida como "la estrategia para proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma" (Pérez, E., Ramos, P., Liberal, S. 2005).

La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, considera a los estilos de vida saludables como componentes importantes de intervención para mejorar el estado nutricional y la calidad de vida; misma que según el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo está dada por contar con una vida larga y saludable, adquirir conocimientos y acceder a los recursos necesarios para tener un nivel de vida decente. No obstante, la satisfacción de necesidades y la expansión de capacidades humanas actuales, no deben hipotecar el futuro, por eso se habla de desarrollo sustentable (UNICEF. 2008).

"La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana, en el hogar, en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo. La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida

propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de una vida digna" (UNICEF. 2008).

Los estilos de vida que se aprenden durante la niñez tienen mayores probabilidades de afianzarse en la vida adulta. En este sentido, cada persona comienza a moldear sus comportamientos desde la infancia de acuerdo a costumbres y actitudes familiares. Lo ideal, es mantener un crecimiento y desarrollo óptimo en la infancia, crear hábitos saludables en la etapa preescolar y escolar; consolidarlos en la etapa escolar y pre-adolescencia y no perderlos en la adolescencia y edad adulta.

La educación a la población sobre estilos de vida saludables en el embarazo, la niñez y la adolescencia busca la implementación de hábitos, conductas y comportamientos que garanticen el bienestar nutricional, físico, mental y psicológico del individuo, la familia y la comunidad.

La implementación de estilos de vida saludables en las distintas etapas del ciclo vital trata de cumplir con los siguientes objetivos:

- Dar a conocer aquellos comportamientos que mejoran la salud de los individuos desde el vientre materno.
- Dar a conocer como se produce el normal desarrollo de una persona en sus distintas etapas evolutivas: embarazo, lactancia, infancia, preescolar, escolar y adolescencia.
- Promover el desarrollo normal de niños y niñas.
- Erradicar prácticas nutricionales equívocas, creencias y mitos erróneos.
- Mejorar el conocimiento de la población en temas básicos.
- Combatir las principales causas de morbilidad y mortalidad, a través de la educación.
- Combatir el uso inadecuado de medicamentos y la automedicación.
- Prevenir enfermedades y promocionar la salud.
- Fortalecer la atención primaria.

Las metas de la atención primaria están relacionadas a fomentar el buen vivir, como concepto vivo no lineal, históricamente construido, que significa la "satisfacción de las necesidades, la consecución de una calidad de vida y muerte digna, el amar y ser amado, y el florecimiento de todos y todas, en paz y en armonía con la naturaleza y la prolongación indefinida de las culturas humanas. Crear una cultura de auto-cuidado, fortalecer la interculturalidad respetando los saberes y tradiciones; y proteger el medio ambiente, también forman parte de las metas a

alcanzar. La implementación de estilos de vida saludables en la comunidad trata de lograr estos objetivos mediante la difusión de conocimientos prácticos. “Un pueblo educado es un pueblo sano”.

Aspectos íntimamente ligados e interrelacionados entre sí como: nutrición, seguridad alimentaria, normas de higiene, ejercicio físico, salud mental, salud oral, desarrollo psicomotriz y estimulación temprana, sexualidad, comportamientos de seguridad y prevención de enfermedades, normas de urbanidad y el buen vivir, interculturalidad y protección del medio ambiente son determinantes del estado nutricional de los pueblos y del estado de salud pública; es por eso que el abordaje nutricional debe ser abordado de forma multidisciplinaria y multisectorial.

Además, la implementación de estilos de vida saludables en el embarazo, la niñez y la adolescencia a más de ser una herramienta educativa que promueve prácticas saludables y combate la desnutrición; pretende la adecuada utilización de bienes y servicios para mejorar la economía de toda la población.

ESTRATEGIAS INTERNACIONALES, MARCO POLÍTICO Y CONSTITUCIONAL

La seguridad alimentaria y la implementación de prácticas saludables están contempladas en estrategias internacionales y forman parte de las normas constitucionales del Ecuador.

a. Estrategia Global para la Alimentación de la Niñez.

UNICEF y la OMS aprobaron esta estrategia en el 2002 y se basa en el respeto, protección, facilitación y pleno cumplimiento de las normas legales e internacionales sobre los derechos de la niñez, el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y la Iniciativa de Hospitales Amigos de la Niñez. Además, establece las responsabilidades de los gobiernos y las organizaciones internacionales para asegurar el derecho de la niñez y la mujer a una adecuada atención de salud y nutrición. Enfatiza también la necesidad de políticas alimentarias particularmente en emergencias y el apoyo a las redes comunitarias de mujeres³⁴.

b. Iniciativa para acabar con el hambre y la desnutrición en la Niñez (Ending Child Hunger and Undernutrition Initiative -ECHUI).

Esta es una iniciativa global para movilizar la atención y la acción a las causas inmediatas del hambre y la desnutrición en la niñez, aprobada por las Juntas Ejecutivas de UNICEF y el PMA y que inició su pleno desarrollo en el año 2007. El objetivo central es apoyar el cumplimiento del primer ODM, movilizando los recursos políticos, financieros y técnicos y las alianzas que requieran los países en desarrollo para reducir el hambre y la desnutrición en una generación. Está diseñada para promover, informar y ayudar a fortalecer las estrategias regionales y los planes nacionales de acción que abordan el hambre y la desnutrición en la niñez. Se ha elaborado un Plan Global de Acción que propone actuar sobre cinco grupos de población: madres gestantes y lactantes, menores de dos años de edad, pre-escolares, escolares y población general. Esta iniciativa consta de cuatro productos principales: 1) Aumentar la sensibilidad hacia el hambre y la desnutrición y entender las potenciales soluciones; 2) Fortalecer las políticas y programas nacionales que abordan el hambre y la desnutrición; 3) Aumentar las capacidades para acciones comunitarias directas sobre el hambre y la desnutrición y 4) Aumentar la eficiencia y responsabilidad de esfuerzos globales para reducir el hambre y la desnutrición en la niñez a través del monitoreo y evaluación de la iniciativa; intervenciones programáticas e impacto para la niñez.

c. Un Mundo Apropriado para la Niñez (WFFC).

Es frecuente que algunos de los temas intersectoriales, como la protección de los niños, el desarrollo de la niñez en la primera infancia y la nutrición, continúan reflejándose débilmente en los planes nacionales de desarrollo o en las estrategias de lucha contra la pobreza. Cada vez es más frecuente que los planes de acción nacionales a favor de los niños hagan referencia a la Convención Sobre los Derechos del Niño o a las observaciones finales del Comité de los Derechos del Niño. Como los objetivos de “Un mundo apropiado para la niñez” apoyan directamente los ODM, el progreso de éste programa se hará en sus cuatro esferas principales: a) Promoción de una vida sana, b) Acceso a una educación de calidad, c) Protección contra los malos tratos, la explotación y la violencia y, d) Lucha contra el VIH.

d. Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

La reducción de la desnutrición crónica es esencial para el cumplimiento del primer ODM – Erradicar la pobreza extrema y el hambre – y en particular con su Meta 2: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padezcan hambre. Los indicadores establecidos para el monitoreo son: a) prevalencia de niños menores de 5 años de edad con peso inferior a lo normal; y b) porcentaje de la población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria (subnutrición). Así mismo, la reducción de la malnutrición infantil y materna es también relevante para el logro de los otros objetivos del milenio, como: ODM 2, alcanzar la educación primaria universal; ODM 3, promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer; ODM 4 reducir la mortalidad infantil; ODM 5, mejorar la salud de la mujer; y ODM 6, combatir el VIH y SIDA, el paludismo y otras enfermedades. El ODM 7 (garantizar la sostenibilidad del medio ambiente) también es crucial para mejorar la nutrición, la educación y la situación de las niñas, niños y mujeres.

e. Constitución del Ecuador 2008

Derechos del buen vivir

Art. 13.-El derecho a la alimentación incluye el acceso libre y permanente a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para una alimentación sana, de calidad, de acuerdo con la cultura, tradiciones y costumbres de los pueblos. El Estado ecuatoriano reconocerá y garantizará el derecho a la soberanía alimentaria.

Art. 26.- La educación es un derecho de las personas a lo largo de su vida y un deber ineludible e inexcusable del Estado. Constituye un área prioritaria de la política pública y de la inversión estatal, garantía de la igualdad e inclusión social y condición indispensable para el buen vivir. Las personas, las familias y la sociedad tienen el derecho y la responsabilidad de participar en el proceso educativo.

Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria

Art. 45.- El Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, los niños y adolescentes y asegurarán el ejercicio pleno de sus derechos; se

aplicará el principio de su interés superior, y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas.

Las niñas, los niños y adolescentes tienen derecho a su desarrollo integral, entendido como proceso de crecimiento, maduración y despliegue de su intelecto y de sus capacidades, potencialidades y aspiraciones, en un entorno familiar, escolar, social y comunitario de afectividad y seguridad. Este entorno permitirá la satisfacción de sus necesidades sociales, afectivo-emocionales y culturales, con el apoyo de políticas intersectoriales nacionales y locales.

Art. 47.- El Estado adoptará, entre otras, las siguientes medidas que aseguren a las niñas, niños y adolescentes: 1. Atención a menores de seis años, que garantice su nutrición, salud, educación y cuidado diario en un marco de protección integral de sus derechos.

Salud

Art. 357.-El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.

Art. 358.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actoras y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

Art. 359.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud, articulará los diferentes niveles de atención y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

Art. 362.- El Estado será responsable de:

1. Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.

2. Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.
3. Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud.
4. Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos.
5. Brindar atención y cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución.
6. Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto.
7. Garantizar la disponibilidad y el acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos, que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales.
8. Promover el desarrollo integral del personal de salud.

Soberanía alimentaria

Art. 394.-La soberanía alimentaria constituye un objetivo estratégico de la sociedad ecuatoriana, que obliga al Estado a:

1. Impulsar y facilitar la producción, transformación, agroalimentaria y pesquera de las pequeñas y medianas unidades de producción, comunitarias y de la economía popular solidaria, a fin de que se destinen fundamentalmente al consumo local y nacional mediante la generación de sistemas de distribución y comercialización.
2. Adoptar políticas fiscales, tributarias y arancelarias que protejan el sector agroalimentario y pesquero nacional, para evitar la dependencia de importación de alimentos.
3. Tomar medidas necesarias para erradicar la pobreza rural, que garanticen mediante políticas redistributivas el acceso de los campesinos al agua, a la propiedad de la tierra y más recursos productivos. El Fondo Nacional de Tierras, que se establecerá por ley, regulará el acceso equitativo a los recursos productivos.
4. Garantizar preferentemente a la pequeña y mediana agricultura, a la recolección y a la pesca artesanal el acceso equitativo a los recursos productivos necesarios para la producción de alimentos sanos.

5. Fortalecer la diversificación de la producción agropecuaria, que prevalecerá sobre el monocultivo.
6. Regular la actividad agroindustrial para evitar efectos económicos ambientales, sociales y culturales negativos.
7. Establecer políticas ecológicas en la actividad agroalimentaria y pesquera, para conservar, mantener y recuperar la biodiversidad, la fertilidad de los suelos y las fuentes de agua.
8. Fomentar políticas agroecológicas que garanticen una alimentación sana. Se prohíbe el uso de productos agrotóxicos que causen daños a la salud y el ambiente.
9. Precautelar el bienestar animal y las normas de bioseguridad.
10. Recuperar y preservar los saberes ancestrales y recursos genéticos como patrimonio del pueblo ecuatoriano, garantizar el derecho al uso y conservación de las semillas y promover su libre intercambio.
11. Garantizar el desarrollo de la investigación científica y la capacitación e innovación tecnológica fundamentada en prácticas apropiadas.
12. Fortalecer el desarrollo de organizaciones y redes de productores y consumidores; así como las de procesamiento, comercialización y distribución de alimentos en el marco de un comercio justo, solidario y sustentable, que garantice la relación equitativa entre el campo y la ciudad, e impida prácticas monopólicas y la especulación con los alimentos.
13. Establecer mecanismos preferenciales de financiamiento para los pequeños y medianos productores, que faciliten la adquisición y gestión conjunta de medios de producción.
14. Reconocer y valorar los aportes de las mujeres a la agroalimentación, preservación, difusión y desarrollo de conocimientos y prácticas ancestrales, y garantizarles adecuadas condiciones de trabajo y el acceso igualitario a recursos.
15. Dotar de alimentos a las poblaciones víctimas de desastres naturales, daños ambientales, disturbios internos y conflictos armados y de todo hecho fortuito que ponga en riesgo el acceso a la alimentación. Los alimentos recibidos de la ayuda internacional, en esas circunstancias, no deberán afectar la salud de las personas ni el futuro de la producción y la provisión de alimentos de origen nacional.
16. Adquirir alimentos y materias primas para programas sociales y alimenticios, prioritariamente a redes asociativas que vinculen de manera directa a pequeños y medianos productores y consumidores nacionales.

Art. 395.-El Estado normará el uso y acceso a la tierra, que deberá cumplir la función social y ambiental en el marco del derecho a la soberanía alimentaria, con la participación de las organizaciones de los pequeños y medianos productores campesinos.

Se prohíbe el latifundio y la concentración de la tierra, así como el acaparamiento o privatización del agua y sus fuentes.

El Estado regulará el uso y manejo del agua de riego para la producción de alimentos, bajo los principios de equidad, eficiencia y sostenibilidad ambiental.

Art. 396.- Para desarrollar las políticas de soberanía alimentaria se articularán las instituciones del sector de producción, comercialización y consumo de alimentos, con la participación de la población y de las organizaciones campesinas, indígenas y de pescadores.

Naturaleza y ambiente

Art. 397.- La Constitución reconoce los siguientes principios ambientales:

1. El Estado garantizará un modelo sustentable de desarrollo, ambientalmente equilibrado y respetuoso de la diversidad cultural, que conserve la biodiversidad y la capacidad de regeneración natural de los ecosistemas, y que asegure la satisfacción de las necesidades de las generaciones presentes y futuras.

f. Código de la niñez y la adolescencia Ecuador 2003. Libro 1

Art. 26.- Derecho a una vida digna.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a una vida digna, que les permita disfrutar de las condiciones socioeconómicas necesarias para su desarrollo integral. Este derecho incluye aquellas prestaciones que aseguren una alimentación nutritiva, equilibrada y suficiente, recreación y juego, acceso a los servicios de salud, a educación de calidad, vestuario adecuado, vivienda segura, higiénica y dotada de los servicios básicos.

Art. 28.- Responsabilidad del Estado en relación a este derecho a la salud.- Son obligaciones del Estado, que se cumplirán a través del Ministerio de Salud: 2. Fomentar las iniciativas necesarias para ampliar la cobertura y calidad de los servicios de salud, particularmente la atención primaria de salud; y adoptará las medidas apropiadas para combatir la mortalidad materno infantil, la desnutrición infantil y las enfermedades que afectan a la población infantil.

8. CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO

MATRIZ DE INVOLUCRADOS

Grupo y/o instituciones	Intereses	Recursos y mandatos	Problemas percibidos
<p>Dirección Provincial de Salud de Imbabura – Ministerio de Salud Pública del Ecuador</p>	<p>Superar los problemas de Salud Pública del Ecuador.</p> <p>Alcanzar objetivos y metas planteadas en sus diferentes proyectos de promoción y prevención.</p> <p>Cumplir y hacer cumplir políticas de estado en salud. Mejorar la calidad de vida de la comunidad.</p>	<p>Recursos humanos: la DPSI dotará con personal para la ejecución de brigadas médicas, brindará las facilidades para realizar talleres de capacitación y aportará con el su equipo técnico para la elaboración del manual estilos de vida saludables en el embarazo y la niñez.</p> <p>Recursos materiales: la DPSI otorgará el AVAL académico al manual de estilos de vida saludables.</p> <p>Recursos financieros: la DPSI otorgará un monto económico para la socialización y difusión del manual.</p> <p>Mandato: Constitución del Ecuador 2008 Art. 28.- Responsabilidad del Estado en relación a este derecho a la salud.- Son obligaciones del Estado, que se cumplirán a través del Ministerio de Salud: 2. Fomentar las iniciativas necesarias para ampliar la cobertura y calidad de los servicios de salud, particularmente la atención primaria de salud; y adoptará las medidas apropiadas para combatir la mortalidad materno infantil, la desnutrición infantil y las enfermedades que afectan a la población.</p>	<p>Tasas altas de desnutrición infantil en la población rural del Cantón Cotacachi.</p>

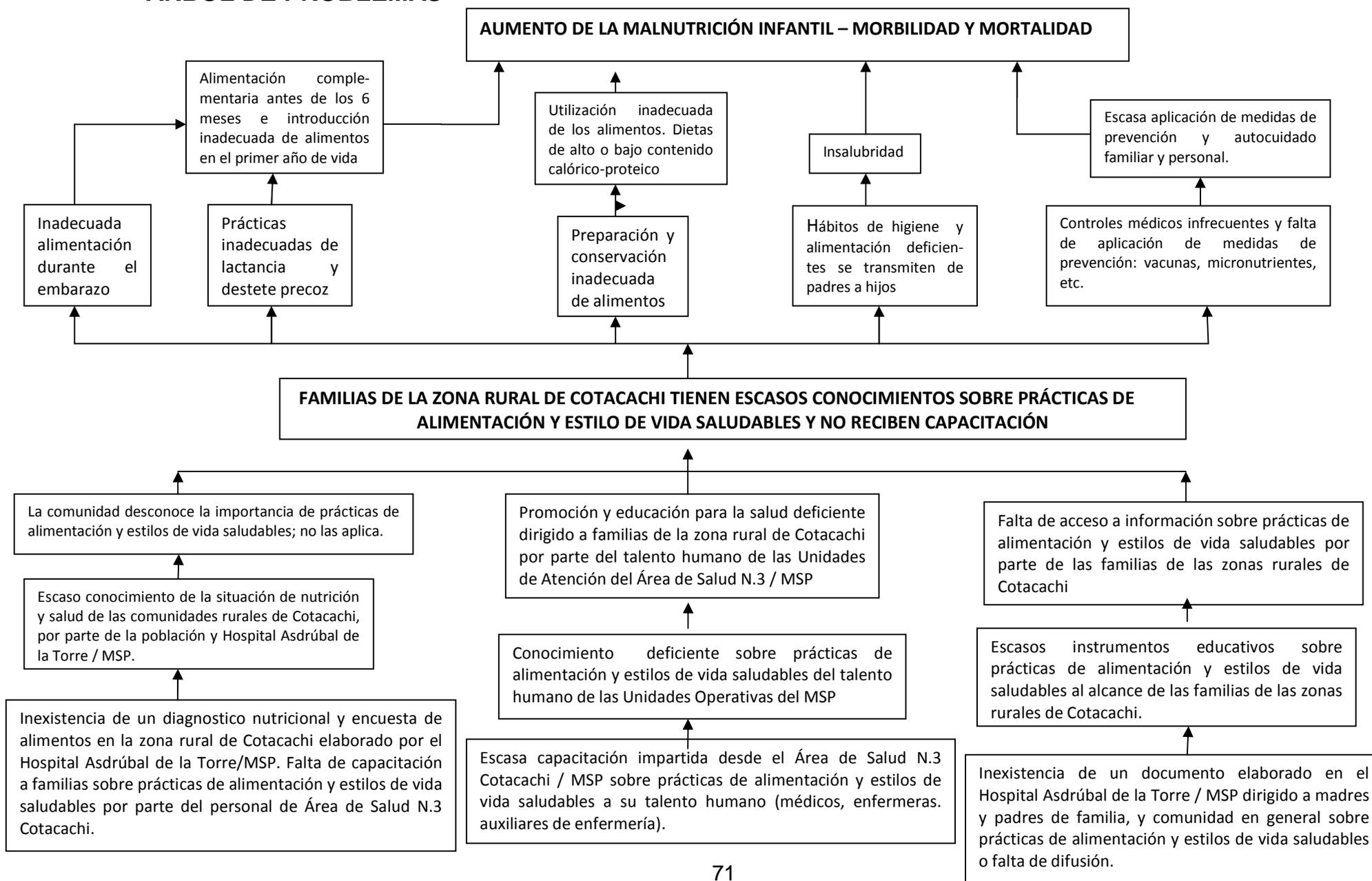
<p>Hospital Asdrúbal de la Torre – Cotacachi</p>	<p>Afrontar y superar las principales causas de morbi-mortalidad de la población del cantón Cotacachi.</p> <p>Mejorar la calidad de vida de la comunidad.</p>	<p>Recursos humanos: el HADT organizará a su personal para la ejecución de brigadas médicas, brindará las facilidades para realizar talleres de capacitación y aportará con el su equipo técnico para la elaboración del manual.</p> <p>Recursos materiales: el HADT dotará todos los recursos necesarios para la realización de brigadas, talleres, y demás actividades contempladas en el proyecto.</p> <p>Recursos financieros: el HADT otorgará un monto económico para el transporte, brigadas, materiales varios y asumirá todo el gasto de publicación y difusión del manual.</p> <p>Mandato:</p> <p>Constitución del Ecuador 2008 Art. 359.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud.</p> <p>Política institucional HADT: j. Aportar desde el nivel local con proyectos propios e innovadores en la búsqueda de soluciones a la problemática de salud del Ecuador.</p>	<p>Tasas altas de desnutrición infantil en la población rural del Cantón Cotacachi.</p> <p>Limitación de recursos económicos.</p>
--------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Sub-centros y puestos de salud del Área de Salud N.3 - Cotacachi</p>	<p>Contar con herramientas prácticas para mejorar la calidad de atención.</p> <p>Fortalecer la organización de trabajo comunitario.</p> <p>Mejorar la calidad de vida de la comunidad.</p>	<p>Recursos humanos: las unidades de atención del Área N.3 aportarán con todo su equipo técnico para la realización de brigadas y talleres de capacitación</p> <p>Recursos materiales: las unidades del Área N.3 dotarán de equipos, insumos médicos y medicamentos para la ejecución de las brigadas</p> <p>Mandato:</p> <p>Constitución del Ecuador 2008</p> <p>Art. 359.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud,</p> <p>Política Institucional</p> <p>Apoyar toda actividad destinada a mejorar la salud y calidad de vida de la comunidad a través del cumplimiento de normas y protocolos.</p>	<p>Tasas altas de desnutrición infantil en la población rural del Cantón Cotacachi.</p> <p>Limitación de recursos económicos.</p>
<p>Comunidad organizada del cantón Cotacachi</p>	<p>Adquirir conocimientos prácticos</p> <p>Mejorar la calidad de vida de la comunidad.</p>	<p>Recursos humanos: representantes de las comunidades facilitaran el proceso de organización y reuniones con la comunidad y crearán el vínculo de comunicación.</p> <p>Recursos materiales: las comunidades facilitarán el espacio físico, instalaciones, electricidad, agua potable, y demás elementos</p>	<p>Limitación de recursos materiales y económicos</p>

		<p>necesarios para la realización de brigadas médicas, talleres y demás actividades</p> <p>Recursos económicos: dotarán un monto económico para alimentación del personal de salud en brigadas y talleres con la comunidad.</p> <p>Mandato: Constitución del Ecuador 2008 Art. 358.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actoras y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.</p> <p>Art. 26.- La educación es un derecho de las personas a lo largo de su vida y un deber ineludible e inexcusable del Estado. Constituye un área prioritaria de la política pública y de la inversión estatal, garantía de la igualdad e inclusión social y condición indispensable para el buen vivir. Las personas, las familias y la sociedad tienen el derecho y la responsabilidad de participar en el proceso educativo.</p>	
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

<p>Universidad Técnica Particular de Loja – Postgrado de Gerencia en Salud para el Desarrollo Local.</p>	<p>Trabajar por mejorar la calidad de salud de la población ecuatoriana, instruyendo a sus alumnos y a través de convenios inter-institucionales.</p> <p>Mejorar la calidad de vida de la comunidad.</p>	<p>Recursos humanos: la UTPL aporta con la asignación del Tutor/asesor del proyecto y el autor del mismo.</p> <p>Recursos materiales y educativos: documentos y textos guía para el desarrollo del proyecto.</p> <p>Mandato: Constitución del Ecuador 2008</p> <p>Art. 394.- 11. Garantizar el desarrollo de la investigación científica y la capacitación e innovación tecnológica fundamentada en prácticas apropiadas.</p> <p>Misión Institucional La docencia, la investigación y la extensión convergen hacia una gestión productiva en la que el estudiante es sujeto y agente de su profesionalización, para servir con creatividad y realizaciones concretas a la sociedad en la que está inmerso.</p>	<p>Tiempo de presentación del proyecto.</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------

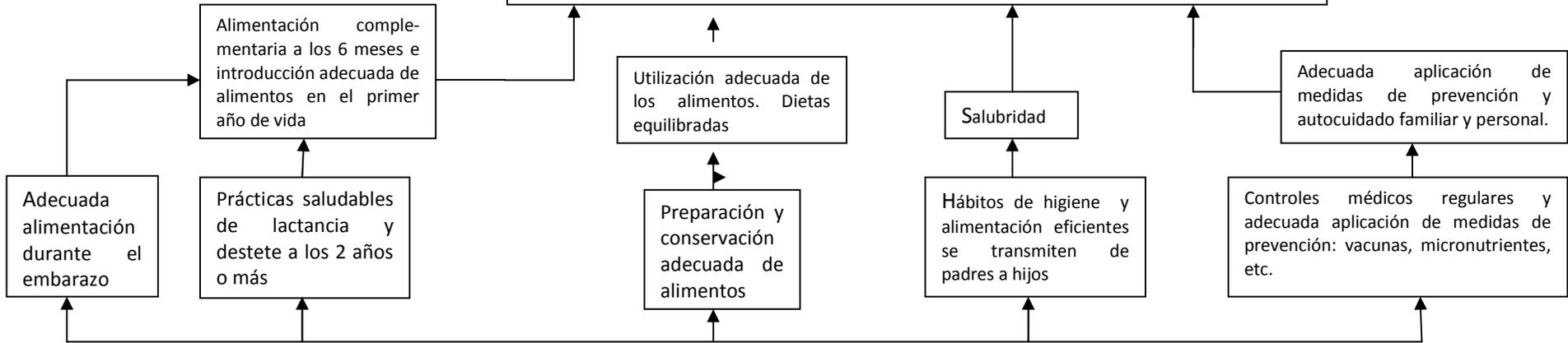
ÁRBOL DE PROBLEMAS



ÁRBOL DE OBJETIVOS

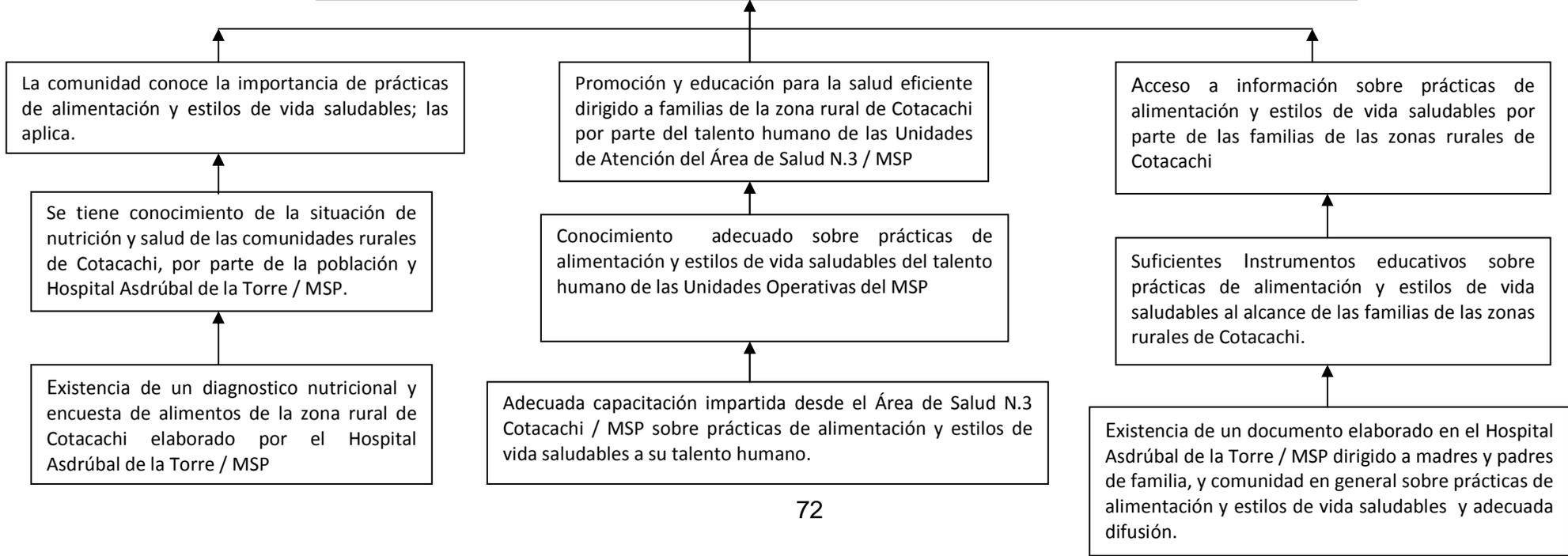
FIN

DISMINUCIÓN DE LA MALNUTRICIÓN INFANTIL – MORBILIDAD Y MORTALIDAD



PROPÓSITO

FAMILIAS DE LA ZONA RURAL DE COTACACHI TIENEN ADECUADOS CONOCIMIENTOS SOBRE PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES Y RECIBEN CAPACITACIÓN PERMANENTE



MATRIZ DE MARCO LÓGICO

Problemática: Familias de la zona rural de Cotacachi tienen escasos conocimientos de prácticas y estilos de vida saludables

JERARQUIA DE OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<p>FÍN Tasas de desnutrición, morbilidad y mortalidad en niños menores de 12 años de las comunidades rurales de Cotacachi disminuidas.</p>	<p>(No es medible: proyecto de intervención corta)</p>	<p>Partes diarios Control de historias clínicas Tasa de prevalencia e incidencia de desnutrición, en menores de 12 años Tasa de morbilidad y mortalidad</p>	<p>Talento humano de las unidades de salud del MSP y comunidad capacitada actuando</p>
<p>PROPÓSITO Familias de la zona rural de Cotacachi capacitadas para mejorar sus conocimientos sobre prácticas de alimentación y estilos de vida saludables</p>	<p>100% de médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería de Subcentros y Puestos del MSP de Cotacachi capacitados en prácticas de alimentación y estilos de vida saludables hasta abril de 2011 y capacitando permanentemente a la comunidad.</p>	<p>Listas del talento humano capacitado Evaluación del talento humano capacitado Registro de talleres, visitas domiciliarias, brigadas escolares y comunitarias Lista de participantes Historias clínicas</p>	<p>Médicos, enfermeras, auxiliares de Sub-centros y puestos del MSP de Cotacachi motivadas a participar</p> <p>Participación comunitaria activa y propositiva</p>
<p>R1 Capacitación realizada a familias de 10 comunidades rurales del Cantón Cotacachi sobre prácticas de alimentación y estilos de vida saludables, Situación nutricional y de salud de niños menores de 12 años y encuesta de frecuencia de consumo de alimentos elaborados.</p>	<p>100% de brigadas médicas hasta diciembre de 2010.</p> <p>100% del documento de diagnóstico nutricional y encuesta de alimentos que incluyen 10 comunidades rurales realizado y difundido hasta diciembre de 2010.</p>	<p>Documento de diagnóstico nutricional y encuesta de alimentos.</p>	<p>Médicos, enfermeras, auxiliares de Sub-centros y puestos del MSP de Cotacachi motivadas a participar</p> <p>Participación comunitaria activa y propositiva</p>

<p>R2</p> <p>Dos talleres de capacitación realizados sobre prácticas de alimentación y estilos de vida saludables dirigidos a 75 profesionales: médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería de Sub-centros y Puestos del MSP de Cotacachi</p>	<p>100% de reuniones realizadas hasta abril de 2011</p>	<p>Lista de participantes Memorias de talleres</p>	<p>Participación de médicos y ramas afines de la salud activa y propositiva</p> <p>Coordinación Institucional (H. Asdrúbal de la Torre, Subcentros de y puestos de salud de Cotacachi)</p>
<p>R3</p> <p>Manual de prácticas de alimentación y estilos de vida saludables en el embarazo y la niñez realizado y distribuido gratuitamente a 1000 familias de las comunidades rurales de Cotacachi</p>	<p>100% de normas o prácticas elaboradas hasta mayo de 2011</p> <p>100% de ejemplares entregados hasta diciembre 2011</p>	<p>Normas o prácticas escritas</p>	<p>Participación de médicos y ramas afines de la salud activa y propositiva</p> <p>Coordinación Jefe de Servicio de Pediatría del Hospital Asdrúbal de la Torre y participación multidisciplinaria</p>

MATRIZ DE MARCO LÓGICO

Actividades	Responsables	Cronograma	Recursos
A1			
1.1 Planificación de brigadas médicas	Autor del proyecto Hospital Asdrúbal de la Torre	Junio 2010	Reunión de planificación = 50 dólares
1.2 Estandarización en la toma de medidas antropométricas y aplicación de encuestas nutricionales	Autor del proyecto Hospital Asdrúbal de la Torre Médicos, enfermeras, auxiliares, estudiantes de enfermería	Junio 2010	Reunión de estandarización de medidas antropométricas y aplicación de encuestas nutricionales = 50 dólares
1.3 Reunión con las comunidades: Brigadas de atención médica, toma de medidas antropométricas, aplicación de la encuesta nutricional y consejería sobre prácticas de alimentación y estilos de vidas saludables	Autor del proyecto Hospital Asdrúbal de la Torre	Junio a diciembre de 2010	Brigada médica = 200 dólares (10 comunidades: 2000 dólares)
1.4 Análisis de datos, realización del informe final y socialización.	Autor del proyecto Médico, nutricionista	Enero de 2011	Reunión de socialización = 100 dólares

A 2			
2.1 Elaboración de una agenda de capacitación.	Autor del proyecto Hospital Asdrúbal de la Torre	Enero 2011	Reunión de planificación = 50 dólares)
2.2 Reuniones de capacitación con personal médico, enfermeras y auxiliares de enfermería	Autor del proyecto Hospital Asdrúbal de la Torre	Febrero - Abril 2011	Talleres de capacitación = 200 dólares (2 talleres = 400 dólares)
2.3 Entrega del manual de prácticas de alimentación y estilos de vida saludables en el embarazo y la niñez a médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería	Autor del proyecto Hospital Asdrúbal de la Torre	Mayo 2011	Entrega del Material = 50 dólares
A3			
3.1 Creación de un equipo técnico multidisciplinario	Autor del proyecto Hospital Asdrúbal de la Torre; equipo técnico multidisciplinario: médicos, pediatra, nutricionista, psicólogo, odontólogo, ginecólogo y profesionales de ramas afines	Enero de 2011	Reunión técnica = 50 dólares
3.2 Redacción de normas de prácticas de alimentación y estilos de vida saludables en el embarazo y la niñez.	Autor del proyecto Hospital Asdrúbal de la Torre; equipo técnico multidisciplinario	Enero a Mayo de 2011	Redacción de normas: 1.000 dólares.

3.3 Impresión de guías o folletos para entregar en talleres de capacitación	Hospital Asdrúbal de la Torre Dirección Provincial de Salud de Imbabura	Mayo 2011	Impresión 1.000 ejemplares = 2800 dólares
3.4 Elaboración del programa de intervención en la comunidad	Autor del proyecto Hospital Asdrúbal de la Torre, Personal de Sub-centros y puestos de salud.	Junio 2011	Reunión de planificación = 50 dólares
3.5 Entrega de 1000 manuales de forma gratuita a padres/madres de familia en post-consulta de las Unidades de Salud del Área N.3 y consejería individual sobre prácticas de alimentación y estilos de vida saludables.	Autor del proyecto Talento humano del Hospital Asdrúbal de la Torre, Sub-centros y puestos de salud.	Junio a diciembre 2011	Entrega de Material = 50 dólares

COSTO TOTAL DE ACTIVIDADES: 6650 DÓLARES

**9. CAPÍTULO III. RESULTADOS, CONCLUSIONES Y
RECOMENDACIONES**

RESULTADO 1

Capacitación a familias de 10 comunidades rurales del Cantón Cotacachi sobre prácticas de alimentación y estilos de vida saludables realizada, situación nutricional y de salud de niños menores de 12 años y encuesta de frecuencia de consumo de alimentos elaborada.

Actividades Realizadas

- Planificación de brigadas médicas
- Estandarización en la toma de medidas antropométricas y aplicación de encuestas nutricionales
- Reunión con las comunidades: brigadas de atención médica, toma de medidas antropométricas, aplicación de la encuesta y consejería sobre prácticas de alimentación y estilos de vida saludables.
- Análisis de datos, realización del informe final y socialización.

Metodología

Diseño: Epidemiológico Descriptivo Transversal. Con el objetivo de dar a conocer la importancia de las prácticas de alimentación y estilos de vida saludables a la comunidad, disponer de datos cuantitativos y cualitativos reales que permitan evaluar la necesidad de intervención y asegurar una respuesta adaptada a las necesidades de la población, se planificaron brigadas de atención médica por el personal del Hospital Asdrúbal de la Torre en coordinación con sub-centros y puestos de Salud del Área N.3, en 10 comunidades de la zona rural de Cotacachi.

Se asignaron las comunidades de las áreas andina y subtropical del cantón estudiando la factibilidad de acceso. Las comunidades asignadas fueron: El Punje, El Chontal, El Cristal, Santa Rosa, Pucará, Pueblo Viejo, Magdalena, San Joaquín, El Paraíso y Apuela. Se realizó una brigada médica en cada comunidad.

En cada brigada se realizó:

- Medición antropométrica y diagnóstico nutricional del 100% de niños menores de 12 años (144 meses), que acudieron a recibir atención médica en cada una de las brigadas (333 niños/as). Anexo 2

- Aplicación de una encuesta de frecuencia de consumo de alimentos al 100% de madres o padres representantes de cada familia (91 encuestados) y explicación de la importancia de las prácticas de alimentación y estilos de vida saludables de forma individual.

Para el diagnóstico nutricional los indicadores utilizados fueron: relación peso/edad, talla/edad, y peso/talla. Se utilizaron las curvas desarrolladas por el National Center for Health Statistics en colaboración con el National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 2000 para cada sexo.

Se establecieron los siguientes diagnósticos

- **Eutrófico:** peso y talla para la edad entre el percentil 5 y 95
- **Desnutrición global:** peso para la edad por debajo del percentil 5
- **Desnutrición crónica:** talla para la edad por debajo del percentil 5
- **Desnutrición aguda:** peso para la talla por debajo del percentil 5
- **Sobrepeso:** peso en relación a la talla sobre el percentil 95 (IMC para la edad sobre el percentil 95).

La Intensidad de la desnutrición se determinó de acuerdo a la pérdida de peso y/o talla en relación al percentil 50 para su edad y sexo determinado por la clasificación de Gómez (Mortality in second and third degree malnutrition).

Tabla N.16 Gravedad de la desnutrición

Grado de desnutrición	Peso/edad	Talla/edad	Peso/talla
0, normal	>90	> 95	>90
1, leve	75-90	90-95	81-90
2, moderada	60-74	85-89	70-80
3, grave	< 60	< 85	< 70

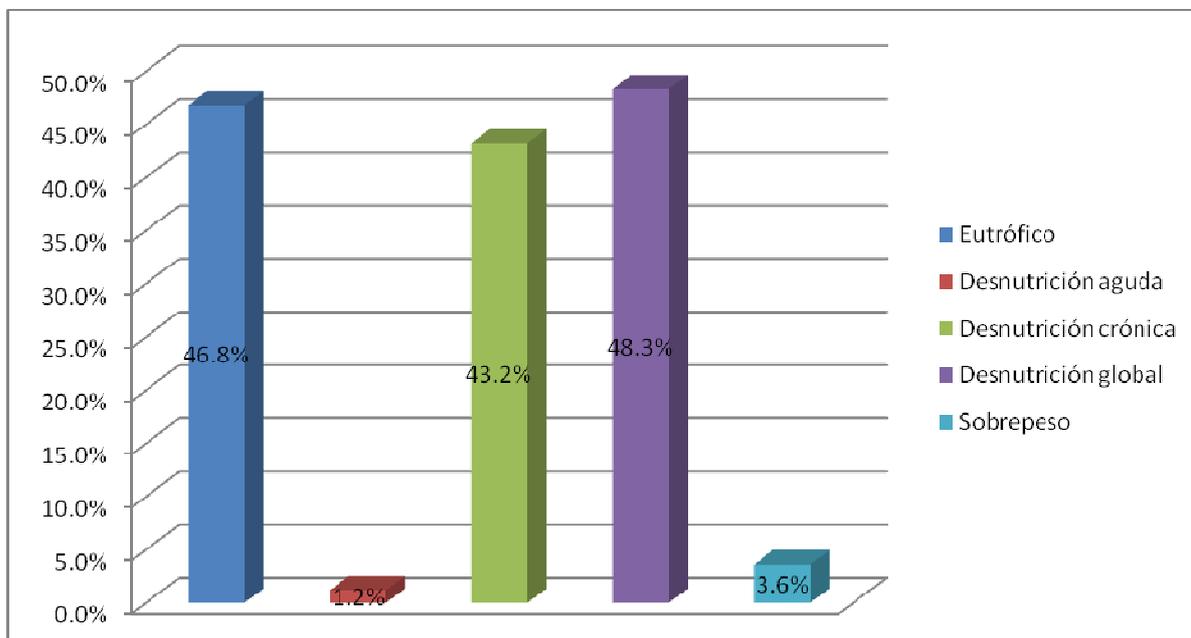
Fuente: Tratado de Pediatría de Nelson. Edt. 17

El cuestionario de frecuencia de alimentos constó de una lista de 71 alimentos de acuerdo a la producción agrícola de la localidad. Los niveles de frecuencia se valoraron de acuerdo a la Encuesta de Nutrición y Salud de Orihuela, España 2000 en: consumo menor a una vez al mes o nunca, una a cuatro veces al mes, dos a seis veces por semana y una a tres veces por día. Anexo 3. Se creó una base de datos, se evaluaron los resultados y se elaboró el informe final.

Criterios de Exclusión: Fueron excluidos aquellos registros que brindaron información insuficiente o inconsistente, en base a los siguientes criterios: registros sin datos de edad, sexo, peso o talla, encuestas de frecuencia de alimentos realizados a menores de 18 años y encuestas con datos incompletos.

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL

Gráfico N. 5 Diagnóstico nutricional realizado a 333 niños/niñas menores de 12 años en 10 comunidades de la zona rural de Cotacachi



Fuente: Encuesta Nutricional Hospital Asdrúbal de la Torre 2010

Elaboración: Byron Albuja

Tabla N.17 Diagnóstico nutricional realizado a 333 niños/niñas menores de 12 años en 10 comunidades de la zona rural de Cotacachi

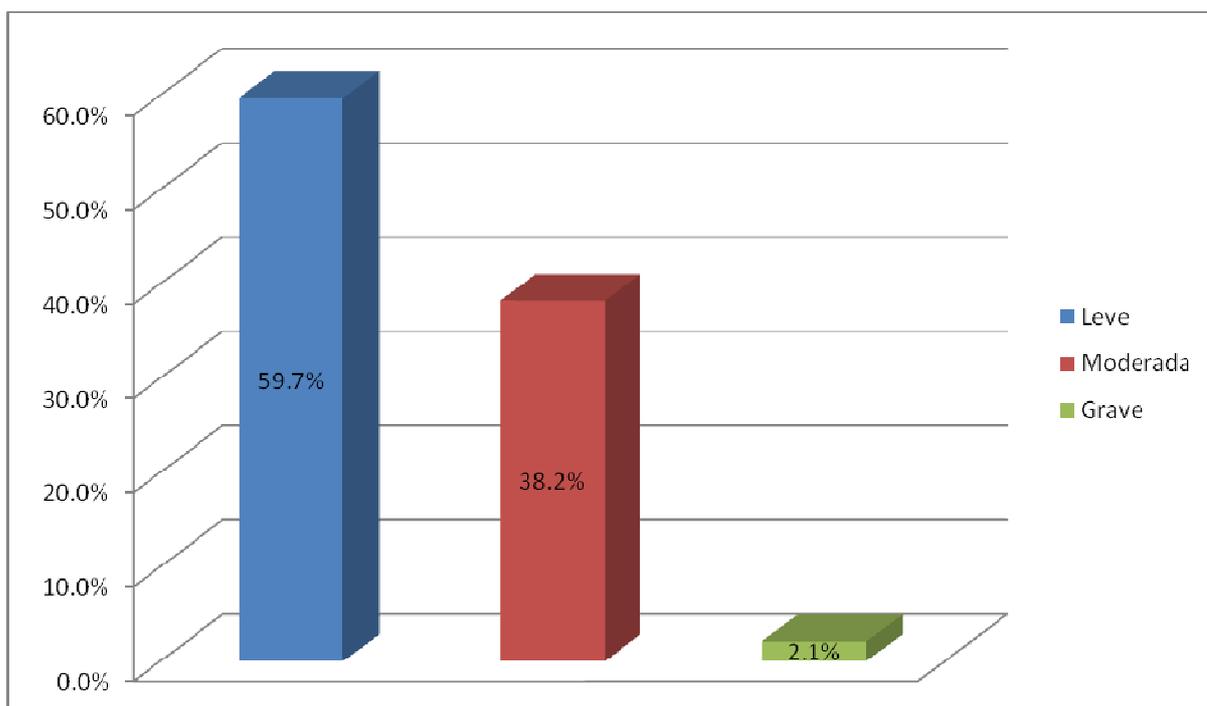
Diagnóstico Nutricional	Número de niños/as	Porcentaje (%)
Eutrófico	156	46.8
Desnutrición aguda	4	1.2
Desnutrición crónica	144	43.2
Desnutrición global	161	48.3
Sobrepeso	12	3.6

Fuente: Encuesta Nutricional Hospital Asdrúbal de la Torre 2010

Elaboración: Byron Albuja

Las tasas de desnutrición encontradas fueron: desnutrición global 48.3% y desnutrición crónica 43.2%. El 3.6% presentó sobrepeso. La desnutrición es un problema de salud pública en el Ecuador. Cotacachi es el cantón de la provincia de Imbabura con la tasa más alta de desnutrición infantil; el problema se agrava en la zona rural. La coexistencia de sobrepeso con déficit nutricional caracteriza la etapa de transición nutricional y epidemiológica por la que atraviesa nuestro país.

Gráfico N. 6 Diagnóstico nutricional realizado a 333 niños/niñas menores de 12 años en 10 comunidades de la zona rural de Cotacachi. Gravedad de la desnutrición



Fuente: Encuesta Nutricional Hospital Asdrúbal de la Torre 2010
Elaboración: Byron Albuja

Tabla N.18 Diagnóstico nutricional realizado a 333 niños/niñas menores de 12 años en 10 comunidades de la zona rural de Cotacachi. Gravedad de la desnutrición

Gravedad	Número de niños/as	Porcentaje (%)
Leve	86	59.72
Moderada	55	38.2
Grave	3	2.08
Total	144	100

Fuente: Encuesta Nutricional Hospital Asdrúbal de la Torre 2010
Elaboración: Byron Albuja

En relación a la gravedad, la desnutrición crónica leve y moderada son las formas de más frecuentes con el 59.7% y 38.2% respectivamente. Se presentaron 3 casos (2%) de desnutrición crónica grave tipo marasmo. De acuerdo a la OMS; la gravedad de la desnutrición es directamente proporcional con el incremento de la morbilidad infantil.

ENCUESTA - DATOS DEMOGRÁFICOS

Se obtuvo una muestra total de 91 encuestas. Se realizaron 63 encuestas a mujeres (69.3%) y 28 a hombres (30.7%) mayores de 18 años. El 75.8% correspondieron a personas entre 25 y 64 años de edad.

El estado civil de los participantes fue: soltero 3.3%, casado 71.4% y unión libre 23%. Las ocupaciones más frecuente fueron quehaceres domésticos 58.9%, agricultor 31.8% y comerciantes 2.1%

El nivel de instrucción más frecuente fue la primaria 64.8% (59 personas), 15.5% instrucción secundaria y el 3.3% superior. Se encontró un 16.4% de analfabetismo (15 personas).

Características de la vivienda

El 83.6% de los encuestados tiene vivienda propia, el 7.7% arrendada y el 8.7% convive con otros familiares o es prestada. El material de construcción es 46.1% cemento, 46.1% madera y 7.8% adobe; hecho relacionado con las características de zona andina o subtropical.

En relación al número de miembros por cada vivienda se encontraron los siguientes resultados: dos 6.6%, tres 14.2%, cuatro 30.9%, cinco 18.7%, seis 15.4% y más de seis miembros 14.2%

El 38.4% de las viviendas tienen dos habitaciones y el 17.6% una habitación. Estableciendo la relación entre el número de miembros de cada familia y el número de habitaciones se determinó que existe hacinamiento en el 27% de las familias (convivencia de 4 o más personas por habitación).

Servicios básicos y medios de comunicación

El acceso a agua potable se presentó en el 16.5%. El 80.2% utiliza agua entubada y el 3.3% agua del río.

La eliminación de excretas se realiza en red de alcantarillado en el 8.8% de los casos. El resto lo hacen en letrina 32.9%, pozo séptico 37.4% y al aire libre 20.9% (19 encuestados).

La eliminación de basura se realiza de la siguiente manera: 3.3% a través del recolector municipal, 41.7% por incineración, 3.3% cava orificios y la deja bajo tierra, 3.3% eliminación directa al río y el 48.4% eliminación en terrenos.

El 92.3% tiene servicio de electricidad.

En resumen: el 16.5% tiene agua potable, 8.8% alcantarillado, 3.3% recolección de basura y 92.3% electricidad.

En relación al acceso a medios de comunicación se encontró que la radio es el más frecuente 83.5% de los encuestados. Televisión tiene el 68.1% y el 10.9% tiene acceso a prensa escrita.

Cocina y almacenamiento de alimentos

La preparación de alimentos se realiza en el 63.7% en cocina de gas y en el 36.3% en cocina de leña. El 43.9% (40 encuestados) tienen refrigerador. El 40.7% conserva los alimentos al ambiente en envases cerrados y el 15% cubiertos con mantas o platos.

Agricultura y crianza de animales

El 92.3% de los encuestados tiene acceso un espacio de terreno dedicado a la siembra. El 83.5% de las familias realiza la crianza de animales para comercialización o consumo propio.

SITUACIÓN DE SALUD

Acceso a unidades de atención médica

Las prestaciones de salud en las comunidades estudiadas están a cargo de subcentros, puestos y dispensarios pertenecientes al Ministerio de Salud Pública y al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (Campesino).

El 100% de la población tiene acceso a servicios de salud. En relación a la distancia a la que quedan las unidades de salud se encontró que en el 57.1% de los casos es a menos de 1 hora caminando, 36.3% a menos de dos horas caminando y 6.6% a más de dos horas.

El 100% de los encuestados mencionan que reciben atención médica por lo menos una vez al año en su comunidad a través de brigadas de salud o acuden a las unidades de atención. El 63.8% acude con sus hijos a las unidades de salud por dos o más ocasiones en el año. El 46.2% refiere acudir seis veces o más.

El 60.4% (55 encuestados) mencionó a su domicilio como el lugar de preferencia para la ocurrencia del parto.

Perfil epidemiológico

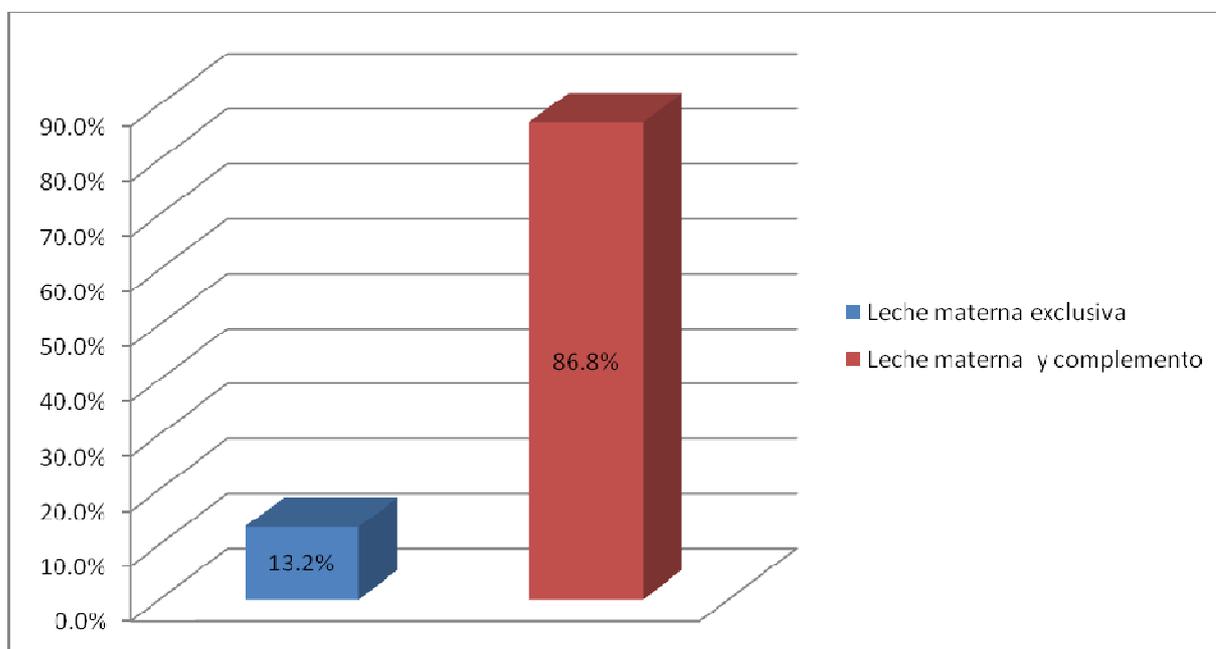
El 93.4% de los participantes respondió que el síntoma más frecuente por el cual los miembros de la familia acuden al centro de salud es tos (93.4%), seguido de dolor abdominal (72.5%), diarrea (65.9%) y fiebre (61.5%).

Otros síntomas frecuentes fueron: dolor de cabeza (43.9%), dolor de oído (43.9%), dolor de muela (38.4%), problemas de la piel (32.9%), náusea y vómito (21.9%) y dificultad para orinar (10.9%). De acuerdo a los encuestados en el 4.4% de las familias (4 encuestados) se presentó un aborto en el último año.

El 19.8% (18 encuestados) mencionaron haber sufrido la muerte de un familiar menor de doce años en los últimos diez años. La distribución por edades fue: 44.9% (8 casos) menores de 1 mes, 5.5% (1 caso) de 2 meses, 16.2% (3 casos) de 12 a 24 meses, 11.1% (2 casos) preescolares y 22% (4 casos) escolares. La principal causa de muerte de acuerdo a los participantes fue neumonía con el 27.6% (5 casos); el 44.9% (8 encuestados) desconocía la causa. Además se mencionaron: síndrome de Down, leucemia, insuficiencia renal, hepatitis y atropellamiento como causas de muerte (1 caso por cada una).

PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN – LACTANCIA MATERNA

Gráfico N. 7 Prácticas de alimentación. Alimentación con leche materna exclusiva durante los primeros 6 meses de edad.



Fuente: Encuesta Nutricional Hospital Asdrúbal de la Torre 2010
Elaboración: Byron Albuja

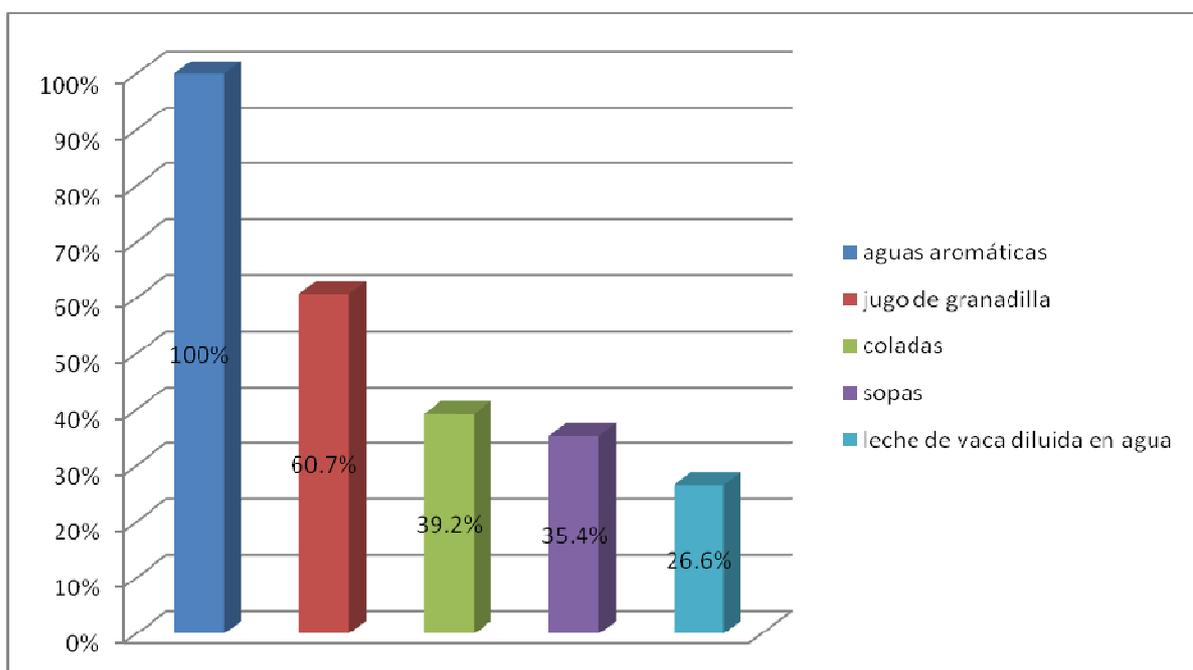
Tabla N.19 Prácticas de alimentación. Alimentación con leche materna exclusiva durante los primeros 6 meses de edad.

Tipo de alimentación	Número de encuestados	Porcentaje (%)
Leche materna exclusiva	12	13.2
Leche materna mas complemento	79	86.8
Total	91	100

Fuente: Encuesta Nutricional Hospital Asdrúbal de la Torre 2010
Elaboración: Byron Albuja

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la alimentación con leche materna exclusiva durante los primeros 6 meses de edad como componente fundamental para disminuir la desnutrición y la morbilidad infantil. Sin embargo, en esta investigación determinamos que tan solo el 13,2% práctica esta recomendación.

Gráfico N. 8 Prácticas de alimentación. Líquidos y alimentos que son administrados como complemento de la lactancia materna antes de los 6 meses de edad.



Fuente: Encuesta Nutricional Hospital Asdrúbal de la Torre 2010
Elaboración: Byron Albuja

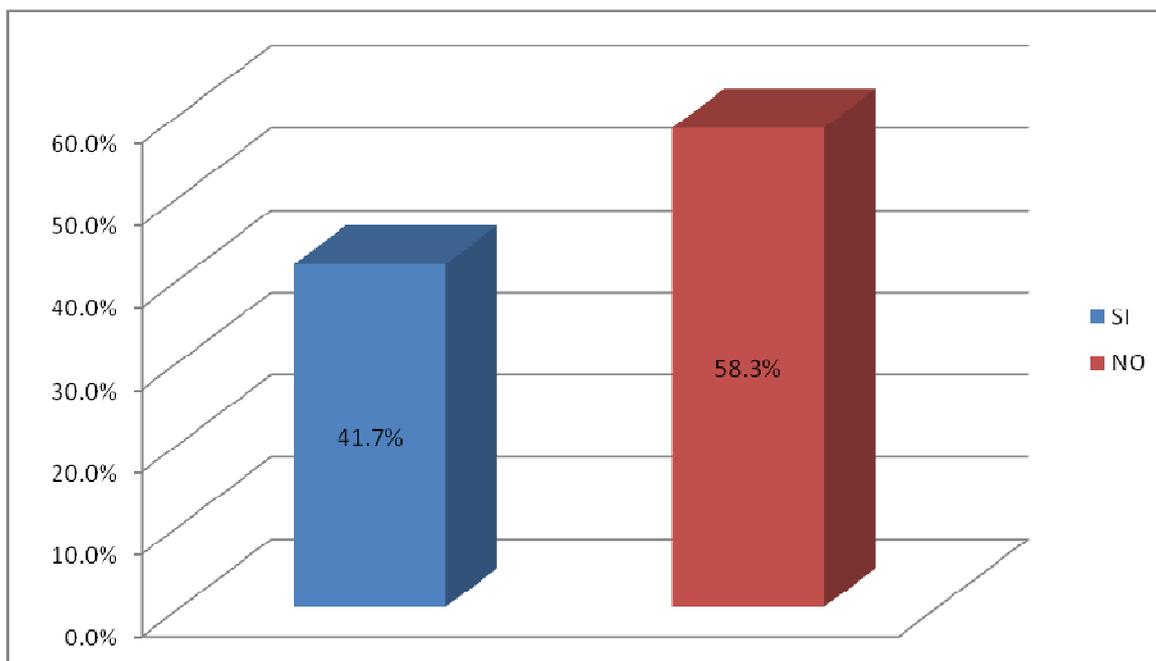
Tabla N.20 Prácticas de alimentación. Líquidos y alimentos que son administrados como complemento de la lactancia materna antes de los 6 meses de edad.

Líquidos / alimentos	Número de encuestados	Porcentaje (%)
Aguas aromáticas	79	100
Jugo de granadilla	48	60.7
Coladas	31	39.2
Sopas	28	35.4
Leche de vaca diluida	21	26.6

Fuente: Encuesta Nutricional Hospital Asdrúbal de la Torre 2010. Elaboración: Byron Albuja

La administración de líquidos y alimentos como complemento de la leche materna antes de los 6 meses de edad es una práctica inadecuada, disminuye el aporte calórico-proteico, incrementa el riesgo de desnutrición y la morbilidad infantil. En la mayoría de los casos la administración de complemento se debe a creencias equívocas como: evitar el cólico del lactante, aumento de calorías, desarrollo del lenguaje, desarrollo de piezas dentales, aparente mejoría de defensas inmunológicas, entre otras.

Gráfico N. 9 Prácticas de alimentación. Uso de sucedáneos de la leche materna



Fuente: Encuesta Nutricional Hospital Asdrúbal de la Torre 2010
Elaboración: Byron Albuja

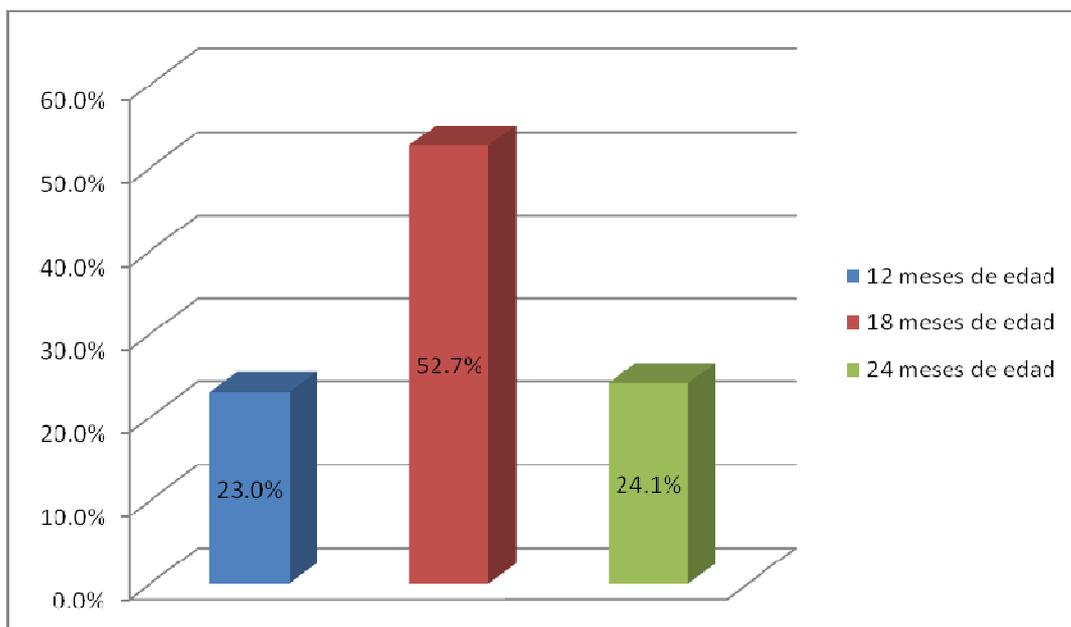
Tabla N.21 Prácticas de alimentación. Uso de sucedáneos de la leche materna

Uso de sucedáneos	Número de encuestados	Porcentaje (%)
Si	38	41.7%
No	53	58.3
Total	91	100%

Fuente: Encuesta Nutricional Hospital Asdrúbal de la Torre 2010
Elaboración: Byron Albuja

La norma del Ministerio de Salud Pública determina evitar el uso de sucedáneos de la leche materna y fortalece a la lactancia como práctica básica para disminuir la desnutrición y la morbilidad neonatal e infantil; sin embargo el 41.7% de los encuestados afirman que el uso de fórmula es una práctica adecuada.

Gráfico N. 10 Prácticas de alimentación. Edad del destete.



Fuente: Encuesta Nutricional Hospital Asdrúbal de la Torre 2010
Elaboración: Byron Albuja

Tabla N.22 Prácticas de alimentación. Edad del destete.

Edad de destete	Número de encuestados	Porcentaje
Después de 12 meses de edad	21	23
Después de 18 meses de edad	48	52.7
Después de 24 meses de edad	22	24.1
Total	91	100

Fuente: Encuesta Nutricional Hospital Asdrúbal de la Torre 2010
Elaboración: Byron Albuja

Algunos de los beneficios de la leche materna son: promover el desarrollo físico, intelectual y cognitivo; fortalecer el sistema inmunológico; crear un vínculo afectivo madre e hijo, favorecer el desarrollo de la sexualidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la alimentación con leche materna hasta los 2 años o más. En el presente trabajo la mayoría de encuestados (75.7%) desconocen o incumplen esta recomendación.

FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS

Con relación al consumo de alimentos específicos estimado por el cuestionario de frecuencia alimentaria se observan amplias variaciones (tabla).

Los alimentos que se consumen con más frecuencia, es decir, de una a tres veces al día son: arroz (79%), leche (67.1%), yuca (57.2%) y zanahoria amarilla (47.3%).

Los principales alimentos que se consumen con una frecuencia de 2 a 6 veces por semana son fideo (74.9%), lechuga (67.1%), plátano verde (60.7%), fréjol (60.5%), lenteja (56.3%), papas fritas (56.2%) y morocho (45.1%).

En relación a los alimentos de origen animal el 3.3% de las familias consume carne de cerdo y el 16.5% pollo con una frecuencia de una a tres veces al día. Los principales alimentos de origen animal que se consumen con una frecuencia de 2 a 6 veces por semana son el atún enlatado (40.6%), el pollo (39.6%) y la trucha (38.4%). El 51.6% de las familias consume carne de res con una frecuencia de una a cuatro veces por mes y el 26.5% consume menos de una vez al mes o nunca. El Huevo es consumido por el 56.2% de las familias con una frecuencia de una a cuatro veces por mes.

La gran mayoría de las verduras son los alimentos menos consumidos tal es el caso de la espinaca y col morada (72.5%), brócoli (63.8%), rábano (61.5%), vainita (61.5%), nabo (57.2%), col (52.7%) y berro (48.3%) con una frecuencia menor a una vez al mes o nunca.

Las frutas de mayor consumo son el limón (64.8% con una frecuencia de una a tres veces al día) y el plátano (41.9% con una frecuencia de 2 a 6 veces por semana).

El 41.9% de los entrevistados comían una cucharita o más de aceite vegetal al día; el 71.4% consumían una pieza de pan entre una y tres veces al día. La panela (65.9%) y el azúcar blanco (73.6%) también son productos de alimentación diaria.

Por último, más de un 37% de los entrevistados consumían un café o más al día, y más de un 64% consumía una cucharadita o más de azúcar al día.

Alimentos chatarra como los chitos y las gaseosas también son de consumo frecuente (13.1% y 29.7% respectivamente con una frecuencia de 2 a 6 veces por semana).

En relación al consumo de sal el 100% de las familias mencionan el consumo de sal yodada; sin embargo un 3.3% consumen además sal en grano con una frecuencia de 1 a 4 veces por mes.

TABLA N.23 FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS

Alimento	Nunca o menos de 1 vez al mes	1 a 4 veces por mes	2 a 6 veces por semana	1 a 3 veces por día	Total Fam.
Arroz	0	0	11 (12%)	80 (79%)	91
Maíz	11 (12%)	42 (46.2%)	38 (41.8)	0	91
Harina de Trigo	38 (41.8%)	16 (17.6%)	29 (31.9%)	8 (8.7%)	91
Cebada	25 (27.5%)	34 (37.3%)	29 (31.9%)	3 (3.3%)	91
Morocho	8 (8.7%)	42 (46.2%)	41 (45.1%)	0	91
Papa	0	13 (14.3%)	35 (38.4)	43 (47.3%)	91
Yuca	10 (11%)	6 (6.6%)	23 (25.2%)	52 (57.2%)	91
Meloco	34 (37.3%)	34 (37.3%)	15 (16.7%)	8 (8.7%)	91
Oca	87 (95.6%)	4 (4.4%)	0	0	91
Leche	4 (4.4%)	9 (9.9%)	17 (18.6%)	61 (67.1%)	91
Queso	12 (13.1%)	12 (13.1%)	38 (41.9%)	29 (31.9%)	91
Yogurt	47 (51.7%)	16 (17.7%)	20 (21.9%)	8 (8.7%)	91
Cuajada	88 (96.7%)	3 (3.3%)	0	0	91
Fréjol	3 (3.3%)	8 (8.7%)	55 (60.5%)	25 (27.5%)	91
Haba	25 (27.5%)	29 (31.9%)	29 (31.9%)	8 (8.7%)	91

Arveja	21 (23.1%)	29 (31.9%)	29 (31.9%)	12 (13.1%)	91
Lenteja	12 (13.1%)	20 (21.9%)	51 (56.3%)	8 (8.7%)	91
Garbanzo	82 (90.1%)	9 (9.9%)	0	0	91
Chocho	20 (21.9%)	34 (37.3%)	37 (40.8%)	0	91
Quinua	34 (37.3%)	29 (27.5%)	25 (27.5%)	3 (3.3%)	91
Tomate riñón	17 (18.6%)	0	53 (58.3%)	21 (23.1%)	91
Lechuga	21 (23.1%)	9 (9.8%)	61 (67.1%)	0	91
Remolacha	41 (45.1%)	9 (9.8%)	41 (45.1%)	0	91
Vainita	56 (61.5%)	4 (4.4%)	31 (34.1%)	0	91
Zanahoria am.	9 (9.8%)	13 (14.3%)	26 (28.6%)	43 (47.3%)	91
Acelga	35 (38.4%)	17 (18.7%)	39 (42.9%)	0	91
Espinaca	66 (72.5%)	4 (4.4%)	21 (23.1%)	0	91
Berros	44 (48.3%)	26 (28.6%)	21 (23.1%)	0	91
Nabo	52 (57.2%)	9 (9.9%)	30 (32.9%)	0	91
Rábano	56 (61.5%)	4 (4.4%)	31 (34.1%)	0	91
Pepinillo	49 (53.8%)	8 (8.7%)	34 (37.5%)	0	91
Brócoli	58 (63.8%)	23 (25.3%)	10 (10.9%)	0	91
Col	48 (52.7%)	25 (27.5%)	18 (19.8%)	0	91
Col morada	66 (72.5%)	21 (23.1%)	4 (4.4%)	0	91
Mandarina	20 (21.9%)	29 (31.9%)	25 (27.5%)	17 (18.7%)	91
Limón	0	8 (8.7%)	24 (26.5%)	59 (64.8%)	91
Guayaba	42 (46.1%)	29 (31.9%)	4 (4.4%)	16 (17.6%)	91
Plátano Seda	25 (27.5%)	8 (8.7%)	38 (41.9%)	20 (21.9%)	91

Plátano verde	8 (8.7%)	8 (8.7%)	55 (60.7%)	20 (21.9%)	91
Maqueño	55 (60.7%)	20 (21.9%)	8 (8.7%)	8 (8.7%)	91
Manzana	14 (15.4%)	56 (61.5%)	21 (23.1%)	0	91
Pera	33 (36.2%)	46 (50.7%)	12 (13.1%)	0	91
Granadilla	46 (50.7%)	33 (36.2%)	4 (4.4%)	8 (8.7%)	91
Naranja	33 (36.2%)	29 (31.9%)	25 (27.5%)	4 (4.4%)	91
Papaya	42 (46.1%)	25 (27.5%)	20 (21.9%)	4 (4.4%)	91
Azúcar Blanca	8 (8.7%)	0	16 (17.7%)	67 (73.6%)	91
Panela	4 (4.4%)	12 (13.2%)	15 (16.5%)	60 (65.9%)	91
Miel de abeja	91 (100%)	0	0	0	91
Huevo	20 (21.9%)	51 (56.2%)	20 (21.9%)	0	91
Chancho	24 (26.5%)	50 (54.8%)	14 (15.4%)	3 (3.3%)	91
Res (Vaca)	24 (26.5%)	47 (51.6%)	20 (21.9%)	0	91
Pollo	3 (3.3%)	37 (40.6%)	36 (39.6%)	15 (16.5%)	91
Pescado (mar)	60 (65.9%)	16 (17.6%)	15 (16.5%)	0	91
Trucha	17 (18.7%)	39 (42.9%)	35 (38.4%)	0	91
Atún	29 (31.9%)	25 (27.5%)	37 (40.6%)	0	91
Churos	91 (100%)	0	0	0	91
Cuy	74 (81.3%)	17 (18.7%)	0	0	91

Aceite vegetal	24 (26.3%)	0	12 (13.1%)	55 (41.9%)	91
Aceite de oliva	82 (90.1%)	4 (4.4%)	5 (5.5%)	0	91
Manteca de chancho	68 (74.9%)	3 (3.3%)	8 (8.7%)	12 (13.1%)	91
Mantequilla	29 (31.9%)	0	42 (46.2%)	20 (21.9%)	91
Margarina	67 (73.7%)	0	16 (17.6%)	8 (8.7%)	91
Fideo	3 (3.3%)	8 (8.7%)	68 (74.9%)	12 (13.1%)	91
Papas fritas	20 (21.9%)	20 (21.9%)	51 (56.2%)	0	91
Chitos	64 (70.3%)	15 (16.6%)	12 (13.1%)	0	91
Colas	21 (23.1%)	43 (47.2%)	27 (29.7%)	0	91
Dulces	34 (37.4%)	39 (42.8%)	18 (19.8%)	0	91
Pan	0	5 (5.5%)	21 (23.1%)	65 (71.4%)	91
Sal en grano	88 (96.7%)	3 (3.3%)	0	0	91
Sal yodada	0	0	0	91 (100%)	91

Fuente: Encuesta Nutricional Hospital Asdrúbal de la Torre 2010
Elaboración: Byron Albuja

RESULTADO 2

Dos talleres de capacitación sobre prácticas de alimentación y estilos de vida saludables dirigidos a 75 profesionales: médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería de Sub-centros y Puestos del MSP de Cotacachi realizados

Actividades Realizadas

- Elaboración de una agenda de capacitación.
- Reuniones de capacitación con personal médico, enfermeras y auxiliares de enfermería.
- Entrega del manual de prácticas de alimentación y estilos de vida saludables en el embarazo y la niñez a médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería.

Metodología

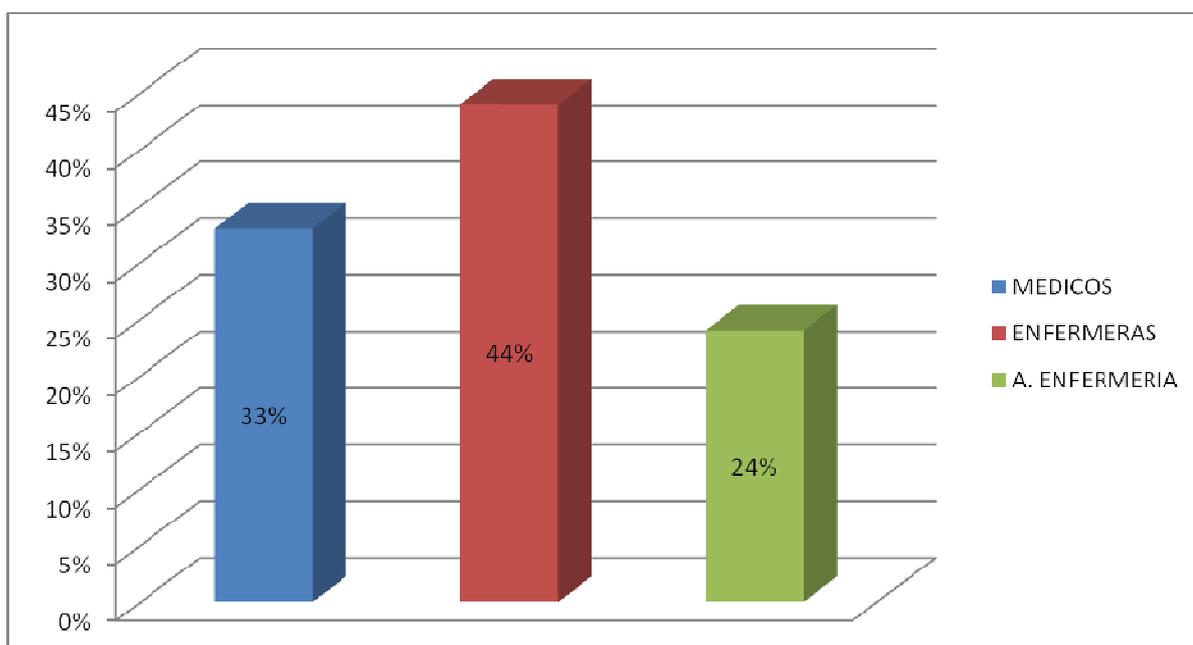
Se realizaron 2 talleres de capacitación dirigido a 75 trabajadores del Área de Salud N.3 – Cotacachi. Médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería fueron capacitados sobre prácticas de alimentación y estilos de vida saludables. Se entregó un manual a cada participante; se explico su contenido, como deben ser manejados y distribuidos a la comunidad.

DATOS DEMOGRÁFICOS

Se realizaron 2 talleres de capacitación dirigidos a 75 trabajadores del Área de Salud N.3 – Cotacachi; 26 personas del Hospital Asdrúbal de la Torre (34.6%) y 49 personas de subcentros y puestos de salud (65.4%). La distribución por profesión fue: 24 médicos (32%), 33 enfermeras (44%) y 18 auxiliares de enfermería (24%). En relación al tipo de contrato; 30 personas fueron personal de planta o contrato (40%) y 45 están realizando su año rural (60%).

Se adjunta lista de participantes como documento de verificación. Anexo 4.

Gráfico N. 11 Talento humano capacitado en prácticas de alimentación y estilos de vida saludables, distribución por profesión.



Fuente: Documentos de verificación del Servicio de Pediatría HADT 2011.
Elaboración: Byron Albuja

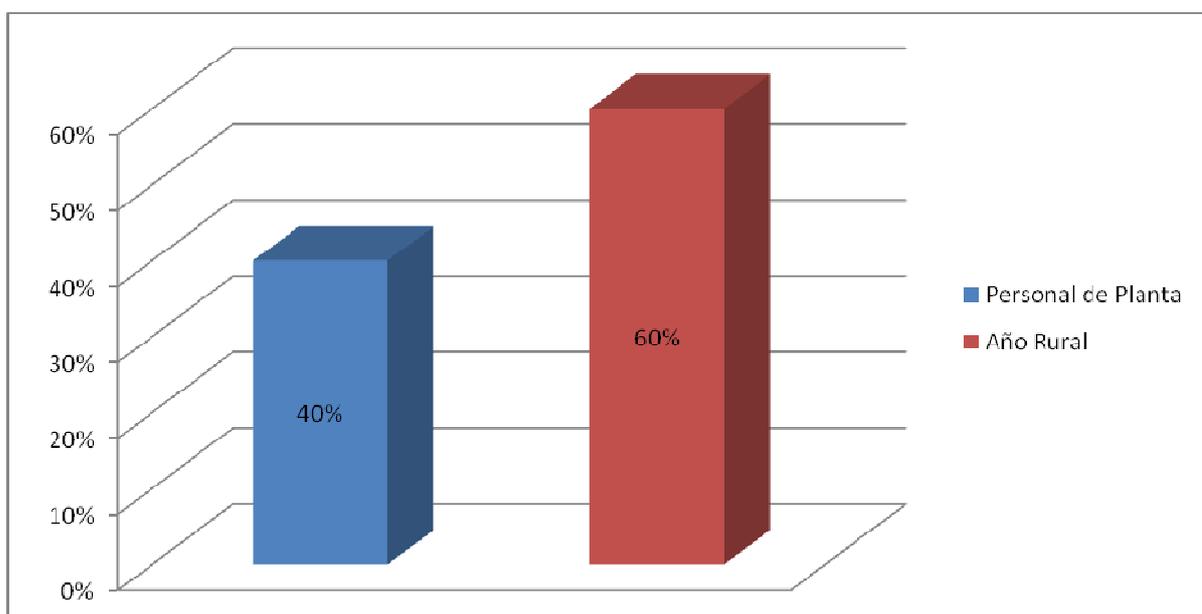
Tabla N.24 Talento humano capacitado en prácticas de alimentación y estilos de vida saludables, distribución por profesión.

Personal capacitado	Número	Porcentaje (%)
Médicos	24	33
Enfermeras	33	44
Auxiliares de enfermería	18	24
Total	75	100

Fuente: Documentos de verificación del Servicio de Pediatría HADT 2011.
Elaboración: Byron Albuja

La capacitación a todo el equipo de salud de las unidades permitirá la unificación de criterios de consejería y facilitará la intervención continua en todas las áreas (pre-consulta, consulta externa y post-consulta), fortaleciendo la capacitación a la comunidad. Se obtuvo el 100% de lo previsto.

Gráfico N. 12 Talento humano capacitado en prácticas de alimentación y estilos de vida saludables, distribución por tipo de contrato.



Fuente: Documentos de verificación del Servicio de Pediatría HADT 2011.
Elaboración: Byron Albuja

Tabla N.25 Talento humano capacitado en prácticas de alimentación y estilos de vida saludables, distribución por tipo de contrato.

Tipo de contrato	Número de profesionales	Porcentaje (%)
Personal de planta / contrato	30	40
Práctica rural	45	60
Total	75	100

Fuente: Documentos de verificación del Servicio de Pediatría HADT 2011.
Elaboración: Byron Albuja

El 60% del personal capacitado está realizando el año de servicio rural, hecho que dificulta la continuidad y sostenibilidad del proyecto a largo plazo; sin embargo, estos profesionales podrán poner en práctica sus conocimientos en otras unidades de salud, lo que podría relacionarse a efectos no previstos del proyecto. Para garantizar un impacto a largo plazo se deberá realizar capacitaciones permanentes al personal rural o de cambio permanente.

RESULTADO 3

Manual de prácticas de alimentación y estilos de vida saludables en el embarazo y la niñez realizado y distribuido gratuitamente a 1000 familias de las comunidades rurales de Cotacachi.

Actividades Realizadas

- Creación de un equipo técnico multidisciplinario.
- Redacción de normas de prácticas de alimentación y estilos de vida saludables en el embarazo y la niñez.
- Impresión de guías o folletos para entregar en talleres de capacitación.
- Elaboración del programa de intervención en la comunidad.
- Entrega de 1000 manuales de forma gratuita a padres/madres de familia en post-consulta de las Unidades de Salud del Área N.3 y consejería individual sobre prácticas de alimentación y estilos de vida saludables.

Documentos de verificación

- Documento adjunto a informe final de Tesis: Manual de Estilos de Vida Saludables en el embarazo y la niñez.
- Lista de 100 beneficiarios – Entrega gratuita del manual. Anexo 5.

9.2 CONCLUSIONES

- La desnutrición en el Ecuador sigue siendo un problema importante de salud pública, a pesar de los múltiples esfuerzos realizados por organismos gubernamentales y no gubernamentales.
- En las comunidades estudiadas encontramos una prevalencia de desnutrición crónica del 43.2%, una cifra mucho más alta que el 26% a nivel nacional; reafirmando que los niños y niñas residentes en zonas rurales tienen una mayor probabilidad de tener desnutrición.
- El Ecuador se encuentra atravesando una etapa de transición nutricional y epidemiológica, esto se ve reflejado en la coexistencia de problemas nutricionales: desnutrición y sobrepeso. La zona rural de Cotacachi no es la excepción en donde se pudo notar una tasa de sobrepeso de 3.6%.
- La educación es un punto fundamental para el desarrollo de la sociedad y las comunidades. En la zona rural de Cotacachi el analfabetismo sigue siendo un problema vigente, hecho que disminuye la calidad de vida de sus pobladores.
- El acceso a servicios básicos es un factor preponderante en la lucha contra la desnutrición. Enfermedades infecciosas transmitidas por agua de mala calidad, insalubridad, vectores, entre otros, son desencadenantes o agravantes de la problemática nutricional. Los servicios básicos en la zona rural de Cotacachi son deficientes y representan una limitación importante para mejorar la situación de salud.
- En el presente trabajo se evidenció prácticas inadecuadas y aparente desconocimiento de normas básicas de salubridad por parte de la población. Llama la atención el alto porcentaje de personas que indicaron que la eliminación de basura la realizaban mediante eliminación directa en terrenos y ríos. Hecho que además de favorecer el apareamiento de enfermedades infecciosas y agravar el problema nutricional, afecta al medio ambiente.
- Más del 90% de las comunidades cuentan con electricidad y el medio de comunicación más usado es la radio. Hecho que favorece la difusión de medidas preventivas.

- La conservación y preparación de alimentos son determinantes de la salud de las personas e influyen en el estado nutricional. Menos de la mitad de la población encuestada refiere contar con un refrigerador para conservar los alimentos, hecho relacionado con el poco poder adquisitivo. Además, se pudo determinar desconocimiento en relación a la forma de almacenamiento y conservación.
- La actividad económica más importante de la zona rural de Cotacachi es la agricultura. La tierra es altamente productiva y existe gran variedad de alimentos de alto contenido nutricional. La mayoría de familias tiene acceso a un espacio de terreno. Hechos fundamentales en la implementación de parcelas agroecológicas y consumo de alimentos propios.
- La mayoría de las mujeres realizan actividades de quehaceres domésticas, hecho que favorece el correcto cuidado de los niños y la implementación de prácticas y estilos de vida saludables en los hogares.
- El 100% de los encuestados mencionan tener acceso a estos centros de atención médica y se realizan brigadas comunitarias continuamente, favoreciendo el contacto del personal de salud con la comunidad y la implementación de programas de promoción y prevención.
- Existe un alto porcentaje de encuestados que acuden una sola vez al año con sus hijos a una unidad de salud. El lugar de preferencia para la ocurrencia del parto es el domicilio; situaciones que podrían estar en relación a falta de promoción, desconfianza, irregularidad de atención, falta de interrelación cultural, entre otros factores.
- La frecuencia de la sintomatología motivo de consulta médica está relacionada al perfil epidemiológico local, en donde se puede apreciar mayor prevalencia de patologías respiratorias altas, procesos neumónicos, gastroenteritis, enfermedad diarreica aguda y parasitosis. En relación a la mortalidad el grupo más vulnerable fueron los lactantes menores de 1 mes de edad, hecho no ajeno a la realidad nacional.
- Se evidenció baja proporción de niños y niñas con lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida, inicio precoz de la alimentación complementaria, utilización de alimentos nutricionalmente inadecuados, uso de sucedáneos de la leche

materna y destete precoz; factores determinantes del estado nutricional de la población infantil.

- Los cuestionarios de frecuencia de ingesta y la historia dietética valoran el tipo y cantidad de alimentos consumidos de manera cuantitativa. Las encuestas de frecuencia de ingesta no sirven para reflejar exacta y precisamente la verdadera ingesta calórica. Estas encuestas permiten la clasificación epidemiológica de los individuos según la frecuencia de ingesta de un determinado grupo de alimentos y los hábitos dietéticos que han adquirido.
- Las encuestas nutricionales como la realizada en este trabajo pueden reforzar los sistemas de seguimiento y evaluación de los programas nutricionales al establecer puntos de referencia que servirán para estimar el impacto.
- El análisis de los alimentos con mayor frecuencia de consumo, hace pensar que la dieta es rica en hidratos de carbono, rica en proteínas de origen vegetal, pobre en proteínas de origen animal y rica en grasas saturadas. El aporte de fibra, vitaminas y minerales a través del consumo de vegetales es bajo y variable en relación al consumo de frutas. El consumo de alimentos chatarra es frecuente.
- Los resultados de la encuesta podrían ser un indicador indirecto de la selección inadecuada de alimentos; por ejemplo en el almuerzo de un día común se consume arroz, yuca, papa y fideo dando como resultado una dieta hipercalórica con exceso de carbohidratos y mala calidad nutricional.
- Ciertas comunidades rurales del cantón son áreas endémicas de bocio e hipotiroidismo. En relación al consumo de sal el 100% de las familias mencionan el consumo de sal yodada; sin embargo 3.3% consumen además sal en grano.
- Planteada de esta manera la desnutrición no es un problema simple con una solución sencilla; es un fenómeno debido a causas diversas e interrelacionadas, y para subsanarlas se necesitan respuestas intrincadas, polifacéticas y multisectoriales.
- Los resultados obtenidos son determinantes. La intervención para afrontar la problemática nutricional, además de mejorar la situación socioeconómica,

infraestructura, servicios básicos y atención médica, debe implementar prácticas y estilos de vida saludables a la comunidad a través de la educación.

- La capacitación de prácticas y estilos de vida saludables a médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería de las unidades de atención del Ministerio de Salud Pública garantiza la continuidad y sostenibilidad del proyecto a largo plazo. Sin embargo, tan solo el 40% es personal de planta.
- El problema nutricional debe ser resuelto con la comunidad. La participación y el empoderamiento del proyecto para afrontar la problemática nutricional y de salud por parte de la población es un aspecto fundamental para el éxito del mismo.
- Instrumentos educativos como el manual de estilos de vida saludables en el embarazo, la niñez y la adolescencia son una guía para la creación de conductas de autocuidado para mejorar la calidad de vida del individuo, la familia y la comunidad.
- El manual estilos de vida saludable en el embarazo, la niñez y la adolescencia a más de ser una herramienta educativa que promueve prácticas saludables por ciclos de vida haciendo énfasis en el continuo de la atención; pretende también ser un documento que sirva de guía sobre la adecuada utilización de bienes y servicios para mejorar la economía familiar y de toda la población ecuatoriana.

9.3 RECOMENDACIONES

- Direccionar los programas de atención de salud y nutrición a la población más vulnerable; embarazadas, niños y niñas de zonas rurales.
- Realizar un plan de recuperación nutricional de niños y niñas con problemas nutricionales de las comunidades evaluadas.
- Crear, apoyar y ejecutar proyectos con tres directrices fundamentales:
Preventivo; vinculados con la salud materno infantil, el desarrollo infantil, la educación alimentaria, estilos de vida saludables y aspectos sanitarios.
Compensatorio; de asistencia alimentaria directa y promoción de actividades de autoproducción de alimentos.
Superación; orientados a la universalización de la salud, dotación de servicios básicos y desarrollo de actividades productivas.
- Fortalecer el proyecto a través de convenios interinstitucionales: Ministerio de Salud Pública (Área de Salud N.3 – Cotacachi), Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (Unidades de Atención Seguro Campesino), Gobierno Municipal de Cotacachi, Organizaciones No Gubernamentales (ONGs), estamentos educativos, empresas públicas y privadas, y todos los actores sociales del cantón Cotacachi.
- Afrontar el problema nutricional con la comunidad, buscando un proceso participativo en la toma de decisiones, para ello crear Comités Comunitarios y formar Promotores de Salud.
- Fortalecer la atención primaria fundamentada en políticas de promoción y prevención.
- Fortalecer los programas del Ministerio de Salud Pública: Proyecto Desnutrición Cero, Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), Programa de Micronutrientes (PANN 2000), Control del niño sano, Salud Escolar y brigadas comunitarias.
- Garantizar la sostenibilidad del proyecto promoviendo la continuidad del talento humano; crear plazas estables, realizar capacitaciones continuas a profesionales de planta y rotativos (que cursan su año de servicio rural).

- Incluir a Talento Humano especializado en nutrición (nutricionistas) en todas las unidades de atención del Ministerio de Salud Pública.
- Fomentar confianza en las unidades de atención, fortalecer los programas de interculturalidad para mejorar la calidad de los servicios.
- Evaluar el cumplimiento de protocolos de diagnóstico y tratamiento de desnutrición en las unidades del MSP e implementarlos en unidades del IESS, ONGs y Consultorios Privados para unificar criterios.
- Fomentar el consumo de alimentos saludables, controlar la oferta de alimentos chatarra a la población infantil a través de bares escolares saludables.
- Ejecutar o apoyar proyectos relacionados a la creación de parcelas agroecológicas y huertos familiares. Producción de alimentos nutritivos para consumo propio.
- Crear recetas saludables priorizando el consumo de alimentos de la zona.
- Priorizar la educación para la salud como herramienta para mejorar la situación nutricional actual, haciendo énfasis en la adopción de prácticas y estilos de vida saludables en el individuo, la familia y la comunidad.
- Relacionar la implementación de prácticas y estilos de vida saludables con uso adecuado de bienes y servicios para mejorar la economía familiar y comunitaria. Reinversión en la población.
- Realizar nuevas publicaciones del manual estilos de vida saludable para convertirlo en una guía familiar de uso común y difundirlo a nivel nacional.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Albala C., Olivares S., Salinas J. (2004), Bases, prioridades y desafíos de la promoción de salud. Universidad de Chile, Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos. Santiago de Chile.
2. Armijos, N. (2008). Planificación Estratégica, Módulo II – 2 ciclos. Editorial de la Universidad Técnica Particular de Loja.
3. Asamblea Constituyente del Ecuador. (2008). Constitución del Estado Ecuatoriano.
4. Asamblea de Unidad Cantonal. (2006). Plan Cantonal de Salud de Cotacachi. Tamia Producciones.
5. Asamblea de Unidad Cantonal. (2002). Plan Cantonal de Salud de Cotacachi. Tamia Producciones.
6. Ávila, A., Gómez, C., Chávez, C. (2005). Encuesta Nacional de Alimentación y Nutrición en el Medio Rural – ENAL 2005. Nuevo León – México.
7. Banco Mundial (2007). Insuficiencia Nutricional en el Ecuador, causas, consecuencias y soluciones”. Washington, D.C.
8. Barker, D. (2004). The Developmental Origins of adult disease. Journal of the American College of Nutrition 23. Washington D.C.
9. Behrman, J., H. Alderman, y J. Hoddinott, (2004), Hunger and Malnutrition, Copenhagen Consensus – Challenges and Opportunities, Washington D.C
10. Banco Mundial. (2007). Insuficiencia Nutricional en el Ecuador. Causas, Consecuencias y soluciones. E.E.U.U.
11. Berhman, R., Kliegman, R., Jenson, H. (2004). Nelson Tratado de Pediatría. Edición N.17. Madrid: Elsevier.
12. Black, E., Allen, H., Bhutta, A. (2008). Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. The Lancet, 19, 243-260.

13. Buele, M. (2009). Ejecución y Gerencia de Proyectos para la Salud: Trabajo de Grado II, Módulo 4 – IV ciclo. Editorial de la Universidad Técnica Particular de Loja.
14. Bonilla, G. (2003). Desarrollo Local y Salud: Módulo 1 – I Ciclo. Editorial de la Universidad Técnica Particular de Loja.
15. Bueno, M, Sarría, A, Pérez-González J. (2003). Nutrición en Pediatría. Segunda Edición. Madrid: Ergón.
16. Casanueva, E., Kaufer-Horwitz, M., Pérez-Lizaur A., Arroyo, P. (2001). Nutriología Médica. México: Editorial Médica Panamericana.
17. CELADE (2004). Boletín Demográfico No 73. América Latina y el Caribe: Estimaciones y proyecciones de población. 1950-2050, CEPAL.
18. CEPAL (2004), Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe. Santiago de Chile.
19. CEPAL, FAO, PMA. (2007). Hambre y cohesión social en América Latina: cómo revertir la relación entre inequidad y desnutrición. Santiago de Chile.
20. CEPAL-PMA (2005). Hambre y desigualdad en los países andinos: la desnutrición y la vulnerabilidad alimentaria en Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú, Santiago de Chile.
21. CEPAR. ENDEMAIN. (2004) Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil en el Ecuador. Informe final. Quito.
22. Congreso Nacional del Ecuador. (2003). Código de la niñez y adolescencia. Ley 100, Registro Oficial 737.
23. Chaparro, C., Lutter, C. (2007). Más allá de la supervivencia: Prácticas Integrales durante la atención del parto, beneficios para la nutrición y la salud de madres y niños. Organización Panamericana de la Salud. Washinton D.C.
24. De Onis, M., M. Blössner (2003). The World Health Organization Global Database on Child Growth and Malnutrition: Methodology and Applications. International Journal of Epidemiology. Washington D.C.

25. Echeverría, R. (2000). El proceso d Reforma del Sector Salud en el Ecuador. CEPAR. Quito.
26. Freire, W. (2008). Consecuencias de la desnutrición en menores de cinco años. Hacia la erradicación de la desnutrición infantil en el Ecuador. Quito – Ecuador.
27. Gobierno Municipal de Cotacachi. (2005). Plan Cantonal de Salud.
28. Hidalgo, A. (2000). Economía de la Salud. Editorial Pirámide. Madrid.
29. INCAP. (2005). La iniciativa de seguridad alimentaria nutricional en Centro América, 2da. Edición.<http://www.incapops.org.gt>.
30. INEC. (2010). Censo de Población y Vivienda. Ecuador.
31. INEC. M.S.P. (2009). Indicadores Básicos de Salud. Ecuador.
32. Jara, C., Aguilar, R. (2003). Posgrado en Educación a Distancia. Editorial de la Universidad Técnica Particular de Loja.
33. León, N. (2000). Equidad, Género y Reforma de Salud en el Ecuador. Quito
34. Martínez, R., Fernández, A. (2006). Modelo de análisis del impacto social y económico de la desnutrición infantil en América Latina. Programa Mundial de Alimentos - Naciones Unidas. Santiago de Chile.
35. Martínez, R., Palma, A, Atalah, E., Pinheiro, A. (2009). Inseguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Naciones Unidas. Santiago de Chile.
36. Ministerio de Salud y Ambiente de Argentina. (2004). Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Buenos Aires.
37. MINSAL. (2005). Guía de alimentación del niño y niña menor de dos años. Santiago de Chile.
38. MSAL. (2006). Guías de alimentación para la población infantil. Consideraciones para los equipos de salud. Argentina.

39. M.S.P. (2011). Nutrición en Salud. Propuesta para el fortalecimiento institucional en el área de nutrición en salud. Quito – Ecuador.
40. M.S.P. (2011). Protocolo y manual de consejería para el crecimiento del niño y la niña. Quito – Ecuador.
41. M.S.P. (2011). Normas, Protocolos y Consejería para la Suplementación con Micronutrientes. Quito – Ecuador.
42. M.S.P. (2010). Guía para el Facilitador, Atención de Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI. Ecuador.
43. OPS/OMS (2003). Estadísticas de Salud para las Américas, Washington.
44. Pérez, E., Ramos, P., Liberal, S. (2005). Educación Nutricional: una encuesta sobre hábitos de alimentación en adolescentes vascos. Enseñanza de las Ciencias. España.
45. Ponce, N. (2005). Hacia un Avuerdo Nacional para alcanzar los Objetivos del Milenio en Ecuador. Quito.
46. Robertson J., Shilkofski N. (2003). The Johns Hopkins Hospital: Manual de Harriet Lane de Pediatría. Edición N.17. Madrid: Elsevier.
47. Shailen, N. (2005). Poverty, child under nutrition and morbidity: new evidence from India Bull World Health Organ, 83(3). Washington D.C.
48. Serrano, P. (2003). Economía y Salud. Módulo 3 – I Ciclo. Editorial de la Universidad Técnica Particular de Loja.
49. Uauy, R. y C.A. Monteiro (2004). The Challenge of Improving Food and Nutrition in Latin America. Food and Nutrition Bulletin. 25.
50. UNDP (2004). Hunger Task Force: Interim Report, Millennium Project, New York.
51. UNICEF (2005). Child mortality statistics. <http://www.childinfo.org/cmr/revis/db2.htm>.

52. UNICEF. (2008). Lineamientos Estratégicos para la Erradicación de la Desnutrición Crónica Infantil en América Latina y el Caribe Guías para Líneas de Acción UNICEF TACRO, Panamá.
53. UNICEF. (2008). Guía de consejería nutricional. Perú.
54. Velasco, M. (2003). Planificación Estratégica aplicada a Salud. Quito: AH/Editorial.
55. Vioque, J. (2000). Encuesta de Nutrición y Salud de Orihuela. Universidad Miguel Hernández. San Juan de Alicante, España.
56. Ramos, M. (2008). Gerencia Integral en Salud, Módulo I – 2 ciclo. Editorial de la Universidad Técnica Particular de Loja.
57. Romo, M. (2006). Consejería nutricional. Nuevas estrategias para abordar cambio de conducta. Editorial de la Sociedad Chilena de Pediatría. MINSAL. Chile.
58. Torres, G. (2009). Dirección y Liderazgo en Salud, Módulo 1 – III ciclo. Editorial de la Universidad Técnica Particular de Loja.
59. Santillán, F. (2008). Gerencia de Recursos, Módulo IV – 2 ciclo. Editorial de la Universidad Técnica Particular de Loja.
60. Piedra, M. (2009). Diseño, Ejecución y Gerencia de Proyectos para la Salud: Trabajo de Grado I, Módulo 4 – III ciclo. Editorial de la Universidad Técnica Particular de Loja.
61. Velasco, M. (2009). Problemas de Salud Internacionales, Módulo 3 – III ciclo. Editorial de la Universidad Técnica Particular de Loja.

11. ANEXOS

ANEXO 1**DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL POR COMUNIDAD****COMUNIDAD: EL PUNJE**

N.	Nombre	Diagnóstico Nutricional
1	Andrade Cecilia	Desnutrición Crónica Leve
2	Túquez Katherine	Eutrófica
3	Benalcazar Germania	Desnutrición Crónica Moderada
4	Yacelga María	Eutrófica
5	Zambrano Jefferson	Desnutrición Crónica Leve
6	Cumba Francisca	Eutrófica
7	Cabascango Rocío	Desnutrición Crónica Moderada
8	Túquez Erica	Eutrófica
9	Guitarra María	Eutrófica
10	Pijuango María	Desnutrición Crónica Leve
11	Toapanta María	Eutrófica
12	Saavedra Mónica	Desnutrición Crónica Leve
13	Cuchiguango Byron	Desnutrición Crónica Moderada
14	Bonilla Patricio	Desnutrición Crónica Leve
15	Saavedra José	Desnutrición Crónica Moderada
16	Cuchiguango Luis	Desnutrición Crónica Moderada
17	Túquez Luis	Eutrófico
18	Benalcazar Lady	Desnutrición Crónica Moderada
19	Saavedra Rosa	Desnutrición Crónica Leve
20	Conde Blanca	Eutrófica
21	Penaquishpe Carlos	Desnutrición Crónica Leve
22	Moreta Diego	Desnutrición Crónica Moderada
23	Saavedra Byron	Desnutrición Crónica Leve
24	Pijunago Cesar	Eutrófico
25	Torres Israel	Desnutrición Crónica Leve
26	Flores Luis	Eutrófico
27	Ruiz Jenny	Sobrepeso
28	Morales Wilson	Desnutrición Crónica Moderada
29	Ruiz Rolando	Desnutrición Crónica Moderada
30	Ruiz Joselin	Eutrófica
31	Ruiz Geovanni	Desnutrición Crónica Leve
32	Penaquishpe Andrea	Eutrófica
33	Arias Edwin	Desnutrición Crónica Leve
34	Túquez Galo	Eutrófico
35	Yacelga Patricio	Desnutrición Crónica Leve
36	Lanchimba Stalyn	Eutrófico
37	Curriba David	Desnutrición Crónica Leve
38	Morales Fernanda	Eutrófica
39	Morales Israel	Eutrófico
40	Flores Katerine	Desnutrición Crónica Leve
41	Morales Edison	Eutrófico
42	Túquez Marlene	Desnutrición Crónica Leve
43	Nuquelema Nestor	Desnutrición Crónica Leve
44	Morales Cristian	Desnutrición Crónica Moderada
45	Haro Erick	Eutrófico

46	Guerrero Paola	Sobrepeso
47	Pijuango Julisa	Desnutrición Crónica Leve
48	Salcedo Damián	Eutrófico
49	Flores Santiago	Eutrófico
50	Penaquishpe Ana	Desnutrición Crónica Moderada
51	Conde María	Desnutrición Crónica Moderada
52	Yacelga Luis	Eutrófico
53	Cuchiguango Tania	Desnutrición Crónica Moderada
54	Guerrero Paola	Desnutrición Crónica Moderada
55	Yacelga Olga	Eutrófico
56	Cuchiguango Sandra	Desnutrición Crónica Moderada
57	Arias Lenín	Eutrófico
58	Penaquishpe Rosa	Desnutrición Crónica Leve
59	Chalacan Tatiana	Eutrófico
60	Sosa Israel	Desnutrición Crónica Moderada
61	Yacelga Jefferson	Eutrófico
62	Pingaluisa Anabel	Desnutrición Crónica Leve
63	Moreta Kevin	Desnutrición Crónica Leve
64	Cuchiguango Mónica	Desnutrición Crónica Leve
65	Flores Jefferson	Eutrófico
66	Alvares Diana	Desnutrición Crónica Moderada
67	Guitarra Blanca	Eutrófico
68	Zambrano Joselin	Desnutrición Crónica Leve
69	Flores Ivan	Eutrófico
70	Zambrano Tatiana	Eutrófica
71	Pijuango Patricia	Desnutrición Crónica Leve
72	Pijuango Evelin	Eutrófica
73	Haro Brigith	Sobrepeso
74	Vallejos Evelin	Eutrófica
75	Pijuango Jhony	Desnutrición Crónica Leve
76	Moreno Luis	Eutrófica
77	Toapanta Fernanda	Eutrófica
78	Saavedra María	Desnutrición Crónica Moderada
79	Cachiguanjo Luis	Desnutrición Crónica Leve
80	Gualsaquí Juan	Eutrófica
81	Túquerez Armando	Eutrófica
82	Bonilla Andrés	Desnutrición Crónica Leve
83	Flores Joselin	Eutrófica
84	Túquerea Tamia	Desnutrición Crónica Moderada
85	Cuquiguango Katy	Desnutrición Crónica Moderada
86	Salcedo Natalia	Desnutrición Crónica Leve
87	Benalcazar Janeth	Eutrófica
88	Salazar Carolina	Eutrófica
89	Canajerez Tania	Desnutrición Crónica Moderada
90	Santillán Luis	Desnutrición Crónica Leve
91	Narvaes Erick	Eutrófica
92	Túquerez Hamilton	Eutrófica
93	Morales Johny	Sobrepeso
94	Morales Verónica	Desnutrición Crónica Moderada
95	Toapanta Jeimy	Eutrófica

96	Fueres María	Desnutrición Crónica Leve
97	Cachiguango Carmen	Sobrepeso
98	Cachiguango Rosa	Desnutrición Crónica Moderada
99	Cachiguango Nayeli	Eutrófica
100	Cachigunago Darío	Desnutrición Crónica Leve
101	Cachiguango Samir	Eutrófica
102	Espinoza Paúl	Desnutrición Crónica Leve
103	Espinoza Abigail	Eutrófica
104	Yacelga Silvia	Desnutrición Aguda Moderada
105	Yacelga Cristian	Eutrófica
106	Yacelga Jefferson	Desnutrición Crónica Leve
107	Toapanta Nayeli	Eutrófica
108	Chalacán Andrés	Desnutrición Crónica Moderada
109	Lanchimba Sisa	Eutrófica
110	Betancourt Mabelyn	Desnutrición global

COMUNIDAD: APUELA

N.	Nombre	Diagnóstico Nutricional
111	Martín Mina	Eutrófica
112	Denise Villalva	Desnutrición Aguda Moderada
113	Pena Estiben	Desnutrición Crónica Moderada
114	Yépez Kevin	Eutrófica
115	Barrera Carlos	Eutrófica
116	Angulo Ligia	Desnutrición Crónica Leve
117	Tabango Dayana	Eutrófica
118	Tabango Jessica	Eutrófica
119	Oquendo Jenifer	Desnutrición Crónica Moderada
120	Lalama Ivan	Eutrófica
121	Villalba Salomé	Desnutrición Crónica Moderada
122	Espinoza Bryan	Eutrófica
123	Espinoza Naydelin	Eutrófica
124	Vera Jasón	Desnutrición Crónica Moderada
125	Barrera Estefanía	Eutrófica
126	Arias Lesly	Eutrófica
127	Vera Juan Carlos	Desnutrición Crónica Grave
128	Andrade Juanita	Eutrófica
129	Parreno Pablo	Desnutrición global
130	Robalino Sara	Eutrófica
131	Arce Santiago	Desnutrición Crónica Leve
132	Arce Nayeli	Desnutrición Crónica Leve
133	Espinosa Arias Brayan	Eutrófica
134	Espinoza Arias Nayeli	Eutrófica
135	Vera Jerson	Desnutrición Crónica Moderada
136	Barrera Estefanía	Eutrófica
137	Perafín Carlos	Desnutrición Crónica Grave
138	Guaján Edison	Desnutrición Crónica Leve
139	Espinoza Stalyn	Eutrófica
140	Vera Angela	Eutrófica
141	Bolanos Andrea	Desnutrición Crónica Leve
142	Bolanos Jhoan	Desnutrición global

143	Bolanos Alexis	Eutrónica
144	Mesa Alison	Desnutrición Crónica Leve
145	Torres Jeremi	Eutrónica
146	Montenegro Leandro	Eutrónica
147	Angulo Dolores	Desnutrición Crónica Moderada
148	Alvarez Maritza	Desnutrición Aguda Moderada
149	Alvarez Jimmy	Eutrónica
150	Garzón Jeniffer	Desnutrición global
151	Morales Ariel	Eutrónica
152	Montenegro Naily	Desnutrición Crónica Leve
153	Garzón Jessica	Eutrónica
154	Rosero Richard	Desnutrición Aguda Moderada
155	Herrera Alejandro	Eutrónica

COMUNIDAD: EL CHONTAL

N.	Nombre	Diagnóstico Nutricional
156	Bosmediano Kelita	Eutrónica
157	Gualsaquí Karen	Eutrónica
158	Bosmediano Grety	Sobrepeso
159	Burbano Madelyn	Desnutrición Crónica Leve
160	Bosmediano Samanta	Eutrónica
161	Chapi Carlos	Eutrónica
162	Gallegos Estalin	Desnutrición Crónica Moderada
163	Gallegos Mishel	Eutrónica
164	Rivera Rodrigo	Eutrónica
165	Rivera Mireya	Desnutrición Crónica Moderada
166	Vallejos Emili	Desnutrición Crónica Leve
167	Fonseca Carolina	Desnutrición Crónica Leve
168	Fonseca Kevin	Eutrónica
169	Rivera Marisol	Eutrónica
170	Yépez Yordin	Sobrepeso
171	Nogales Nencia	Desnutrición Crónica Leve
172	Nopales Libertad	Eutrónica
173	Flores Cristian	Desnutrición Crónica Leve
174	Bosmediano Araceli	Eutrónica
175	Bosmediano Jenedi	Desnutrición global
176	Bosmediano Tatiana	Eutrónica
177	Ayala Mauricio	Desnutrición Crónica Leve
178	Lomas Jordan	Desnutrición Crónica Moderada
179	Andrade Estefanía	Eutrónica
180	Andrade Andribe	Desnutrición Crónica Moderada

COMUNIDAD: EL CRISTAL

N.	Nombre	Diagnóstico Nutricional
181	Rodriguez Maribel	Desnutrición Crónica Leve
182	Varela Endis	Eutrónica
183	Varela Mireya	Eutrónica
184	Haro Bryan	Desnutrición Crónica Moderada
185	Calderón Dayana	Eutrónica

186	Haro Carlos	Eutrónica
187	Ayala Erica	Desnutrición Crónica Leve
188	Flores Angel	Sobrepeso
189	Simbana Sonia	Desnutrición Crónica Leve
190	Ruiz Gina	Desnutrición Crónica Leve
191	Ruiz Lisbeth	Eutrónica
192	Villalba Wilson	Desnutrición Crónica Moderada
193	Villalba Demetrio	Eutrónica
194	Gómez Jair	Sobrepeso
195	Gómez Estiven	Desnutrición Crónica Leve
196	Villalba Fredy	Eutrónica
197	Villalba Sonia	Desnutrición Crónica Moderada
198	Villalba Denise	Desnutrición Crónica Moderada
199	Gonzales Marco	Desnutrición Crónica Leve
200	Ruiz Kimberly	Eutrónica
201	Gómez Jordy	Desnutrición Crónica Leve
202	Herrera Jeferson	Eutrónica
203	Herrera Joselyn	Eutrónica
204	Flores Luisa	Desnutrición Crónica Leve
205	Flores Beatriz	Eutrónica
206	Flores Mario	Desnutrición Crónica Moderada
207	Rosero Magaly	Eutrónica
208	Rosero Galo	Desnutrición Crónica Leve
209	Rosero Anibal	Eutrónica
210	Rosero Segundo	Desnutrición Crónica Leve
211	Morales Anderson	Eutrónica
212	Morillo Maibelín	Eutrónica
213	Morales Marcelo	Sobrepeso
214	Rodríguez Anayely	Desnutrición Crónica Moderada
215	Cedillo Edison	Desnutrición global
216	Herrera María	Eutrónica
217	Rosero Génesis	Desnutrición Crónica Leve
218	Rosero Erik	Eutrónica
219	Lastra Camila	Desnutrición Crónica Leve
220	Villalba Katerin	Eutrónica
221	Villalba Alejandra	Sobrepeso
222	Villalba Marlon	Eutrónica
223	Rosero Jimson	Sobrepeso
224	Vinueza Kevin	Eutrónica
225	Gómez Adriana	Eutrónica
226	Vinueza Freddy	Desnutrición Crónica Leve
227	Vinueza Dayana	Eutrónica
228	Andrade Antony	Desnutrición Crónica Moderada
229	Rodríguez José	Desnutrición Crónica Moderada
230	Rodríguez Grace	Eutrónica
231	Rodríguez Salomé	Eutrónica

COMUNIDAD: SAN JOAQUÍN

N.	Nombre	Diagnóstico Nutricional
232	Ayala Stefani	Eutrófica
233	Ruiz Carmen	Desnutrición Crónica Leve
234	Cornejo Orlando	Desnutrición Crónica Leve
235	Cornejo Daysi	Eutrófica
236	Ruiz Kerly	Eutrófica
237	Ruiz Robinson	Desnutrición Crónica Moderada
238	Torres Narcisa	Desnutrición Crónica Moderada
239	Torres Luciana	Eutrófica
240	Torres Leydi	Eutrófica
241	Torres Santiago	Desnutrición Crónica Leve
242	Yépez Nilon	Eutrófica
243	Yépez Marianita	Desnutrición global
244	Yépez Froilán	Eutrófica
245	Puma Karla	Desnutrición Crónica Leve
246	Chusquillo Anahí	Eutrófica
247	Yépez Jordan	Desnutrición Crónica Moderada
248	Yépez Wendy	Desnutrición Crónica Leve
249	Morales Edison	Eutrófica
250	Chusquillo Gilmar	Desnutrición Crónica Moderada
251	Chusquillo Talía	Eutrófica
252	Chusquillo Silvio	Desnutrición Crónica Leve
253	Vásquez Geovanny	Eutrófica
254	Yépez Alirio	Desnutrición Crónica Leve
255	Yépez Jasmín	Desnutrición Crónica Moderada
256	Yépez Edgar	Desnutrición Crónica Leve
257	Torres Klever	Desnutrición Crónica Moderada

COMUNIDAD: PUEBLO VIEJO

N.	Nombre	Diagnóstico Nutricional
258	Torres Bladimir	Eutrófica
259	Obando Pilar	Desnutrición Crónica Leve
260	Posso Erik	Eutrófica
261	Posso Fanny	Eutrófica
262	Escobar Yohan	Desnutrición Crónica Leve
263	Prado Jessica	Eutrófica
264	Torres Enrique	Eutrófica
265	Torres Doris	Desnutrición Crónica Leve
266	Torres Darwin	Desnutrición Crónica Moderada
267	Cacuango Maricela	Eutrófica
268	Torres Alexis	Desnutrición Crónica Leve
269	Garzón Estalín	Eutrófica
270	Escobar Marcia	Eutrófica
271	Chicaiza Emily	Desnutrición Crónica Leve
272	Chicaiza María	Desnutrición Crónica Moderada
273	Chicaiza Oscar	Eutrófica
274	Chicaiza Mateo	Desnutrición global
275	Guambiango Edison	Eutrófica
276	Tupiza Edison	Eutrófica

277	Obando Estalin	Desnutrición Crónica Leve
278	Garzón Alicia	Desnutrición Crónica Moderada
279	Escobar Wilson	Eutrófica
280	Torres Cristofer	Desnutrición global
281	Pena Evelin	Eutrófica
282	Milandi Abigail	Desnutrición Crónica Leve

COMUNIDAD: SANTA ROSA

N.	Nombre	Diagnóstico Nutricional
283	Narvaez Glenda	Eutrófica
284	Narvaez Pedro	Desnutrición Crónica Leve
285	Narvaez Camilo	Eutrófica
286	Betancourt Edison	Desnutrición Crónica Leve
287	Rivera Leidi	Eutrófica
288	Tabango Jessica	Desnutrición Crónica Moderada
289	Tabango Jeimy	Eutrófica
290	Santillán María	Desnutrición Crónica Moderada
291	Santillán Stalin	Desnutrición Crónica Moderada

COMUNIDAD: LA MAGDALENA

N.	Nombre	Diagnóstico Nutricional
292	Ayala Wilian	Eutrófica
293	Espinoza Jerson	Eutrófica
294	Espinoza Josue	Desnutrición Crónica Leve
295	Espinoza David	Eutrófica
296	Ayala Jenifer	Eutrófica
297	Ayala Erica	Desnutrición Crónica Leve
298	Flores Jhon	Desnutrición global
299	Flores Bryan	Eutrófica
300	Bedón Verónica	Desnutrición global
301	Ayala Ronald	Eutrófica
302	Proano Carlos	Desnutrición global
303	Espinoza Aimily	Eutrófica
304	Ayala Byron	Desnutrición Crónica Leve

COMUNIDAD: SAN ANTONIO DE PUCARÁ

N.	Nombre	Diagnóstico Nutricional
305	Proano Dayra	Eutrófica
306	Flores Robinson	Eutrófica
307	Flores Juan	Desnutrición Crónica Leve
308	Flores Carlos	Eutrófica
309	Flores Denise	Desnutrición global
310	Flores Romel	Desnutrición Crónica Leve
311	Piedra Andrés	Eutrófica
312	Piedra Fernanda	Desnutrición Crónica Leve

313	Piedra Giesela	Eutrófica
314	Quishpe Cristian	Eutrófica
315	Flores Santiago	Desnutrición Crónica Moderada
316	Flores María del Carmen	Eutrófica
317	Obando Geydi	Eutrófica
318	Caiza Edison	Desnutrición Crónica Leve
319	Caiza Jordy	Eutrófica
320	Betancort Fausto	Eutrófica
321	Morales Kevin	Eutrófica
322	Sargua Johana	Desnutrición Crónica Leve

COMUNIDAD: EL PARAISO

N.	Nombre	Diagnóstico Nutricional
323	Bolanos Andrea	Desnutrición Crónica Leve
324	Piedra María	Eutrófica
325	Piedra Karina	Eutrófica
326	Gómez Jaqueline	Desnutrición Crónica Leve
327	Mejía Robin	Eutrófica
328	Gómez Jaime	Eutrófica
329	Valenzuela Jimy	Eutrófica
330	Guitarra Byron	Desnutrición Crónica Leve
331	Piedra Jeferson	Desnutrición Crónica Grave
332	Gómez David	Eutrófica
333	Piedra Lorena	Eutrófica

ANEXO 2

PRIMERA PARTE - PROYECTO: "IMPLEMENTACION DE PRÁCTICAS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN LA ZONA RURAL DE COTACACHI" CUESTIONARIO DE FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS

Parroquia: Comunidad:.....

Fecha:..... No.

Edad.....

Marque con una X la respuesta.

Datos demográficos.

1. Sexo: Masculino () Femenino ()

2. Estado Civil: Soltero () Casado () Unión Libre () Otro ()

3. Escolaridad: Analfabeto () Primaria () Secundaria () Superior ()

4. Ocupación: Q. Domésticos () Agricultor () Comerciante ()
Otro.....

5. Número de miembros de la familia:.....

6. Tipo de vivienda: Propia () Arrendada () Prestada ()
Otro.....

7. Tipo de construcción: Cemento () Adobe () Madera ()
Otro.....

8. Número de habitaciones por vivienda.....

Servicios básicos

9. Acceso a agua: Potable () Entubada () Del río () Otro.....

10. Eliminación de excretas: Alcantarillado () Letrina () Pozo séptico ()
Aire libre () Otro.....

11. Acceso a electricidad: Sí () No ()

12. Eliminación de basura: Recolector () Aire libre () Al río ()
Incineración () Bajo tierra () Otro:

13. Medios de comunicación: Radio () Televisión () Prensa escrita ()
Ninguno () Otro.....

14. Crianza de animales en casa: Sí () No ()

15. Tiene acceso a un espacio de tierra o terreno para la agricultura: Sí () No ()

16. Tipo de cocina: A gas () Gasolina/querosene () Lena () Otro.....

17. Conservación de los alimentos: Refrigerador () Al ambiente ()
Embases tapados () Otro.....

Situación de salud

18. Tiene acceso a servicios de salud: Si () No ()

19. En su comunidad realizan brigadas de salud: Sí () No ()
Cuantas veces en el año.....

20. Cuanto tiempo tarda en llegar al centro de salud más cercano:
menos de una hora () Más de una hora () Más de dos horas ()

21. Cuantas veces en el año lleva a su hijo al médico:.....

22. Cuál es el síntoma más frecuente que presenta su hijo y por el cual acude al médico:
Tos () dificultad respiratoria () diarrea () dolor abdominal ()
nausea/vómito () dolor de cabeza () problemas para orinar ()

dolor de oído () problemas de la piel () fiebre () Otro.....

23. Alguna mujer de su familia que vive con usted a presentado aborto:

Si () No ()

24. Algún miembro de su familia menor de 12 años ha fallecido: Si () No ()

De qué edad..... Cuál fue su causa.....

25. En qué lugar prefiere que se realice el parto o nacimiento de sus hijos: Hospital o centros

de salud () Domicilio () Otro.....

Hábitos de alimentación (lactancia)

26. La leche materna es el mejor alimento para niños y niñas menores de 6 mees de edad:

Sí () No ()

27. Usted alimenta solo con leche materna a sus hijos menores de 6 meses de edad:

Sí () No ()

28. Además de la leche materna, que liquido o alimento administra a su hijo/a menor de 6

meses de edad: aguas aromáticas () leche de vaca diluida con agua ()

coladas () sopas () jugo de granadilla () Otro.....

29. Cree que dar leche de tarro o fórmula es una buena opción para alimentar a su hijo/a:

Sí () No ()

30. A qué edad deben ser destetados los niños: antes de los 6 meses () antes de los

12 meses () después de los 12 meses () después de los 18 meses ()

a los 24 meses o más ()

Nombre del entrevistador.....

SEGUNDA PARTE - PROYECTO: "IMPLEMENTACIÓN DE PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES"
CUESTIONARIO DE FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS

Parroquia: Comunidad:.....

Fecha:..... N.

Marque con una X la respuesta

ALIMENTO	Nunca o menos de 1 vez al mes	1 a 4 veces por mes	2 a 6 veces por semana	1 a 3 veces por día
CEREALES				
Arroz				
Maíz				
Harina de Trigo				
Cebada				
Morocho				
Otros:				
TUBERCULOS				
Papa				
Yuca				
Meloco				
Oca				
Otro:				
LACTEOS				
Leche				
Queso				
Yogurt				
Cuajada				
Otros:				
LEGUMINOSA SECA				
Fréjol				
Haba				
Arveja				
Lenteja				
Garbanzo				

ALIMENTO	Nunca o menos de 1 vez al mes	1 a 4 veces por mes	2 a 6 veces por semana	1 a 3 veces por día
OLEAGINOSAS				
Chocho				
Quinua				
Otros:				
VERDURAS				
Tomate Riñón				
Lechuga				
Remolacha				
Vainita				
Zanahoria amarilla				
Acelga				
Espinaca				
Berros				
Nabo				
Rábano				
Pepinillo				
Brócoli				
Col				
Col Morada				
Otros:				
FRUTAS				
Mandarina				
Limón				
Guayaba				
Plátano seda				
Plátano verde				
Maqueño				
Manzana				
Pera				
Granadilla				
Naranjilla				
Papaya				
Otras:				
AZÚCARES				
Azúcar blanca				
Panela				
Miel de abeja				
Otros:				

ALIMENTO	Nunca o menos de 1 vez al mes	1 a 4 veces por mes	2 a 6 veces por semana	1 a 3 veces por día
HUEVO Y CARNES				
Huevo				
Chancho				
Res (Vaca)				
Pollo				
Pescado (mar)				
Trucha				
Atún				
Churos				
Cuy				
Otros:				
GRASAS				
Aceite vegetal				
Aceite de oliva				
Manteca de chancho				
Mantequilla				
Margarina				
Otras:				
VARIOS				
Fideo				
Papas fritas				
Chitos				
Colas				
Dulces				
Pastas				
Pan				
Sal en grano				
Sal yodada				
Otros				

GRACIAS

Nombre del entrevistador.....

ANEXO 3

LISTA DE PARTICIPANTES - HOSPITAL ASDRÚBAL DE LA TORRE

RUIZ BENALCAZAR ZOILA DEL CARMEN	1003247259	MEDICA RURAL
MARTINEZ ABARCA ANA LUCIA	1712566403	MEDICA RURAL
VELASCO VALENCIA DIANA KARINA	1002858742	MEDICA RURAL
GAIBOR BARBA ENMA CRISTINA	1707945836	MEDICA RURAL
ECHEVERRIA GUEVARA AMANDA	1002434932	MEDICA RURAL
YAGUARI ORTIZ GEOVANNY FRANCISCO	1716286537	MEDICO RURAL
GALLEGOS DE LA CRUZ ALEJANDRA	1003466826	ENFERMERA RURAL
GOMEZ SANAFRIA LILIANA CRISTINA	1003462973	ENFERMERA RURAL
PROAÑO TERAN ADRIANA ALEJANDRA	1003220447	ENFERMERA RURAL
JACOME YUGSI LUCIA MARGOTH	1715108906	ENFERMERA RURAL
TOBAR QUIROZ YAJAIRA MARICELA	1002931994	ENFERMERA RURAL
COYAGO ANDRANGO GABRIELA PILAR	1721006250	ENFERMERA RURAL
AGUIRRE TORRES MARIANA GUADALUPE	1000916666	AUXILIAR DE ENFERMERIA
GARRIDO ENMA CLEMENCIA	1000891430	AUXILIAR DE ENFERMERIA
ECHEVERRIA UBIDIA CARMEN MARCELA	1001027349	AUXILIAR DE ENFERMERIA
SARZOSA SEGOVIA JANETT EUGENIA	1001560679	AUXILIAR DE ENFERMERIA
ANDRADE PROAÑO MARTHA CLEMENCIA	1000641561	AUXILIAR DE ENFERMERIA
ORTIZ GOYES NARCISA ARGENTINA	1001740958	AUXILIAR DE ENFERMERIA
CHAVEZ CHAVEZ PETRONA VICENTA	0601181407	AUXILIAR DE ENFERMERIA
VELIZ LUCERO MARIA ROSARIO	1000947661	AUXILIAR DE ENFERMERIA
GUZMAN MORENO NELLY LUPINA	1000586626	AUXILIAR DE ENFERMERIA
PADILLA GUAMAN MARIA LASTENIA	1001103504	AUXILIAR DE ENFERMERIA
CABASCANGO CASTRO MARIA ELENA	1001252376	ENFERMERA
ROMERO JIMENEZ SILVIA MARLENE	1001926771	ENFERMERA
VILLARREAL MUESES PATRICIA GIMENA	1002309662	ENFERMERA
CABASCANGO CHICAIZA LAURA	1713566824	ENFERMERA

**LISTA DE PARTICIPANTES - SUBCENTROS Y PUESTOS DE SALUD ZONA RURAL DEL
ÁREA N.3 - COTACACHI**

PUESTO DE SALUD PLAZA GUTIERREZ

MOQUINCHE VOZMEDIANO LUISA	1001821386	AUXILIAR DE ENFERMERIA
TERAN MERA LILIAN ELIZABETH	1002747119	ENFERMERA
MOREJON CLAVIJO EDWIN DAVID	1716025729	MEDICO RURAL

PUESTO DE SALUD VACAS GALINDO

MORALES BOSMEDIANO MADELINE	1001643228	AUXILIAR DE ENFERMERIA
CADENA CASTRO LUIS EDUARDO	1716434723	MEDICO RURAL
CORAL FUERTES PAOLA MARCELA	1003156237	ENFERMERA RURAL

SUBCENTRO DE SALUD 6 DE JULIO CUELLAJE

MARQUEZ ALBUJA CHRISTIAN PATRICIO	1718070012	MEDICO RURAL
SOLANO ANDRADE CARLA ELIZABETH	1003140629	ENFERMERA RURAL
GUTIERREZ MOREJON MARIA FERNANDA	1717729956	ENFERMERA RURAL

SUBCENTRO DE SALUD DE APUELA

MUTHRE RUIZ PILAR AURORA	0907277982	MEDICO TRATANTE
PEREZ JURADO SONIA VICTORIA	100146882-4	ENFERMERA
PAVON MORAN MARIA OLIMPIA	1001542123	AUXILIAR
BEDOYA DELGADO GISSELA ISABEL	0802106484	ENFERMERA
HURTADO SANCHEZ SANDRA MYLENNE	1717700536	MEDICA RURAL
PADILLA MINA LUIS ALVARO	0401327242	MEDICO RURAL
TORRES BECERRA LUCIA PAULINA	1720281060	MEDICA RURAL
QUINGA PAUCAR CRISTINA PAOLA	1722530977	ENFERMERA RURAL
ORTEGA GANCINO JEANNETH LILIANA	1717625253	ENFERMERA RURAL

SUBCENTRO DE SALUD DE GARCÍA MORENO

ENRIQUEZ CUCHALA DIANA	1002482865	AUXILIAR ENF
VELOZ OCHOA AMPARO BELEN	1720094315	MEDICA RURAL
VALENCIA OBANDO FERNANDA MARIELA	0401747092	ENFERMERA RURAL
VERDEZOTO VERDESOTO JUAN CARLOS	1003143060	MEDICO GENERAL

SUBCENTRO DE SALUD DE IMANTAG

MOLINA CARRERA LIDIA CONSUELO	1002606919	AUXILIAR DE ENF
RUIZ FLORES ADRIANA MARIBEL	1002817052	ENFERMERA
CURAY CABRERA CHRISTIAN OSWALDO	1714489570	MEDICA RURAL
PEÑAHERRERA MEJIA LUCIA ELIZABETH	1720094752	MEDICA RURAL
RUIZ CHECA LUIS OSWALDO	1002786190	MEDICO RURAL
CEVALLOS MEJIA CARMEN ELIZABETH	0401738711	ENFERMERA RURAL

SUBCENTRO DE SALUD DE PEÑAHERRERA

VALLEJOS ALVAREZ MARIA CECILIA	1000914984	AUXILIAR DE ENF
AGUILAR DOMINGUEZ EMERSON	1717742470	MEDICO RURAL
GARCIA MORENO GABRIELA ALEXANDRA	1715935274	ENFERMERA RURAL
VOZMEDIANO ALVAREZ MAYRA BEATRIZ	1002817052	ENFERMERA

SUBCENTRO DE SALUD DE QUIROGA

FUERTES RECALDE ONORIA CELESTE	1001703576	AUXILIAR DE ENF
ALDEAN RIOFRIO JORGE RAMIRO	1104491947	MEDICO RURAL
HARO VACA LIGIA ELENA	1003187885	ENFERMERA RURAL
ARMIJOS ARMIJOS SONIA MERCEDES	1104137524	ENFERMERA RURAL

SUBCENTRO DE SALUD DE LAS GOLONDRINAS

RODRIGUEZ TORRES EDISSON	1801321694	MEDICO TRATANTE 1
RINCONES VERA SANTA PASCUALA	1302498074	AUXILIAR DE ENF
TAIMAL JIMENEZ NELSON JUVINAL	0401058771	ENFERMERO
UBIDIA MONTOYA GILMA ALICIA	1706315445	MEDICA RURAL
AYALA LOMAS MARCELO XAVIER	1003133228	ENFERMERO RURAL
TUAREZ COBEÑA MARIA DEL CARMEN	0801073842	ENFERMERA RURAL

PUESTO DE SALUD EL NARANJAL

VILLACIS CHAFLA EDWIN GENARO	0924684756	MEDICO RURAL
DE LA CRUZ SIGCHA GABRIELA ISABEL	1722557467	ENFERMERA RURAL

PUESTO DE SALUD EL CHONTAL

HIDALGO CEDEÑO DIANA PATRICIA	1720079589	MEDICO RURAL
MORENO MALDONADO CRISTOBAL	1002846820	ENFERMERO RURAL
ARMIJOS CIMARRA JESENIA ISABEL	1713768651	ENFERMERA RURAL

PUESTO DE SALUD LA MAGDALENA

SILVA MERIZALDE RUBEN DAVID	1711458800	MEDICO RURAL
ROMERO PRADO SANTOS MARINA	0906236112	ENFERMERA RURAL

ANEXO 4**LISTA DE 100 BENEFICIARIOS - ENTREGA GRATUITA MANUAL ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN EL EMBARAZO Y LA NIÑEZ.****COMUNIDADES ANDINAS DE LA ZONA RURAL DE COTACACHI**

N.	Nombre	C. Identidad	N.	Nombre	C. Identidad
1	Lourdes Guitarra	1003548177	26	María Cabezas	1002297818
2	Gladys Jiménez	1710985670	27	Silvia Bonilla	1003472659
3	Cecilia Farinango	1003174024	28	Sandra Fueres	1004154587
4	Gladys Morán	1003536551	29	Francisca Flores	1002158911
5	Zoila Quishpe	1001851937	30	Olga Lanchimba	1004772008
6	Jesica Maldonado	1003159504	31	María Guandinango	1001528734
7	Ana Morán	1003879261	32	Tamia Saranchi	1003474552
8	Martha Guevara	1002420758	33	Fany Lanchimba	1003888115
9	Sonia Morales	1004039366	34	María Coronado	1002713673
10	Miriam Bonilla	1003912971	35	Fausto Yépez	1003145776
11	Tránsito Morales	1002678298	36	Wilmer Vivas	1002011532
12	Olga Bonilla	1003748644	37	María Maldonado	1003241997
13	Zoila Guandinango	1002789293	38	Ermelinda Alta	1002789293
14	Carmen Morales	1003486661	39	María Andramunio	1003467436
15	Laura Cabascango	1713560824	40	Rosa Guitarra	1002059291
16	Rosaly Proano	1002843934	41	Paulina Yacelga	1002992749
17	Rosa Matango	1004707020	42	Edwin Tamayo	1003440052
18	Ana Guandinango	1003833785	43	Akemy Bonilla	1003182498
19	Claudia Álvarez	1002528253	44	Verónica Flores	1002202106
20	Lourdes Andrade	1003577887	45	José Guitarra	1002328399
21	Lourdes Pinto	1710281740	46	Yajaira Teba	1002931994
22	María Sánchez	1003798087	47	Fausto Yépez	1003145771
23	Lorena Vaca	1002291365	48	Adriana Chávez	1003558804
24	Miriam Morales	1002821062	49	Silvia Troya	1002308128
25	Angelina Morán	1002875159	50	Luis Grijalva	1003518550

BENEFICIARIOS COMUNIDADES DEL ÁREA RURAL SUBTROPICAL DE COTACACHI

N.	Nombre	C. Identidad	N.	Nombre	C. Identidad
1	Liliana Ortega	1717625253	26	Ana Túquerez	1003506654
2	Graciela Arce	1002090379	27	Juan Almeida	1002003068
3	Lupe Quilca	1002169074	28	Diego Chamorro	0401618582
4	Alba León	1003080148	29	Claudio Morales	1003677247
5	Felisa Caicedo	1002123477	30	Josefa Lita	1003660013
6	Margarita Pérez	8170574591	31	Sonia Echeverría	1001646371
7	Norma Bolaños	1002286753	32	Digna Alomoto	1002477814
8	Mercedes Erazo	1003093430	33	Anita Chandi	1003577630
9	Anita Perugachi	1003606934	34	Celeste Fures	1001703576
10	Mélida Arce	1003109459	35	Dalila Olmedo	0802951491
11	Blanca de la Cruz	1002875969	36	Fernando Gómez	1003633201
12	Norma Gómez	1003030598	37	Teresa Chico	1002442455
13	Jessica Rodríguez	1001679321	38	Ana Lanchimba	1004475453
14	Bertha Ruiz	1709771764	39	Diana Córdova	1004122972
15	Mory Garzón	1003404884	40	Bárbara Andrade	1003539317
16	María Carmen	1002079315	41	Elisa Muriel	1003572847
17	Teresa de Jesús Gómez	1002040432	42	María Pijuango	1003263504
18	Norma Cacuango	1003591532	43	Luis Grijalva	1003518550
19	María Castro	1003547336	44	Gabriela Vinueza	1003550553
20	Mónica Cabascango	1003611637	45	Jessica Sarzosa	1003693593
21	Berenice Chicaiza	1003051966	46	Adriana Proano	1003220447
22	Mayra Tituaña	1002572525	47	Rosa Andrango	1002061906
23	Zulma Guzmán	1003445150	48	Beatriz Hidrobo	1002504502
24	Hilda Cárdenas	1002623989	49	Elvia Vallejos	1002105961
25	Sonia de la Cruz	1003437250	50	Alejandra Narvéez	0401636964

BOLETIN DE PRENSA DE LA DIRECCIÓN PROVINCIAL DE IMBABURA

[HTTP://SALUD3.BLOGSPOT.COM/2011/07/HOSPITAL-ASDRUBAL-DE-LA-TORRE-DE.HTML](http://salud3.blogspot.com/2011/07/hospital-asdrubal-de-la-torre-de.html)

VIERNES 1 DE JULIO DE 2011

Hospital Asdrúbal de la Torre de Cotacachi realizará Lanzamiento del Manual de Estilos de Vida Saludables

En homenaje a Santa Ana de Cotacachi en su Centésimo Quincuagésimo Aniversario de Cantonización, en un acto solemne el Hospital Asdrúbal de la Torre realizará el Lanzamiento del Manual de Estilos de Vida Saludables en el Embarazo, la Niñez y la Adolescencia con la autoría del Dr. Byron Orlando Albuja Echeverría Pediatra de este Hospital, el martes 5 de julio de 2011 a las 11H:00 en el Teatro Municipal Ciudad por la Paz (Parque Ornamental).

El Manual Estilos de Vida Saludables en el Embarazo, la Niñez y la Adolescencia a más de ser una herramienta educativa que promueve prácticas saludables; pretende también ser un documento que sirva de guía sobre la adecuada utilización de bienes y servicios para mejorar la economía de toda la población ecuatoriana, además de ser una guía práctica dirigida a padres, educadores, personal de salud y comunidad en general en la implementación de hábitos, conductas y comportamientos que garanticen el bienestar físico, mental y psicológico del individuo, la familia y la población reduciendo el riesgo de enfermar.

Este manual contiene aspectos importantes para conocer comportamientos que mejoren la salud de los individuos desde el vientre materno, el normal desarrollo de una persona en sus distintas etapas evolutivas: embarazo, lactancia, infancia, preescolar, escolar y adolescencia, erradicar prácticas equívocas, y creencias y mitos erróneos en el cuidado de niños y niñas.

Este libro será un instrumento de consulta en todos los hogares, centros educativos y de salud que permitirá mejorar el conocimiento de la población en temas básicos de autocuidado para combatir las principales causas de morbilidad y mortalidad a través de la educación, así como evitar el uso irracional de medicamentos y la automedicación.

Las pautas que los lectores podrán encontrar en este Manual de Estilo de Vida saludable en el Embarazo, niñez y adolescencia contribuirá a fortalecer la atención primaria, y recomendaciones básicas que dan los médicos especialistas en salud y otros profesionales.

El Manual Estilos de Vida Saludable en el Embarazo, la Niñez y la Adolescencia es una obra de alto contenido científico; fundamentado en Medicina Basada en Evidencia, cumpliendo con las exigencias técnicas y académicas.

Consta de 17 capítulos; está compuesto de preguntas y respuestas, con un lenguaje claro y sencillo, fácil de entender; lleno de mensajes prácticos que facilitarán la implementación y adopción de comportamientos saludables para los lectores.

Los temas desarrollados son: nutrición, seguridad alimentaria, normas de higiene, ejercicio físico, salud mental, salud oral, desarrollo psicomotriz y estimulación temprana, sexualidad, comportamientos de seguridad y prevención de enfermedades, normas de urbanidad y el buen vivir, interculturalidad y protección del medio ambiente.

Es responsabilidad del Estado Ecuatoriano fomentar la práctica de estilos de vida saludables, por tal razón el Área de Salud Nro. 3 Cotacachi pone a consideración de profesionales, maestros, padres de familia y medios de comunicación un libro que además de fortalecer la salud individual y colectiva, permite el ahorro de recursos económicos a la familia y a la sociedad, que pueden ser invertidos para mejorar la calidad de vida al evitar enfermedades fácilmente prevenibles.

Agradezco desde ya su difusión y cobertura

Dra. Yu Ling Reascos
DIRECTORA PROVINCIAL DE SALUD

CONTACTO

Msc. Nancy Freire Ramos
RESP. COMUNICACIÓN SOCIAL DPSI
nancyfreireramos@yahoo.es
comsaimb@gmail.com
091639348-098369963

ANEXO 6

DIARIO EL NORTE

<http://www.elnorte.ec/imbabura/cotacachi/7557-nuevo-manual-de-salud-se-presentara.html>

Domingo, 03 Julio 2011

**Nuevo manual de salud se
presentará**

Escrito: por Peter Sierra



Cotacachi. El Hospital Asdrúbal de la Torre de Cotacachi realizará Lanzamiento del Manual de Estilos de Vida Saludables autoría del Dr. Byron Orlando Albuja Echeverría Pediatra de este Hospital.

El libro se presentará el martes 5 de julio de 2011 a las 11H:00 en el Teatro Municipal Ciudad por la Paz (Parque Ornamental).

Libro. El Manual Estilos de Vida Saludables en el Embarazo, la Niñez y la Adolescencia a más de ser una herramienta educativa que promocioa prácticas saludables.

Pretende también ser un documento que sirva de guía sobre la adecuada utilización de bienes y servicios para mejorar la economía de toda la población ecuatoriana.

Además de ser una guía práctica dirigida a padres, educadores, personal de salud y comunidad en general en la implementación de hábitos, conductas y comportamientos que garanticen el

bienestar físico, mental y psicológico del individuo, la familia y la población reduciendo el riesgo de enfermar.

Este manual contiene aspectos importantes para conocer comportamientos que mejoren la salud de los individuos desde el vientre materno, el normal desarrollo de una persona en sus distintas etapas evolutivas: embarazo, lactancia, infancia, preescolar, escolar y adolescencia, erradicar prácticas equívocas, y creencias y mitos erróneos en el cuidado de niños y niñas.

Este libro o manual será un instrumento de consulta en todos los hogares, centros educativos y de salud que permitirá mejorar el conocimiento de la población en temas básicos de autocuidado para combatir las principales causas de morbilidad y mortalidad a través de la educación, así como evitar el uso irracional de medicamentos y la automedicación temas de suma importancia.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA
PARTICULAR DE LOJA**
La Universidad Católica de Loja

MAESTRÍA EN GERENCIA DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL

Manual

“Estilos de vida saludables en el embarazo y la niñez”

Autor:

Albuja Echeverría, Byron Orlando, Dr.

Director:

Morillo Cano, Julio Rodrigo, Dr.

CENTRO UNIVERSITARIO IBARRA - ECUADOR

2011

Autor

Byron Orlando Albuja Echeverría.

Médico Tratante del Hospital Asdrúbal de la Torre – Cotacachi. Especialista en Pediatría. Especialista en Gerencia y Planificación Estratégica en Salud. Diploma Superior en: “Salud Familiar y Comunitaria”. Facilitador Nacional de la Estrategia AIEPI “Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia – AIEPI, MSP. Facilitador Prácticas Integrales del Parto. Premio RIMA a la Excelencia en Actualización Científica Internacional 2010 -2011, auspicio OPS.

Colaboradores

Yu Ling Reascos.

Directora Provincial de Salud de Imbabura.

Audrey García Niño

Directora Técnica del Área de Salud N.3 – Cotacachi.

Ilianka Pazmiño Galindo

Médico General. Hospital Asdrúbal de la Torre.

Ana Lucía Martínez Abarca

Médico General. Hospital Asdrúbal de la Torre.

Karina Velasco

Médico General. Hospital Asdrúbal de la Torre.

Paúl Joel Flores Narváez

Odontólogo. Especialista en Rehabilitación Oral.

Laura Cabascango Chicaiza

Enfermera. Hospital Asdrúbal de la Torre.

Rita Unda Morales

I.R. Nutrición. Hospital Asdrúbal de la Torre. Universidad Técnica del Norte.

Jeanneth Elizabeth Quinchiguango Córdor

Ginecóloga.

PRESENTACIÓN

Parece un sueño cuando se cristaliza un libro que tiene los fundamentos como Ministerio de Salud acorde a las políticas nacionales y enmarcado en el Plan Nacional del Buen Vivir, el mismo que incentiva estilos de vida saludables para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud e influir en los determinantes ambientales y sociales que repercuten en la salud del individuo, familia y comunidad.

Es importante señalar que esta obra es conseguida a base del esfuerzo de un gran profesional del Hospital Asdrúbal de la Torre con una alta vocación humanitaria que intenta diseminar los conocimientos y generar una cultura del cuidado y auto cuidado a nivel individual y colectivo para promover la prevención de enfermedades y promocionar el cuidado de la salud.

Esta obra es dirigida para la lectura de los ciudadanos con un lenguaje común, así como para profesionales en la rama de salud en donde se puede tener respuesta a varias interrogantes de la vida diaria y la manera que se pueda responder a las mismas, situaciones que despierta gran interés del lector tomando en cuenta situaciones de importancia común como la nutrición, higiene, cuidados por ciclos de vida, normas de urbanidad, cuidado y protección del medio ambiente, prevención de accidentes, así como toma en cuenta el respeto a la diversidad cultural.

La Dirección Provincial de Salud apoya estas iniciativas importantes del Hospital Asdrúbal de la Torre ya que se evidencia el compromiso que se tiene con la salud de la población, así como el talento humano calificado y comprometido con que contamos para generar un cambio actitudinal de la sociedad para promover estilos de vida saludables .

Por eso presento a ustedes esta obra con gran contenido científico para conocer aspectos de salud y seguir generando cambios positivos en el control de grupos prioritarios que nos permita mejorar los indicadores sociales y de salud de la población en el sueño irrenunciable de tener mejores días para el Ecuador.

Dra. Yu Ling Reascos
DIRECTORA PROVINCIAL DE SALUD DE IMBABURA
COORDINADORA DE SALUD ZONA 1

INTRODUCCIÓN

Los comportamientos o conductas son determinantes decisivos de la salud física y mental de las personas y del estado de la salud pública. Se calcula que un tercio de las enfermedades en el mundo pueden prevenirse mediante cambios en el comportamiento. Al hablar de estilos de vida saludables, nos referimos a comportamientos que disminuyen los riesgos de enfermar. Estos son una estrategia global, que hacen parte de una tendencia moderna de salud, fundamentada en la prevención de enfermedades y promoción de la salud.

Los estilos de vida saludables, retoman el concepto de Promoción de la Salud definida como "la estrategia para proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma". La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, considera a los estilos de vida saludables como componentes importantes de intervención para promover la salud. "La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana, en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo. La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud."

Los estilos de vida que se aprenden durante la niñez tienen mayores probabilidades de afianzarse en la vida adulta. En este sentido, cada persona comienza a moldear sus comportamientos desde la infancia de acuerdo a los comportamientos, costumbres y actitudes familiares.

El Manual: "Estilos de vida saludables en el embarazo y la niñez" tiene como objetivo fortalecer e implementar conductas saludables familiares y comunitarias mediante la promoción de estilos de vida saludables, lo que implica dar a conocer aquellos comportamientos que mejoran la salud de los individuos. Comportamientos y conductas relacionadas con alimentación, higiene, ejercicio, salud oral, salud mental y prevención de enfermedades son expuestos para promover la salud mediante la educación dirigida a padres de familia y a la comunidad en general.

Esta obra integra varias especialidades médicas y diversas profesiones relacionadas con el tema salud. Se origina con la misión de contribuir a la educación y promoción de salud a la población ecuatoriana, con el apoyo incondicional de la Gerencia Técnica del Hospital Asdrúbal de la Torre de Cotacachi.

Byron Orlando Albuja Echeverría.

ÍNDICE

CONTENIDO	Pág.
Capítulo 1	
Alimentación Saludable	5
Capítulo 2	
Salud, normas de higiene y adecuada manipulación de los alimentos	21
Capítulo 3	
Estilos de vida saludable en el embarazo	29
Capítulo 4	
Salud en lactantes menores de seis meses	37
Capítulo 5	
Salud en lactantes de seis meses a dos años	48
Capítulo 6	
Salud en niños preescolares	54
Capítulo 7	
Salud en niños escolares	62
Capítulo 8	
Salud mental	68
Capítulo 9	
Salud oral	72
Capítulo 10	
Salud, actividad física y deporte	77
Capítulo 11	
Prevención de problemas nutricionales	82
Capítulo 12	
Estilos de vida saludable y su economía	87

Capítulo 1

Alimentación saludable

Capítulo 1

Alimentación saludable

La alimentación sana, equilibrada, completa e higiénica logra el óptimo desarrollo físico e intelectual en niños, niñas y adolescentes.

1.1 Conceptos básicos

¿Qué es la alimentación?

Se llama alimentación al acto de proporcionar al cuerpo alimentos e ingerirlos. Es un proceso consciente y voluntario; por lo tanto, está en nuestras manos modificarlo.

¿Qué son los nutrientes?

Los nutrientes son sustancias integrantes de los alimentos. Los nutrientes son indispensables para todos los procesos que nos permiten estar vivos (funcionamiento de órganos, aparatos y sistemas del cuerpo).

¿Cuál es la composición de los alimentos?

Los alimentos están constituidos de nutrientes. Los nutrientes a su vez se dividen en macronutrientes (macro = grande; ocupan la mayor proporción de los alimentos) y micronutrientes (micro = pequeño; están presentes en pequeñas proporciones).

- Macronutrientes: hidratos de carbono, grasas y proteínas.
- Micronutrientes: vitaminas y minerales.

¿Qué son las calorías?

Las calorías son la energía del cuerpo que provienen de los nutrientes que consume (hidratos de carbono, proteínas y grasas). Cuando ingiere alimentos con más calorías de las que el cuerpo necesita, ganará peso; si ingiere alimentos con menos calorías de las que el cuerpo necesita, perderá peso.

1.2 Hidratos de carbono

¿Qué son los hidratos de carbono?

Los hidratos de carbono o carbohidratos son macronutrientes que deben formar parte de toda alimentación saludable. Sus elementos constitutivos se denominan azúcares simples.

¿Por qué son necesarios los hidratos de carbono en la dieta?

Porque son la fuente principal de energía para el organismo. Los alimentos que contienen hidratos de carbono **NOS DAN FUERAZA** y sirven como combustible para poder trabajar, caminar, jugar y hacer toda clase de actividades; además, en los niños son la fuente de energía utilizada para su crecimiento.

¿En la dieta diaria cuantas calorías deben aportar los hidratos de carbono?

Los hidratos de carbono deben aportar el 55 ó 60 % de las calorías de la dieta diaria.

¿Cuáles son los tipos de hidratos de carbono?

Existen tres tipos de hidratos de carbono: azúcares, almidones y fibra.

¿Qué son los azúcares?

Son hidratos de carbono que se caracterizan por su sabor dulce. Están presentes en frutas, leche (lactosa), azúcar blanco (glucosa), azúcar de caña y remolacha y miel.

¿Qué son los almidones?

Los almidones o féculas son hidratos de carbono que producen energía y deben formar parte de una dieta saludable; se encuentran en cereales, legumbres, lenteja, fréjol, haba, soya, garbanzo, papa, yuca.

Para poder digerir los almidones es preciso someterlos a un tratamiento con calor previo a su ingestión (cocción, tostado, etc.). El almidón crudo no se digiere y produce diarrea.

¿Qué es la fibra?

La fibra se denomina también “hidrato de carbono no digerible”, ya que no se absorbe en el intestino. Las fuentes naturales de fibra son: manzana, pera, durazno, zapallo, guayaba, zanahoria, avena, leguminosas, pitahaya, ciruela, lechuga, acelga, espinaca, cereales integrales, legumbres enteras, frutos secos, maní, almendra, nuez.

¿Por qué es importante comer alimentos ricos en fibra?

El consumo de alimentos ricos en fibra modifica la digestión y la absorción de nutrientes, facilita la movilidad intestinal (peristaltismo), aumenta el volumen y ablanda los residuos fecales, sirve

de lastre y materia de limpieza del intestino delgado y grueso, modula el ritmo evacuatorio y evita el estreñimiento. La fibra contribuye en la prevención de cáncer colorectal y gástrico, enfermedad cardiovascular, hipercolesterolemia (aumento de colesterol), diabetes y obesidad.

Al cocer los alimentos, la fibra vegetal cambia su consistencia y pierde sus propiedades; es conveniente ingerir una parte de los vegetales de la dieta crudos. Algunas frutas como la pera o la manzana tienen un alto contenido de fibra en su corteza; es conveniente comer estas frutas con cáscara.

1.3 Proteínas

¿Qué son las proteínas?

Las proteínas son macronutrientes que deben formar parte de toda alimentación saludable.

¿Por qué son necesarias las proteínas en la dieta?

Las proteínas son los nutrientes que **NOS FORMAN** (material de construcción); constituyen la estructura de tejidos (músculos, huesos, tendones, piel y uñas), intervienen en el desarrollo del cerebro y todos los órganos, facilitan el transporte de oxígeno en la sangre, inactivan sustancias tóxicas, forman parte del código genético - ADN (herencia) y del sistema inmunológico (defensa contra enfermedades).

¿Cuáles son las necesidades diarias de proteínas?

Las proteínas deben aportar el 15 a 20 % de las necesidades energéticas de la dieta diaria. Durante el embarazo, la lactancia, la niñez y la adolescencia las necesidades aumentan.

¿Cuáles son los tipos de proteínas?

Las proteínas son de origen animal y vegetal. Las proteínas de origen animal están presentes en la carne, pescado, pollo, huevo y productos lácteos. Las proteínas de origen vegetal se encuentran en el fréjol, lenteja, maíz, quinua, soya, frutos secos, legumbres, champiñones y cereales completos (con germen). ***Al combinar proteínas vegetales y animales en las comidas (ej. legumbres con cereales o lácteos con cereales) se obtiene un aporte suficiente de proteínas y una dieta sana.***

1.4 Grasas

¿Qué son las grasas?

Las grasas son macronutrientes que deben formar parte de toda alimentación saludable.

¿Por qué son necesarias las grasas en la dieta?

Las grasas son la reserva energética del organismo. Son nutrientes que **NOS DAN FUERZA Y ALMACENAN ENERGÍA**. También cumplen otras funciones: permiten la absorción de vitaminas, la formación de hormonas, son parte estructural de las células y nervios, y sirven de relleno y protección a órganos como el corazón, riñones, etc.

¿En la dieta diaria cuantas calorías deben aportar las grasas?

Se recomienda que las grasas aporten el 20 a 30 % de las necesidades energéticas diarias; porcentaje que debe estar dividido en: 10 % de grasas saturadas (grasa de origen animal) y 10% de grasas insaturadas (grasa de origen vegetal: aceite de oliva, semillas y frutos secos).

¿Qué son los ácidos grasos y en qué alimentos se encuentran?

Los ácidos grasos son los elementos constitutivos de las grasas y se dividen en ácidos grasos saturados e insaturados. Los ácidos grasos insaturados están presentes en los aceites vegetales (oliva, maíz, girasol, aguacate, maní, etc.). Los ácidos grasos saturados están presentes en las grasas animales (tocino, mantequilla, manteca, fritos, mayonesa, etc.).

¿Qué son los ácidos grasos esenciales?

También se denominan grasas saludables y son conocidos como omega 3. Sus beneficiosos incluyen la protección frente a enfermedades cardiovasculares y la capacidad de disminuir los niveles de triglicéridos. Los alimentos ricos en ácidos grasos esenciales son: pescado, mariscos y aceites vegetales.

¿Por qué es peligroso el consumo excesivo de ácidos grasos saturados y colesterol?

La acumulación de ácidos grasos saturados y colesterol forma placas en el interior de las arterias (ateroesclerosis) que son la causa de infartos cardíacos y enfermedad cerebro vascular (trombosis). Además, su consumo excesivo produce obesidad y riesgo de enfermedades como diabetes.

1.5 Vitaminas

¿Qué son las vitaminas?

Son componentes que el organismo necesita para funcionar correctamente y tener una buena salud física y mental; las vitaminas son consideradas como nutrientes esenciales para la vida.

¿Las vitaminas engordan?

Las vitaminas no aportan calorías. Las vitaminas **NO ENGORDAN**.

¿Cómo puede aportar vitaminas a su cuerpo?

Las vitaminas deben ser aportadas a través de la alimentación ya que el cuerpo humano no puede producirlas. Una excepción es la vitamina D, que se puede formar en la piel con la exposición al sol; la vitamina K y algunas vitaminas del complejo B, que se forman en pequeñas cantidades en la flora intestinal (bacterias que habitan en el intestino sin producir enfermedad).

¿Necesita consumir a diario un suplemento vitamínico para mejorar las funciones del cuerpo?

NO es necesario un suplemento permanente de vitaminas en forma de gotas o jarabes. Una dieta rica en alimentos frescos y naturales garantiza el aporte necesario de todas las vitaminas.

¿En qué alimentos se encuentran las vitaminas? ¿Qué funciones cumplen? y ¿Cuáles son los efectos de su deficiencia? Tabla N.1

Tabla N.1 Función, fuente y deficiencia de vitaminas

Vitamina	Función	Fuente	Deficiencia
Vitamina A (retinol)	Indispensable para la vista. Aumenta las defensas ante infecciones. Mantiene íntegras la piel, mucosas, pelo y dientes	Hígado, hortalizas y frutas de color verde o amarillo (zanahoria, espinaca, melón, etc.), huevos, leche	Ceguera nocturna. Trastornos de la piel.
Ácido fólico (vitaminoide)	Esencial para la reproducción de glóbulos rojos y células (síntesis de material genético ADN-ARN). Facilita la utilización de azúcares y aminoácidos	Levaduras, hígado, salvado de arroz, yema de huevo, cereales integrales, hortalizas de hoja verde, zanahorias, zambo, aguacate, leche, queso	Anemia. Malformaciones graves del sistema nervioso central en el feto.
Vitamina B1 (tiamina)	Estimula el crecimiento. Facilita la digestión de los hidratos de carbono. Facilita el funcionamiento del sistema nervioso, músculos y corazón	Levadura, leche, cereales integrales, carne de cerdo, hortalizas, maní	Beri-beri (puede ser fatal por insuficiencia cardíaca), trastornos cardíacos y oculares
Vitamina B2	Favorece el crecimiento y reproducción celular. Mantiene sanos piel, pelo	Levadura, leche, queso, hortalizas, pescado, huevos	Anemia, pérdida del apetito, lesiones de la mucosa de la piel y

(riboflavina)	y uñas		genitales
Vitamina B5 (pantanol)	Favorece el recambio celular y el desarrollo del sistema nervioso. Esencial para el funcionamiento de glándulas suprarrenales y producción de energía	Levadura, cereales integrales, pollo, hígado, hortalizas	Hipoglucemia, gastritis, úlcera duodenal, deficiencia de anticuerpos
Vitamina B6 (piridoxina)	Esencial para la producción de anticuerpos y glóbulos rojos. Previene de afecciones del sistema nervioso	Levadura, leche, salvado, col melón hígado, carne, pescado, huevos	Anemia. Dermatitis seborreica. Convulsiones, calambres, neuritis.
Vitamina B12 (cobalamina)	Formación y renovación de glóbulos rojos. Favorece la función del sistema nervioso	Leche, queso, hígado, carne, huevos	Anemia. Neuropatía periférica. Vitiligo
Vitamina C (ácido ascórbico)	Reparación de células de la piel, mucosas, vasos sanguíneos, hueso, dientes (formación de colágeno). Ayuda a cicatrizar las heridas y a prevenir enfermedades	Cítricos (naranja, limón), guayaba, hortalizas verdes, col, coliflor, tomate	Escorbuto (irritabilidad, encías sangrantes, hemorragias, dolores óseos)
Vitamina D (calciferol)	Favorece la utilización de calcio y fósforo. Formación de huesos y dientes. Permite la asimilación de vitamina A	Aceite de pescado, leche y sus derivados	Raquitismo (escasa mineralización ósea), caries y caídas dentales
Vitamina E (tocoferol)	Antioxidante. Protección de la piel y curación de las quemaduras	Germen de trigo, aceite de oliva, brócoli, espinacas	Anemia. Debilidad muscular. Problemas neurológicos
Vitamina K	Favorece la coagulación (formación de protrombina)	Flora intestinal, yogurt, huevo, hortalizas	Hemorragia, diarrea, colitis

Fuente: PANPLONA, R. El poder medicinal de los alimentos, 2003
Elaboración: Byron Albuja E.

1.6 Minerales

¿Qué son los minerales?

Los minerales son los componentes que forman parte de tejidos como hueso y dientes, regulan y ayudan al funcionamiento de todos los órganos del cuerpo..

¿Cómo se clasifican los minerales?

Los minerales se clasifican en: **macroelementos** (aquellos que el organismo necesita en mayor cantidad y se miden en gramos), **microelementos** (se necesitan en menor cantidad y se miden en miligramos o milésimas de gramo) y **oligoelementos** (se requieren en cantidades

pequeñísimas y se miden en microgramos o millonésimas de gramo). **“Todos los minerales son necesarios para el correcto funcionamiento del cuerpo”**

Tabla N.2 Función y fuente de macroelementos

Macroelemento	Función	Fuente
Sodio	Regula el reparto de agua en el organismo e interviene en la transmisión del impulso nervioso a los músculos	Sal común “Los alimentos bajos en sodio son frutas y las verduras”
Potasio	Regula el balance de agua en el organismo y participa en la contracción del músculo cardíaco.	Frutas, plátano, verdura fresca, legumbres y frutos secos.
Calcio	Forma parte de huesos, tejido conjuntivo y músculos.	Productos lácteos, frutos secos, cereales, verduras, pescado, huevo y carne.
Fósforo	Forma parte de los huesos En unión con los lípidos (fosfolípidos) forman parte de las membranas celulares y del tejido nervioso.	Productos lácteos, frutos secos, cereales, verduras, pescado, huevo y carne.
Magnesio	Transmisión de los impulsos nerviosos. Aumenta la secreción de bilis (favorece una buena digestión de las grasas y la eliminación de residuos tóxicos).	Cacao, chocolate, soya, frutos secos, avena, maíz y verduras.
Cloro	Favorece el equilibrio ácido-base en el organismo y ayuda al hígado en su función de eliminación de tóxicos.	Sal común, algas, aceitunas, agua.
Azufre	Presente en todas las células, especialmente en la piel, uñas, cabellos y cartílagos. Forma parte de hormonas (insulina) y vitaminas.	Legumbres, col, cebolla, ajo, espárragos, puerro, pescado y yema de huevo.

Fuente: PANPLONA, R. El poder medicinal de los alimentos, 2003

Elaboración: Byron Albuja E.

Tabla N. 3 Función y fuente de microelementos

Microelemento	Función	Fuente
Hierro	Necesario para la producción de hemoglobina. Su déficit produce Anemia.	Carnes, hígado, yema de huevo, verdura verde, cereales integrales, frutos secos y levaduras.
Flúor	Previene la caries dental y fortifica los huesos.	Agua, té, pescado, col y espinacas.
Yodo	Indispensable para el buen funcionamiento de la glándula tiroides. Favorece el crecimiento y la agilidad mental. Su déficit da lugar al Bocio	Sal yodada, pescado, mariscos, algas y vegetales.
Manganeso	Intervienen en la síntesis de grasas y participa en el aprovechamiento de las vitaminas C y B1	Pescado, mariscos, cereales integrales y legumbres.
Cobalto	Contribuye en la formación de los glóbulos rojos, ya que forma parte de la vitamina B12	Carne, pescado, lácteos, remolacha, cebolla, lenteja e higo.

Cobre	Es necesario para convertir el hierro en hemoglobina y para asimilar correctamente los alimentos y la vitamina C.	Cacao, chocolate, cereales integrales, legumbres y pimienta.
Zinc	Aumenta las defensas (producción de linfocitos), facilita el crecimiento (síntesis de proteínas) e interviene en la formación de insulina.	Crustáceos, levadura de cerveza, germen de trigo, huevos, leche, hígado, carne, espinaca, lenteja, fréjol, cereales y legumbres.

Tabla N.4 Función y fuente de oligoelementos

Oligoelemento	Función	Fuente
Silicio	Indispensable para la asimilación del calcio, la formación de nuevas células y en la nutrición de los tejidos.	Agua y alimentos vegetales en general.
Níquel	Necesario para el buen funcionamiento del páncreas.	Legumbres, cereales integrales, espinacas y perejil.
Cromo	Participa en el transporte de proteínas y mejora la diabetes.	Grasa y aceites vegetales, levadura de cerveza, cebolla, lechuga, papas y berros
Litio	Fundamental para la regulación del sistema nervioso central	Vegetales, papas, crustáceos y pescados.
Molibdeno	Ayuda a prevenir la anemia y la caries.	Germen de trigo, legumbres, cereales integrales y vegetales de hojas verde oscura.
Selenio	Antioxidante, previene el envejecimiento de tejidos y de ciertos tipos de cáncer. También se utiliza para el tratamiento de la caspa y alivia los sofocos y el malestar de la menopausia.	Germen y salvado de trigo, cebollas, ajo, tomate, brócoli y levadura de cerveza.

Fuente: PANPLONA, R. El poder medicinal de los alimentos, 2003
Elaboración: Byron Albuja E.

Consideraciones importantes sobre los minerales

Calcio

Para que el calcio sea utilizado adecuadamente por el organismo, se recomienda la exposición de las personas al sol para adquirir una concentración adecuada de vitamina D.

Hierro

En caso de consumir alimentos ricos en hierro o suplementos de hierro en forma de gotas o jarabes debe hacerlo con vitamina C (jugo de naranja o limón) para favorecer su absorción. La leche por el contrario disminuye su absorción.

1.7 Agua

¿Cuál es la función del agua en nuestro cuerpo?

El agua es el principal componente de los seres vivos, transporta oxígeno y nutrientes a los tejidos, se encarga de retirar residuos y productos de desecho, y permite el control de la temperatura a través del sudor.

¿Por qué es importante tomar agua?

Consumir una cantidad suficiente de agua cada día permite una adecuada digestión, hidratación, funcionamiento de las células y eliminación de residuos.

¿Qué cantidad de agua debe tomar cada día?

Un adulto necesita aproximadamente tres litros de agua al día como mínimo, de éstos la mitad los obtenemos de los alimentos y la otra mitad debemos conseguirlos bebiendo. En determinadas situaciones las necesidades de agua aumentan (clima cálido, deportistas o fiebre). La necesidad de agua en los niños varía de acuerdo a la edad, aproximadamente al año necesitan 1 litro y un cuarto, a los 6 años 2 litros y a los 12 años 3 litros.

1.8 Preguntas frecuentes

Antioxidantes

¿Qué son los antioxidantes?

Los antioxidantes son un grupo de vitaminas, minerales, enzimas y otros compuestos vegetales, que bloquean el efecto perjudicial de sustancias tóxicas para el organismo. Vitaminas (C, E, A), minerales (zinc, selenio y cobre) y componentes de las proteínas (cisteína) son los antioxidantes más importantes.

¿Por qué es importante el consumo de alimentos que contienen antioxidantes?

Porque los antioxidantes reducen el riesgo de enfermedades del corazón, disminuyen el riesgo de varios tipos de cáncer, depuran el cuerpo de sustancias tóxicas (tabaco y alcohol), previenen enfermedades de los ojos (cataratas), entre otros beneficios. La mayoría de los antioxidantes se encuentra en alimentos vegetales, frutas, legumbres, verduras y hortalizas o cereales integrales.

Probióticos

Los probióticos son microorganismos vivos que impiden el desarrollo de bacterias que causan enfermedad. Los probióticos se encuentran en lácteos como el yogurt.

Prebióticos

Son ingredientes alimenticios que facilitan el desarrollo de la flora intestinal (bacterias que habitan en el intestino sin producir enfermedad). Los alimentos ricos en fibra funcional o prebióticos son: trigo, ajo, espárragos, remolacha, cebolla, puerro y alcachofa.

1.9 Clasificación de los alimentos

El estado nutricional de un individuo depende de una alimentación adecuada en cantidad y calidad. Para cumplir con este objetivo es necesario conocer los distintos grupos de alimentos. Los alimentos se clasifican en grupos de acuerdo al tipo de nutrientes que contienen.

Tabla N. 5 Clasificación de los alimentos

<p>Grupo 1 Cereales, legumbres y tubérculos</p> <p>Alimentos ricos en hidratos de carbono (almidón), proteínas y vitaminas. A este grupo pertenecen: lenteja, fréjol, habas, soya y garbanzo, papas, yuca, mellocos, entre otros.</p>	<p>Grupo 5 Frutas</p> <p>Alimentos que aportan un alto contenido de vitaminas, minerales y azúcares simples (fructosa). A este grupo pertenecen: manzana, durazno, pera, uvas, papaya, melón, sandía, plátano, etc.</p>
<p>Grupo 2 Leche y sus derivados</p> <p>Alimentos que aportan: calcio, fósforo, proteínas de alto valor biológico, hidratos de carbono, grasas y vitaminas. A este grupo pertenecen: leche, yogurt y queso</p>	<p>Grupo 6 Aceites y grasas</p> <p>Alimentos que tiene un elevado valor energético. Grasa de origen animal (manteca, nata, mantequilla). Grasa de origen vegetal (aceites de oliva, girasol, soya), frutos secos (almendras, nueces, maní).</p>
<p>Grupo 3 Carne, pollo, pescado y huevo</p> <p>Contienen proteínas de alto nivel biológico, grasas, vitaminas y minerales.</p>	<p>Grupo 7 Azúcares y dulces</p> <p>Ricos en hidratos de carbono simples. Pertenecen a este grupo: azúcar común, miel, mermeladas, caramelos, bombones y productos de pastelería en general</p>
<p>Grupo 4 Verduras y hortalizas</p> <p>Alimentos ricos en fibra, vitaminas y minerales. A este grupo pertenecen: zanahoria, acelga, berro, lechuga, espinaca, col, berenjena, pepinillo, rábanos, tomate, remolacha, entre otros.</p>	<p>Todos los grupos de alimentos son importantes, es necesario consumir una mezcla adecuada de éstos para obtener una dieta saludable.</p>

Fuente: Fuente: Quiñonez E., Donoso F., Ugazzi M. Manual de Nutrición Infantil. 2005 Elaborado: Byron Albuja

1.10 Rueda de los alimentos

La rueda de alimentos es una herramienta que le ayudará a entender la cantidad de alimentos que debe consumir.

Gráfico N.1 Rueda de los alimentos

La nueva Rueda de los Alimentos

SEDCA' 2005



Descripción

La rueda está compuesta por los diferentes grupos de alimentos:

- **En la parte verde,** se encuentran hortalizas, verduras y frutas.
- **En la parte amarilla,** se encuentran cereales y derivados (pan, fideo, harinas, etc.) tubérculos (papa, yuca, mellocos, camote, ocas) y grasas (vegetales y animales).
- **En la parte roja,** se encuentran carne, pollo, pescado, hígado, huevos, productos lácteos (leche y derivados), legumbres (fréjol, lenteja, arvejas, garbanzo, chocho, haba) y frutos secos.

¿Cómo interpretar la rueda de los alimentos?

- La rueda indica las cantidades de alimentos de cada grupo, que debe consumir. Entre más grande es la superficie ocupada por un grupo de alimentos, mayor será la cantidad que debe consumir. Claramente, la rueda sugiere comer más verduras y frutas (parte verde), que de los otros grupos.
- Adicionalmente, dentro de cada grupo se indica que los alimentos dibujados más grandes son los más aconsejables. Ejemplo en la parte amarilla el pan y fideos (dibujo más grande) es mejor alimento que los pasteles o donas (dibujo más pequeño).
- El centro indica la necesidad de ingerir agua y hacer ejercicio físico.

1.11 Tipos de alimentación

Alimentación saludable

¿En qué consiste una alimentación saludable?

Para tener una dieta saludable debe comer algo de las cinco clases de nutrientes (hidratos de carbono, proteínas, grasas, vitaminas y minerales) en cada comida. Ninguno de los cinco nutrientes es mejor que los otros, lo importante es comer una mezcla de alimentos que contengan los nutrientes necesarios. Ejemplos:

- Pan, leche, huevo y jugo de naranjilla.
- Sopa de coliflor con vainita, papas, zanahoria y pollo.
- Arroz con carne, ensalada de lechuga con tomate y jugo de piña.
- Arroz con menestra de fréjol, ensalada de pepinillo con aguacate y trozos de frutas.

Mala alimentación

¿En qué consiste la mala alimentación?

Una mala alimentación está en relación a la inadecuada mezcla de alimentos o al consumo excesivo de los mismos. Ejemplos:

- **Comidas ricas en hidratos de carbono**
 - Arroz con fideos y yuca.
 - Fideos con arroz, papas y salsa de tomate.
 - Pan con dulce de guayaba y gaseosa.
- **Comidas ricas en hidratos de carbono y grasas**
 - Arroz, papas y huevo frito, mayonesa, salsa de tomate y gaseosa.
 - Carne, salchicha, papas fritas y gaseosa.
- **Comidas ricas en proteínas y grasas**
 - Parrillada: carne de res, chuleta de cerdo, salchicha, pollo, papas fritas y gaseosa.

¿Cuáles son las consecuencias de una mala alimentación?

Una mala alimentación puede conducir a desnutrición, obesidad, carencia de vitaminas y minerales, hipertensión arterial, diabetes, aterosclerosis, trombosis cerebral, infartos cardíacos y muerte.

1.12 Contenido calórico de los alimentos ecuatorianos

La tabla N. 6 muestra el cálculo de calorías (Kcal) por 100 gramos de porción comestible de diversos alimentos en crudo.

Tabla N.6 VALOR ENERGETICO (CALORIAS) EN 100 GRAMOS

CEREALES Y DERIVADOS	CALORÍAS	HUEVOS	CALORÍAS
Arroz blanco	364	Clara	48
Arroz integral	350	Huevo entero gallina	158
Avena	367	Huevo, hervido "duro"	147
Canguil	355	Yema	320
Arroz de cebada	344		
		PASTELERÍA	CALORÍAS
Harina de maíz	369	Bizcocho	456
Harina de trigo, integral	340	Aplanchados	431
Harina de haba	357	Galletas de mantequilla	397
Harina de morocho	363	Galletas saladas	464
Pan de centeno	241	Moncaibas	463
Pan de trigo blanco	255	Pastel de manzana	311
Pan de trigo integral	239	Arepas de maíz	253
Sémola de trigo	368	Pan de dulce	296
LEGUMBRES	CALORÍAS	AZÚCARES Y DULCES	CALORÍAS
Garbanzos	356	Azúcar	380
Arvejas, secas	334	Cacao en polvo	366
Habas, secas	343	Helado	139
Fréjol, seco	330	Mermeladas	280
Lentejas	336	Mermeladas, sin azúcar	145
Chocho cocinado	136	Miel de abeja	233
Soya seca	356	Arrope de mora	250
VERDURAS Y HORTALIZAS	CALORÍAS	Panela	348
Acelgas	33	FRUTAS	CALORÍAS
Ajos	121	Moras	37
Achogcha	18	Naranja	44
Apio	20	Papaya	45
Berro	21	Peras	61
Brócoli	44	Pina	51
Berenjena	27	Plátano	90
Zapallo	31	Sandía	30
Cebolla larga	44	Uva	81
Cebolla paiteña	45	Fresas	36
Col	25	Higos	80
Col de Bruselas	36	Kiwi	51
Coliflor	30	Limón	39
Champiñón	28	Mandarina	40
Col morada	30	Mango	57
Culantro	40	Manzana	52
Espinacas	32	Durazno	52
		Melón	31
Arvejas	92	Babaco	23

Habas tiernas	64	Capulí	84
Fréjol tierno	39	Claudia amarilla	51
Lechuga	18	coco	328
Nabos	29	Chirimoya	95
Perejil	55	Guaba	54
Pimiento	2	Mortiño	75
Perejil	55	Taxo	36
Tomate riñón	22	Tomate de árbol	48
Zanahoria amarilla	42	Toronja	26
Vainita	33	Uvilla	72
Zambo	24	Tuna blanca	69
LÁCTEOS Y DERIVADOS	CALORÍAS	FRUTOS SECOS	CALORÍAS
Leche entera	68	Avellanas	675
Leche semidescremada	49	Maní	637
Leche descremada	36	Castaña	199
Leche en polvo	373	Nueces	660
Nata y crema de leche	298	Pistacho	581
Yogur desnatado	45	PESCADOS Y MARISCOS	CALORÍAS
Yogur natural	62	Corvina	76
Yogur con fruta	100	Pescado picudo	142
Queso de mesa	230	Langosta	111
Queso de comida	219	Concha	70
Quesillo	268	Bacalao seco	322
Cuajada	92	Cangrejo	85
Helados con leche	167	Caracoles terrestres	45
Flan de vainilla	102	Camarones	73
		Almeja	50
		Anchoas	175
		Atún	225
		Atún en lata	245
CARNES Y EMBUTIDOS	CALORÍAS	SNACKS	CALORÍAS
Carne de borrego	205	Barra de chocolate	441
Carne de Res	170	Maíz, canguil	592
Patas de res	133	Papas fritas	544
Cerdo, chuleta	330	Pipas de girasol	535
Cerdo, hígado	153	ACEITES Y GRASAS	CALORÍAS
Cerdo, lomo	208	Aceite de maní	900
Conejo	162	Aceite de girasol	900
Cordero, costillas	215	Aceite de maíz	9000
Chorizo	468	Aceite de oliva	900
Paté	518	Aceite de soya	900
Gallina	369	Manteca	670
Mortadela	265	Mantequilla	752
Jamón	289	Margarina vegetal	752
Pato	200		
Pavo	223		
Carne de pollo	250		
PRECOCINADOS	CALORÍAS	SALSAS Y CONDIMENTOS	CALORÍAS
Canelones	127	Salsa de tomate	98
Empanadilla de atún	243	Mayonesa	718

Pescado empanado	178	Mostaza	15
Canelones	127	Pasta de tomate	86
Empanadilla de atún	243	Cubito de caldo	259
Pescado empanado	178		
Lasaña	147		
Buñuelos	123		

Fuente: Tabla de composición de alimentos Ecuatorianos INNE 1965.

Bibliografía

1. Aggett P, Agostoni C. Nondigestible carbohydrates in the diets of infants and young children; a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2003; 36(3): 329-37.
2. Almarza A, Marín J. Alimentación del lactante sano. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría. Barcelona 2002. Pp. 311-319.
3. Ballabriga A, Carrascosa A. Alimentación Complementaria y Periodo del Destete. Nutrición de la Infancia y Adolescencia. 2ª ed. Ergón SA, Madrid, 2001.
4. Ballabriga A, Carrascosa A. Nutrición en la edad preescolar y escolar. Nutrición en la infancia y adolescencia. 2ª ed. Madrid, Ediciones Ergon, 2001. Pp. 425-447.
5. Bueno M, Sarría A. Nutrición en Pediatría. Editorial Ergón. Madrid, 2003.
6. Correa J. Department of Agriculture, U.S. Department of Health and Human Services. Dietary guidelines for Americans, 5th ed. Home and garden bulletin, No 232. Washington, DC: USDA, 2000.
7. Costalos C, Kapiri A. The effect of prebiotic supplemented formula on growth stool microbiology of term infants. *Early Hum Dev.* 2008; 84 (1):45-9.
8. Dadán S. Fibra un nutriente de gran impacto. *Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Artículo Científico Volumen 3.* Santiago de Chile, 2008.
9. Food and Agriculture Organization of the United Nations, World Health Organization. Human vitamin and mineral requirements. Report of a joint FAO/WHO expert consultation. Rome: FAO, 2001.
10. Food And Nutrition Board, National Academy Of Sciences. Dietary Reference Intakes for Vitamin E, Vitamin C, Selenium, and Carotenoids. The National Academy Washintong, 2000.
11. Goran MI. Measurement issues related to studies of childhood obesity: assessment of body composition, body fat distribution, physical activity and food intake. *Pediatrics* 1998; 101: 505-518.
12. Guías de alimentación para la población chilena. Ministerio de Salud. Santiago-Chile, 1997.
13. Informe Anual FIDA. Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola, 1998.
14. Nutrición del lactante y niño pequeño. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y niño pequeño. Organización Mundial de la Salud OMS. 55ª Asamblea Mundial de la Salud, 2002.
15. Panplona R. El poder medicinal de los alimentos. Editorial Safeliz S.I. Buenos Aires, 2003.
16. Quiñones E, Donoso F, Ugazzi M. Manual de Nutrición Infantil. Mead Johnson. Quito, 2005.
17. Serra L, Aranceta J. Desayuno y equilibrio alimentario. Estudio enkid. Barcelona, Masson, 2000.
18. Tabla de composición de alimentos Ecuatorianos INNE 1965
19. Vioque J. Encuesta de Nutrición y Salud de Orihuela, España 2000.
20. William J, Earl B. Dawson Nutrición Materna; Maurice E. Shiils; Nutrición en la Salud y Enfermedad. Editorial Mc Graw Hill. 2000; 1: 933 - 961.
21. Worthington BS. Nutrición durante el embarazo y la lactancia. Editorial Interamericana Mc. Graw-Hill. México, 2001.

Capítulo 2

Salud, normas de higiene y adecuada manipulación de los alimentos

Capítulo 2

Salud, normas de higiene y adecuada manipulación de los alimentos

Para mantener saludables a todos los miembros de la familia no es suficiente con tener una dieta balanceada, también es necesario cumplir con normas básicas de higiene en la preparación y conservación de los alimentos.

¿Qué relación tiene la higiene con la nutrición del niño?

El consumo de agua y alimentos contaminados debido a la falta de higiene en la manipulación de alimentos, es causa de múltiples enfermedades como: diarrea, cólera, tifoidea, hepatitis e intoxicación alimentaria. Un niño enfermo no quiere comer, no asimila los alimentos y utiliza sus reservas energéticas; lo que ocasiona desnutrición.

2.1 Normas básicas de higiene

Las normas básicas de higiene están relacionadas al aseo personal: “baño diario” y “lavado de manos”. Cumplir responsablemente con estas sencillas normas es el fundamento para prevenir todas las infecciones.

¿Por qué es importante lavarse las manos?

Lavarse las manos correctamente detiene la proliferación de gérmenes causantes de enfermedades digestivas (diarrea, vómito, parasitosis, tifoidea, hepatitis), respiratorias (gripe y neumonía) y de la piel (infecciones).

¿Cuándo lavarse las manos?

- Antes, durante y después de manipular alimentos crudos o cocidos.
- Antes y después de comer.
- Antes y después de hacer uso del baño.
- Después de cambiar un pañal.
- Después de manipular basura.
- Después de haber utilizado insecticidas, desinfectantes, etc.
- Después de haber estado en contacto con animales o insectos.
- Antes y después de trabajar, y cada vez que se interrumpa el trabajo por algún motivo.
- Después de manipular dinero.

- Antes y después de hacer la tarea.
- Después de jugar.
- Después de utilizar el pañuelo para toser, estornudar o limpiarse la nariz.
- Con mayor frecuencia cuando alguien está enfermo.
- Cuando ensucie sus manos por cualquier motivo.

¿Cómo lavarse correctamente las manos?

Gráfico N.2 Pasos para un correcto lavado de manos

Pasos a seguir para un correcto lavado de manos

1

Moje sus manos con agua y aplique jabón. Frótese una mano con la otra durante 30 segundos.



2

Frótese las palmas.



3

Lávese las muñecas.



4

Frote entre los dedos.



5

Debajo de las uñas.



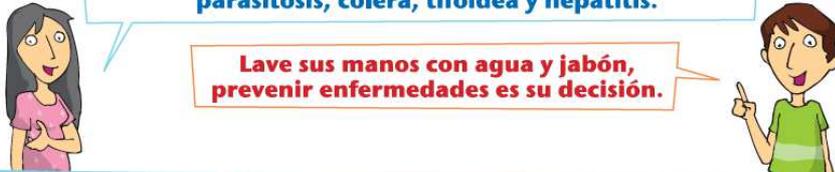
6

Enjuague con abundante agua.



El lavado de manos previene enfermedades diarreicas, parasitosis, cólera, tifoidea y hepatitis.

Lave sus manos con agua y jabón, prevenir enfermedades es su decisión.



Fuente: Afiche - OPS/OMS, Comisión Europea de Ayuda Humanitaria.

2.2 Salud de quien manipula los alimentos

¿En qué casos una persona no debe preparar los alimentos?

Una persona no debe preparar alimentos en los siguientes casos:

- Si presenta alguna lesión o corte en las manos.
- Si presenta secreciones por nariz, oídos, ojos, etc.
- Si presenta náusea, vómito, diarrea o fiebre.
- Si presenta signos o síntomas de cualquier enfermedad (mareo, dolor de cabeza o de abdomen, decaimiento, palidez, etc.).

Las personas que preparan alimentos deben evitar el contacto con enfermos para prevenir su contagio y deben realizarse controles médicos periódicos.

2.3 Higiene al comprar los alimentos

¿Qué normas de higiene debe cumplir a la hora de comprar alimentos?

- Observe que el alimento se encuentre en buen estado y que esté en un lugar limpio.
- Verifique que los alimentos tengan olor, color y textura normal.
- Si compra alimentos enlatados, observe que la lata no esté abierta, golpeada, con alteraciones en la etiqueta o sin ella.
- Observe siempre las fechas de elaboración y caducidad en los envases de los alimentos (latas, frascos, botellas, cajas, bolsas, etc.).
- Compre la cantidad de alimentos que va a utilizar o la que puede guardar sin que se dañen.

2.4 Almacenamiento de los alimentos

Trate de preparar la cantidad de alimentos que va a consumir cada día para no tener que guardarlos ya preparados. Si sobra comida, guárdela en recipientes limpios con tapa y siempre en el refrigerador.

Los alimentos que no necesitan refrigeración deben ser almacenados en lugares limpios, secos y ventilados; protegidos de la luz solar y la humedad, para evitar la reproducción de bacterias y hongos.

¿Cómo almacenar alimentos que no necesitan refrigeración?

- Guarde las frutas y verduras en un sitio limpio, fresco y libre de insectos.
- Almacene arroz, azúcar, sal, fideo, harina, lenteja, granos secos en envases cerrados.
- Los alimentos deben colocarse en estanterías de fácil acceso a la limpieza, nunca en el suelo ni en contacto con las paredes.
- No sobrepase la capacidad de almacenamiento de las estanterías.
- No barra en seco (en ninguna instalación donde se conserven y/o manipulen alimentos).

¿Cómo almacenar alimentos que necesitan refrigeración?

- Los alimentos que por sus características sean favorables al crecimiento bacteriano (leche, yogurt, queso, carnes, vegetales) hay que conservarlos en el refrigerador.
- Si piensa conservar carne, granos u otros alimentos por mucho tiempo, almacénelos en el congelador.
- Algunos alimentos como: leche, yogur, carne y embutidos se dañan si se intenta conservarlos por mucho tiempo. Verifique la fecha de caducidad y el estado de conservación si el producto ha permanecido mucho tiempo en el refrigerador.
- Separe los alimentos crudos de los cocidos; si esto no se puede evitar, aíseles con bolsas apropiadas o recipientes de plástico o vidrio.

2.5 Higiene de la cocina

¿Qué normas de higiene debe cumplir la cocina?

- Mantenga siempre limpio el ambiente de la cocina, evite malos olores y la acumulación de moscas.
- Lave bien los utensilios después de utilizarlos y manténgalos en un lugar adecuado, no a ras de piso ni cerca de desechos.
- Cubra la superficie de la mesa con un mantel y manténgalo limpio.
- Los alimentos que están sobre la mesa como el pan, deben estar cubiertos para evitar el contacto con moscas.
- Cubra los basureros con fundas plásticas y recolecte la basura en ellas, para una mejor manipulación.
- Verifique que los basureros tengan tapa y que estén siempre cerrados.
- Separe los desechos alimentarios (orgánicos) de los desechos plásticos, latas, papel o cualquier elemento inorgánico (los desechos orgánicos pueden ser utilizados como abono).

- Desinfecte pisos, paredes, ventanas, mesas y sillas frecuentemente.
- Mantenga los animales domésticos lejos del área de la cocina.

2.6 Preparación de alimentos

¿Cómo preparar higiénicamente los alimentos?

- Lávese las manos antes, durante y después de cocinar.
- Utilice una gorra o redcilla en la cabeza (imprescindible para impedir que suciedades del cabello contaminen los alimentos).
- Utilice guantes descartables en las manos.
- No estornude, ni tosa sobre los alimentos (cúbrase la boca con una mascarilla).
- Absténgase de fumar, comer, probar los alimentos con el dedo o masticar chicle durante la preparación de los mismos.
- Utilice una cuchara limpia al probar la comida, no la reutilice sin lavarla antes.
- Los utensilios utilizados para la preparación y servido de la comida deben estar siempre limpios. Lávelos con detergente correctamente diluido y agua caliente, verifique que no queden con restos de comida.
- Al preparar los alimentos respete la cadena de frío (cambie los alimentos del congelador al refrigerador, del refrigerador al ambiente y del ambiente a cocción).
- Cocine los alimentos a altas temperaturas para asegurar que los microorganismos no se reproduzcan. Evite la contaminación cruzada.

2.7 Contaminación cruzada

¿Qué es la contaminación cruzada?

Es la contaminación entre alimentos, se produce por contacto de alimentos crudos con alimentos cocidos mediante las manos de quien cocina (falla en el lavado de manos) o por la utilización de la misma olla o utensilios de cocina sin previa limpieza.

¿Cómo evitar la contaminación cruzada?

- Lávese las manos antes, durante y después de manipular alimentos.
- Verifique que ollas, sartenes, etc. estén limpios antes de cocinar.
- Lave con agua potable y detergente todas las superficies (ollas, sartenes, envases, etc.) después de cocinar (ej. papas, carne, fréjol) o después de que hayan estado en contacto con los alimentos crudos (ej. frutas y verduras).

- De preferencia los elementos como tablas de picar deben ser diferentes para alimentos crudos y cocidos, si esto no es posible lávelos correctamente.
- Limpie con abundante agua caliente y detergente los utensilios después de haberlos utilizado.
- Separe los alimentos crudos de los cocidos; si esto no se puede evitar, aíseles con bolsas apropiadas o recipientes de plástico o vidrio.
- No reutilice envases desechables para conservar alimentos.

2.8 Trucos para cocinar saludable

Use agua potable hervida para beber, cocinar y lavar los alimentos.

¿Cómo obtener agua potable?

Para obtener agua potable se recomienda desinfectarla diluyendo 2 gotas de cloro por cada litro de agua (dejándola reposar 30 minutos) y luego hacerla hervir (dejarla en ebullición por 5 minutos mínimo). Guarde el agua en un envase limpio con la tapa cerrada. Mantenga el envase lejos de tachos de basura, insectos y animales domésticos.

¿Cómo obtener alimentos saludables?

- Lávese las manos antes, durante y después de manipular alimentos.
- Lave las frutas y verduras con abundante agua potable.
- Para la lechuga y otros vegetales es recomendable meterlos y lavarlos en un recipiente con agua. Puede añadir un poco de vinagre.
- Después de lavar frutas y verduras, puede desinfectarlos con un bactericida natural no tóxico (extracto de toronja). Añada 1 cucharada del extracto de toronja por cada litro de agua y sumerja frutas, verduras, mariscos, pescado, etc. por 5 minutos (el extracto de toronja puede conseguirlo en supermercados, tiendas y farmacias).
- Cocine completamente alimentos como carne, pollo, huevo y pescado.
- Hierva y deje en ebullición por 5 minutos mínimo, sopas y guisos.
- Evite recalentar la comida. Si va a usar restos de comida debe recalentarla totalmente a temperatura alta.

Bibliografía

1. Almarza A, Marín J. Alimentación del lactante sano. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría. Barcelona 2002. Pp. 311-319.
2. Ballabriga A, Carrascosa A. Nutrición en la edad preescolar y escolar. Nutrición en la infancia y adolescencia. 2ª ed. Madrid, Ediciones Ergon, 2001. Pp. 425-447.
3. Bueno M, Sarría A. Nutrición en Pediatría. Editorial Ergón. Madrid, 2003.
4. Correa J. Department of Agriculture, U.S. Department of Health and Human Services. Dietary guidelines for Americans, 5th ed. Home and garden bulletin, No 232. Washington, DC: USDA, 2000.
5. Guías de alimentación para la población chilena. Ministerio de Salud. Santiago-Chile, 1997.
6. Informe Anual FIDA. Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola, 1998.
7. Nutrición del lactante y niño pequeño. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y niño pequeño. Organización Mundial de la Salud OMS. 55ª Asamblea Mundial de la Salud, 2002.
8. Panplona R. El poder medicinal de los alimentos. Editorial Safeliz S.I. Buenos Aires, 2003.
9. Quiñones E, Donoso F, Ugazzi M. Manual de Nutrición Infantil. Mead Johnson. Quito, 2005.
10. William J, Earl B. Dawson Nutrición Materna; Maurice E. Shiils; Nutrición en la Salud y Enfermedad. Editorial Mc Graw Hill. 2000; 1: 933 - 961.
11. Worthington BS. Nutrición durante el embarazo y la lactancia. Editorial Interamericana Mc. Graw-Hill. México, 2001.

Capítulo 3

Estilos de vida saludable en el embarazo

Capítulo 3

Estilos de vida saludable en el embarazo

3.1 Alimentación en el embarazo

¿Por qué debe tener una buena alimentación antes y durante el embarazo?

La alimentación saludable antes del embarazo se relaciona a un embarazo sin complicaciones. Mientras que la adecuada alimentación durante el embarazo garantiza la salud tanto de la madre como del bebé. ***¡El mejor momento para alimentarse con una dieta saludable es antes de quedarse embarazada!***

¿Cuál es la importancia de la alimentación en el embarazo?

La alimentación saludable en el embarazo permite:

- Satisfacer las necesidades nutricionales de la madre.
- El crecimiento del bebé en el vientre materno.
- Preparar el cuerpo de la madre para el parto.
- Mejorar la recuperación del posparto.
- Asegurar las reservas de leche para la lactancia.

¿Cuántos kilogramos deben ganar las madres durante el embarazo?

Durante el embarazo la madre debe aumentar su peso entre 9 y 13 kilogramos (1 kilogramo equivale a 2.2 libras). Esto depende del estado nutricional de cada madre; una madre con desnutrición deberá ganar más peso en relación a una madre con estado nutricional normal.

¿Para que el feto tenga un crecimiento favorable, la madre necesita comer el doble?

Olvide el concepto de que la embarazada debe comer el doble. Si la madre se alimenta excesivamente y los alimentos no son de buena calidad; habrá riesgo de obesidad y otras enfermedades.

¿Cuántas veces al día debe comer durante el embarazo?

Es importante tener al menos 5 a 6 comidas al día: desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde, merienda y antes de dormir. Resulta más fácil comer varios bocadillos o comidas en cantidades pequeñas a lo largo del día, que comer abundantemente tres veces por día. Esto también le ayudará a evitar las náuseas y la acidez de estómago.

¿Cómo lograr una alimentación saludable durante el embarazo?

Planifique las comidas por adelantado. En general se recomienda:

- Aumentar el consumo de frutas, verduras, pan integral, arroz, fideo, legumbres y alimentos ricos en proteínas como pollo y pescado.
- Tomar entre medio y un litro de leche al día, preferiblemente desnatada o su equivalente en yogur o queso fresco.
- Disminuir el consumo de alimentos con excesiva cantidad de grasa de origen animal, como: tocino, mantequilla, embutidos, etc.
- Reducir el consumo de los alimentos con mucho azúcar, como pasteles, dulces, caramelos, chocolate, etc. No consumir bebidas gaseosas y energizantes.

¿Se necesitan nutrientes extras durante el embarazo?

Todas las embarazadas necesitan hierro y ácido fólico extra. ***¡Estos micronutrientes son entregados de forma gratuita en todos los centros de salud del Ecuador!***

La administración de hierro previene la anemia en la madre y garantiza una oxigenación adecuada al feto. El ácido fólico interviene en el desarrollo del cerebro y previene malformaciones del sistema nervioso.

¿Por qué debe aumentar el consumo de leche y sus derivados?

El aumento del consumo de leche y sus derivados aportan con la cantidad de calcio necesario para la madre y el bebe. El calcio es esencial para la formación ósea del bebé y para fortalecer los huesos de la madre.

¿Por qué es importante el consumo de agua y líquidos durante el embarazo?

El embarazo exige un mayor aporte de agua. Una adecuada ingesta de líquidos facilita la eliminación de toxinas y depuración del organismo. Además, la hidratación evita molestias frecuentes para la embarazada como: boca seca, mal sabor de boca, mal aliento y estreñimiento.

¿Qué bebidas debe consumir?

La bebida ideal es el agua. También existen otras opciones saludables como: aguas aromáticas, zumos y licuados de fruta, sopa de hortalizas, entre otros.

¿Por qué debe limitar la sal y los alimentos salados?

El exceso de sal favorece la retención de líquidos, acentúa el cansancio, aumenta el riesgo de hipertensión y preeclampsia.

¿Se puede hacer dieta para adelgazar durante el embarazo?

El embarazo no es un buen momento para realizar una dieta de adelgazamiento; se puede provocar enfermedades a la madre y limitar el crecimiento del bebé.

¿Qué sustancias debe evitar antes y durante el embarazo?

Alimentarse saludablemente también significa evitar productos que pueden ser dañinos como: cigarrillo, alcohol y drogas. Estas sustancias pueden provocar abortos, malformaciones congénitas y enfermedades graves que ponen en riesgo la vida de la madre y el bebé.

¿Cuáles son las consecuencias de una mala alimentación durante el embarazo?

La mala alimentación antes y durante el embarazo puede poner en riesgo la salud de la madre y el recién nacido.

- La madre puede presentar: sobrepeso, obesidad, diabetes, trastornos en la presión arterial (preeclampsia, eclampsia) y puede poner en peligro su vida.
- El recién nacido puede presentar: alteraciones en el peso (bajo peso o peso elevado al nacer) y mayor riesgo de enfermedades.

3.2 Molestias digestivas del embarazo

¿Cómo evitar y superar las molestias digestivas del embarazo?

Náusea y vómito

El 50 a 80% de las mujeres embarazadas experimentan náuseas y vómitos que suelen presentarse a los pocos días de identificarse el retraso menstrual y que persisten durante el primer trimestre del embarazo. Esta condición está fuertemente ligada a cambios hormonales y no tiene causas bien conocidas.

Recomendaciones para superar la náusea y vómito:

- Consuma alimentos variados, en porciones pequeñas y varias veces al día.
- Los alimentos espesos como purés, arroz, galletas con yogurt, etc. son mejor tolerados.

- El consumo de líquidos fríos en pequeños sorbos y frecuentes, hidratan y disminuyen el reflejo que provoca la náusea.
- Los helados de frutas naturales son una buena fuente de líquido y disminuyen el vómito.

¡Si los vómitos son intensos y frecuentes acuda al médico inmediatamente para evitar la deshidratación y asegurar que el embarazo progrese con normalidad!

Falta de apetito

En ocasiones se presenta decaimiento, falta de vitalidad y pérdida del apetito. Si esto le sucede puede intentar:

- Consumir alimentos fáciles de digerir como cremas o purés.
- Consumir alimentos que sean de su agrado.
- Comer alimentos en porciones pequeñas, pero que contengan un alto contenido nutricional (adicione a su comida: queso, leche, aceite de oliva, pollo, pescado o carne, de acuerdo a su gusto y a lo que se va a servir).

Acidez y mala digestión

Estos síntomas suelen aparecer en el tercer trimestre. Recomendaciones:

- Realice una dieta fraccionada (distribuya la alimentación en 6 o más comidas al día).
- Evite alimentos que sabe que no le caen bien.
- Coma despacio y mastique bien.
- Ingiera muchos líquidos, incluso fuera de las comidas.
- Camine y evite acostarse después de comer.

Estreñimiento

Para aliviar o prevenir esta molestia debe tomar muchos líquidos (6 vasos de agua al día) y comer alimentos ricos en fibra: hortalizas y verduras, frutas con cáscara (manzana, pera), frutas frescas (papaya, melón, sandía), frutos secos (ciruela pasa), cereales integrales (arroz y pan integral) y yogur.

3.3 Control Prenatal

Acudir al médico regularmente durante el embarazo permitirá identificar riesgos y enfermedades en la madre y evitará problemas en la salud del recién nacido.

¿Cada cuanto tiempo deben las madres embarazadas acudir al médico?

El primer control debe realizarse de forma **temprana** (inmediatamente después de conocer que está embarazada). Los controles siguientes deben ser **periódicos y regulares**; si el embarazo transcurre sin complicaciones los controles deben ser:

- Cada 30 días hasta completar 32 semanas (8 meses) de embarazo.
- Cada 15 días hasta completar 36 semanas de embarazo.
- Cada 7 días a partir de las 37 semanas de embarazo hasta su terminación.

¡Acuda oportunamente al Centro de Salud más cercano para realizarse los controles prenatales!

¿A más de los controles prenatales normales, cuándo deben las embarazadas acudir al médico? Si presenta alguno de los siguientes síntomas acuda inmediatamente al centro de salud más cercano:

- Falta de apetito.
- Vómitos frecuentes.
- Debilidad o cansancio.
- Pérdida o aumento excesivo de peso.
- Dolor o dificultad para orinar.
- Fiebre.
- Pérdida de sangre o líquidos por la vagina.
- Cualquier tipo de secreción vaginal (blanca, amarillenta, verdosa, etc.)
- Palidez
- Color amarillento de los ojos o de la piel.
- Falta de crecimiento del vientre (a partir del cuarto mes).
- Falta o disminución de movimientos del feto en el vientre (a partir del quinto mes).
- Hinchazón en las piernas, cara o manos.
- Visión borrosa.
- Dolor abdominal.
- Dolor de cabeza.
- Mareos.
- Cualquier síntoma que considere anormal.

3.4 Cuidados generales durante el embarazo.

Estar embarazada, no significa estar enferma. “El embarazo no es una enfermedad, es un hermoso proceso natural; disfrute su maternidad”.

Tabla N.7 Cuidados generales durante el embarazo

Alimentación	Aseo personal e higiene
<ul style="list-style-type: none"> • Aliméntese bien. • Consuma agua potable y hervida. • Desinfecte bien frutas y verduras. • Asegúrese de que los alimentos estén bien cocidos antes de comerlos. • Evite comer fuera de casa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Báñese todos los días. • Lávese las manos frecuentemente (antes de comer, antes y después de ir al baño, después de realizar cualquier actividad, etc.). • Lávese la boca después de cada comida (mínimo 3 veces al día).
Ejercicio y descanso	Vestido
<ul style="list-style-type: none"> • Ejercítese moderadamente (camine, baile, etc.). • Evite esfuerzos físicos (no cargue pesos). • Evite caminatas extensas, subir muchos escalones, etc. • Evite accidentes, golpes y caídas. • Duerma bien (8 horas diarias). 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilice vestidos cómodos y holgados. • Utilice zapatos cómodos. Evite calzados de tacón alto o excesivamente planos. • No use fajas (pueden atrofiar la musculatura abdominal). • No use medias o calcetines que causen compresión (producen hinchazón de la piernas y várices).
Medidas de protección	Recomendaciones para los esposos
<ul style="list-style-type: none"> • No consuma cigarrillos, alcohol o drogas. • Evite el contacto con sustancias químicas. • Evite el contacto con radiaciones (no radiografías). • Evite contacto con animales. • Evite contacto con personas enfermas. • No se automedique. • Cumpla con los controles prenatales. • Visite al odontólogo. • Visite al médico. <p>Madres: ¡Compartan la maternidad con su esposo y con toda su familia, es el mejor momento para amar y sentirse amadas!</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Muestre apoyo y consideración. • Ayude en las tareas del hogar. • No consuma cigarrillos, alcohol o drogas. • Evite peleas o discusiones. • Nunca realice cualquier acto que represente maltrato intrafamiliar. • Comparta más tiempo con su familia. • Realice actividades familiares de sana recreación en contacto con la naturaleza • Acuda a los controles prenatales con su pareja. • Proporcione un ambiente familiar positivo. Expresé su afecto y amor.

Elaboración: Dr. Byron Albuja/Dra. Anita Martínez

Bibliografía

1. Althabe, Carroli, Lede et al. El parto pretérmino: detección de riesgos y tratamientos preventivos. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 5(6), 1999. 373-375.
2. Aprendiendo a prevenir. Escuela promotora de salud. OPS. Quito, 2002.
3. Bueno Lozano O, Lázaro Almarza A. Lactancia Materna. *Nutrición en la Infancia y Adolescencia*. 2ª ed. Ergón SA, Madrid, 2001.
4. CDC Sexual transmitted diseases treatment guidelines. 2002. May 10, 2002 vol. 51 N° RR-6.
5. Informe de la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil (SAGIJ). Análisis de nivel de Información y medidas de prevención adoptadas en el cuidado de la salud sexual y reproductiva. *Rev. Asoc.Arg.Ginecol. Inf.Juv.* 11:219.2004.
6. Crosa, Ruda, Vega et al. Trastornos hipertensivos del embarazo. *Revista del CONAREC*, N° 65, Noviembre 2001. 296-306.
7. Food and Agriculture Organization of the United Nations, World Health Organization (FAO/WHO). Human vitamin and mineral requirements. Report of a joint FAO/WHO expert consultation. Rome: FAO, in press 2001.
8. Elizalde Cremonte A. Amenaza de Parto Pretermino. diagnostico. conducta. Universidad Nacional del Nordeste. 2007.
9. García SF, Costales BC, Jimeno J.M. Fisiopatología y factores etiopatogénicos de la hipertensión arterial en el embarazo. *Revisión de la literatura Toko-gin Pract* 2000; 59(4): 194-212.
10. Guías de alimentación para la población chilena. Ministerio de Salud. Santiago-Chile 1997.
11. Guía para el Manejo de Salud Reproductiva. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Ecuador, 1997.
12. Hernández Cabrera et al. Enfermedad Hipertensiva Gravídica: Consideraciones sobre su influencia en indicadores de morbi-mortalidad perinatal y materna durante 1997. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 1998;24(3):122-7.
13. Hemorragia obstétrica. Diagnóstico y manejo del aborto espontáneo. *Boletín de Práctica Médica Efectiva*. Octubre de 2006.
14. Informe Anual FIDA. Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola. 1998.
15. Instituto Mexicano del Seguro Social. Manual de Normas y Procedimientos en Obstetricia. Hospital Luis Castelazo Ayala. México D.F .2005.
16. Instituto Nacional de Perinatología. Normas y Procedimientos en Obstetricia y Ginecología. México D.F. 2003.
17. Lara GH, Ulloa GG, Alpuche G, Romero A.J. Factores de riesgo para preeclampsia. Análisis multivariado. *Gin Obst Mex* 2000; 68: 357-62.
18. Los jóvenes y las jóvenes cuidamos nuestro futuro. Escuela promotora de salud. OPS. Quito, 2004.
19. Panplona R. El poder medicinal de los alimentos. Editorial Safeliz S.I. Buenos Aires, 2003.
20. Prevención, diagnóstico y tratamiento de las hemorragias durante el embarazo, parto y puerperio. *Boletín de Práctica Médica Efectiva*. 2006.
21. Ronald F, Carey A. Effectiveness of látex condoms as a barrier to human immunodeficiency virus sized particles under conditions of simulated use. *Sex Trans Dis* 1992; val. 19, núm. 4, págs. 230-234.
22. Rosell J, Brown B. et. al. Factores de Riesgo de la Enfermedad Hipertensiva del Embarazo. *Archivo Médico de Camagüey* 2006; 10 (5).
23. Sánchez P, Sánchez V. et al. Enfermedad Hipertensiva del Embarazo *Rev Cub Med Int Emerg* 2004;3 (1) 62-96.
24. Sciangula M. Ruptura Prematura de Membranas. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*. N° 182, 2008.
25. Ser joven en los tiempos de SIDA. Programa de salud integral. Consejo Latinoamericano de Iglesias. Ecuador, 2004.
26. Serra L, Aranceta J. Desayuno y equilibrio alimentario. Estudio enkid. Barcelona, Masson, 2000.
27. Vioque J. Encuesta de Nutrición y Salud de Orihuela, España 2000.
28. William J, Earl B. Dawson Nutrición Materna; Maurice E. Shiils; *Nutrición en la Salud y Enfermedad*. Editorial Mc Graw Hill; 2002; vol1: 933 - 961.
29. Worthington BS. Nutrición durante el embarazo y la lactancia. Editorial Interamericana Mc. Graw-Hill. México, 2001.
30. Yawagishitz M, Haub C. Morbidity and outcomes of low birthweight babies of adolescent mothers. *East Afr Med J*. 2002;79(10): 539-42.

Capítulo 4

Salud en lactantes menores de seis meses

Capítulo 4

Salud en lactantes menores de seis meses

4.1 Lactancia materna

La lactancia materna es la forma más efectiva, suficiente, práctica y saludable de alimentación para los lactantes menores de seis meses.

El único alimento que deben consumir los lactantes menores de seis meses es “LECHE MATERNA”.

Composición de la leche materna

La leche materna es el alimento más completo de la naturaleza; contiene: macrotrientes (hidratos de carbono, grasas y proteínas), micronutrientes (vitaminas y minerales), enzimas (amilasa y lipasa), factores de crecimiento, factores que protegen contra enfermedades (lisozimas, macrófagos, leucocitos, inmunoglobulinas) y agua.

La leche materna es bacteriológicamente segura (está libre de impurezas y bacterias que producen enfermedad), siempre se mantiene a temperatura ideal y no tiene fecha de caducidad.

¿La leche materna es un factor protector contra enfermedades?

La leche materna tiene ventajas nutricionales (previene la desnutrición y obesidad), protectoras (protege de infecciones, neumonía, diarrea, alergia, diabetes) y evita la muerte infantil.

Beneficios de la lactancia

Tabla N.8 Beneficios del amamantamiento y de la leche materna

Beneficios para el bebé	Beneficios para la madre	Beneficios para la familia	Beneficios para la sociedad
Crecimiento físico. Desarrollo psicológico. Afecto, cariño y amor. Desarrollo de la sexualidad. Desarrollo de la autoestima. Eleva el coeficiente intelectual. Desarrollo maxilar y dental. Aumenta la respuesta protectora de las vacunas. Menor riesgo de infecciones, muerte súbita, alergias y obesidad.	Disminución del sangrado después del parto. Unión madre-hijo. Menor depresión. Eleva su autoestima. Recuperación de su peso y figura física. Menor riesgo de cáncer de mama y ovario. No preparar biberones.	Fortalece los lazos afectivos. Previene el maltrato infantil. Garantiza la salud de los niños. Ahorro de dinero.	Disminución de enfermedades y muerte infantil. Fomenta la tolerancia y solidaridad. Ahorro de recursos económicos.

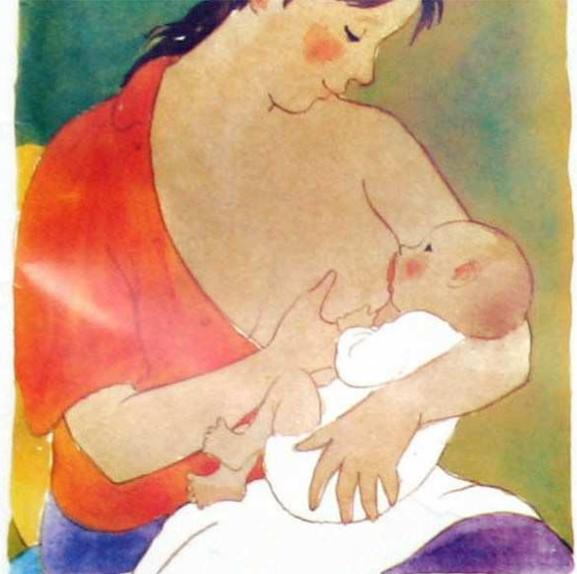
Elaborado: Dr. Byron Albuja

Técnicas de amamantamiento

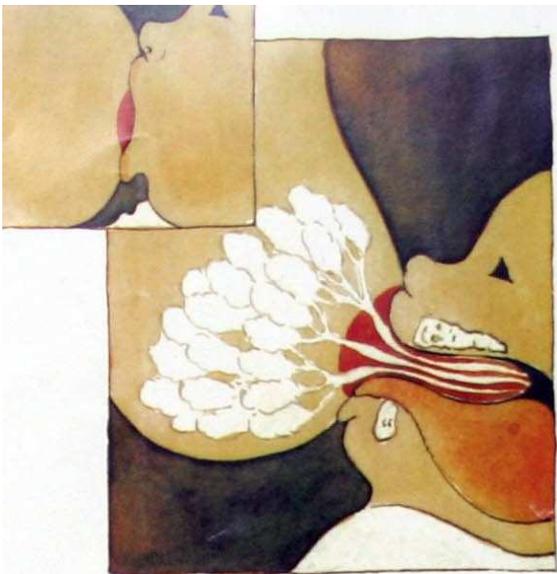
Gráfico N.3 Técnicas de amamantamiento



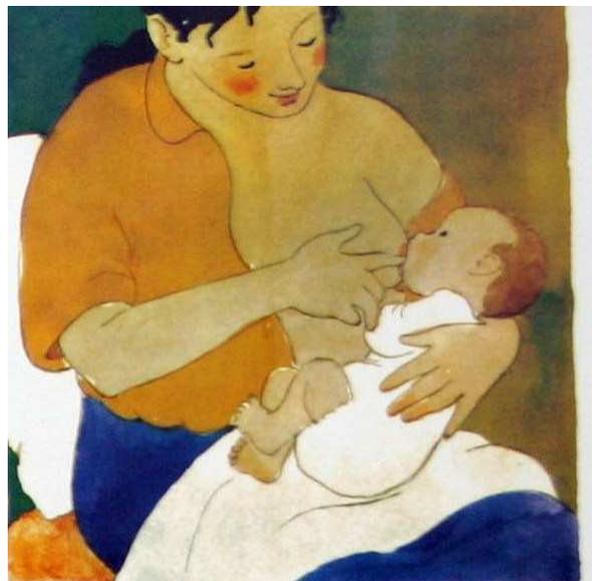
1. Siéntese con la espalda apoyada. Ofrezca el pecho con los cuatro dedos por abajo y el pulgar por arriba, detrás de la areola. Toque el labio inferior del niño hasta que abra grande la boca.



2. Con el brazo que sostiene al niño, atráigalo hacia usted para que el pezón y la areola queden dentro de su boca, la nariz y el mentón tocando el pecho, el cuerpo del niño enfrentándola.



3. El niño envuelve la areola con su lengua, masajeándola contra el paladar para sacar la leche. El pezón queda al fondo de la boca. Los labios abiertos se apoyan sobre el pecho.



4. Deje que el niño termine solo la mamada, pero si necesitara sacarlo antes, introduzca un dedo en la comisura labial del niño hasta las encías y retire el pecho.



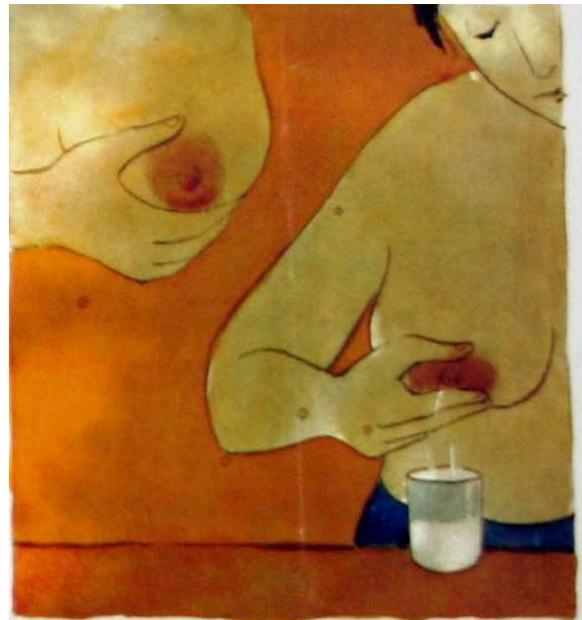
5. Otra alternativa es la posición del "caballito". El niño sentado sobre su pierna mirándola de frente, la mano del mismo lado le afirma la espalda, los dedos sostienen la cabeza por los lados.



6. Amamantar en la noche es muy importante. Para hacerlo cómodo apoye la cabeza sobre una almohada doblada. Recueste al niño sobre su brazo frente a usted, "guata con guata".



7. La mamá que tiene gemelos también puede amamantarlos en forma exclusiva y lo mejor es darle a los dos al mismo tiempo.



8. Si no está siempre con su niño, déjele su leche. Para sacarla masajée el pecho; luego, con los dedos abiertos por detrás de la areola, comprima hacia las costillas y después presione la areola hacia el pezón.

Fuente: UNICEF - MSP

Preguntas frecuentes

¿Cómo preparar el pezón para la lactancia?

Para que el bebé no tenga dificultad para alimentarse del pecho, la madre debe moldearse el seno y prepararse el pezón en las últimas semanas del embarazo. Para conseguir este objetivo, el seno debe ser moldeado con la palma de la mano desde abajo, el pezón debe frotarse con una tela suave 4 o 5 veces y luego jalarse varias veces. Realice este procedimiento 1 o 2 veces al día.

¿Cuándo iniciar la lactancia materna?

La lactancia materna debe iniciarse inmediatamente al nacimiento.

¿En qué casos una madre no puede dar de lactar?

Las madres infectadas con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (SIDA) no deben dar de lactar. Otras contraindicaciones son madres alcohólicas o drogadictas.

¿Cómo saber si su bebé tiene hambre?

Un lactante con hambre llora, se torna irritable, intenta succionar si lo estimula, busca el seno de la madre e inicia la lactancia inmediatamente.

¿Con qué frecuencia debe amamantar al niño?

Cada madre y su recién nacido llegan a establecer un horario propio. No instaurare un horario estricto de lactancia; deje que el niño se alimente cuando desee y tenga hambre, incluso en la noche. Durante el primer mes el niño lacta 10 a 12 veces en 24 horas, esta frecuencia disminuirá a medida que crece.

¿Cuánto tiempo debe lactar un niño?

El niño debe lactar hasta que se encuentre satisfecho y depende de cada caso; no debe establecer un tiempo determinado. Por ejemplo: niños de bajo peso o prematuros pueden demorar 40 minutos a 1 hora en cada toma.

¿De qué depende el tiempo de cada lactancia?

Depende de la cantidad de leche producida por la madre y de la fuerza de succión del niño. A medida que el bebé crece y se desarrolla, lacta menos tiempo pero con mayor fuerza.

¿Cómo saber si su bebé toma suficiente cantidad de leche? Un lactante come suficiente si duerme 2 a 4 horas después de cada toma, moja frecuentemente el pañal y gana peso (determinado en la consulta médica).

Tabla N.9 Banco de leche en casa

<p>¿Cómo recolectar leche materna? La leche materna debe ser recolectada directamente en un recipiente de vidrio con tapa de plástico (como los de café o mayonesa) o frascos de los biberones previamente esterilizados (no usar los frascos para recolectar orina).</p> <p>¿Cómo lavar y esterilizar los frascos para conservar leche materna?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vaciar los frascos. • Lavarlos con un cepillo y detergente. • Enjuagar con agua potable. • Escurrir el agua sobre un mantel limpio y tapar. • Hervir los frascos cerrados por 15 minutos. • Sacar los frascos del agua y secar por fuera. • Guardar hasta su uso. 	<p>¿Cuánto tiempo dura la leche recolectada? A temperatura ambiente, dura 8 horas. En el refrigerador, a temperatura de 0 a 5 grados centígrados se puede guardar hasta 24 horas (un día). En el congelador, a temperatura de menos 3 a menos 20 grados centígrados dura hasta 15 días.</p> <p>¿Qué elementos son necesarios para la extracción de leche fuera de casa?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jabón de tocador. • Una toalla de manos. • Frascos para recolectar la leche, de vidrio con tapa plástica o los frascos de los biberones. <p>¿Cómo conservar la leche? Guarde la leche en el congelador o refrigerador de acuerdo a las necesidades del niño/a. Anote sobre el frasco, la fecha y hora de la extracción para saber hasta cuando esta leche puede ser utilizada. Recolecte la leche únicamente de acuerdo a las necesidades del niño/a (4,5,6 onzas para cada toma).</p>
<p>¿Cómo realizarse la extracción de leche materna? La recolección puede ser manual (con estrictas normas de higiene - "lavado de manos") o a través de un succionador.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lavarse las manos con agua y jabón. • Secarse bien. • Masajear los senos desde las costillas hacia el pezón en forma circular. • Colocar el pulgar de 2 a 3 centímetros sobre el pezón, los dedos índice y medio por debajo (forma de C). • Empujar los dedos hacia las costillas (adentro), presionar suavemente. • Debe repetir este movimiento rítmicamente, girando los dedos en sentido de las manecillas del reloj para vaciar toda la leche almacenada. • La extracción debe realizarse cada tres horas, para evitar la disminución de la producción de leche. 	<p>¿Cómo calentar la leche almacenada? Respete la cadena de frío, primero descongele y luego caliente. Pase la leche del congelador a la refrigerador por unas horas. Para calentar la leche refrigerada, introduzca el frasco en agua caliente por 3 a 5 minutos (nunca hierva la leche materna).</p> <p>¿Debe calentar la leche materna en el microondas? No, descongelar o calentar la leche materna en el microondas destruye algunos componentes de sus componentes.</p> <p>¿Cómo dar la leche a su hijo? Antes de dar la leche a su bebé mézclela y compruebe en el dorso de su mano que no esté muy caliente o muy fría. Dé la leche con una cucharita o directamente en un vasito. No use biberón. Si su bebé no toma toda la leche, elimine el sobrante.</p>

¿Cómo evitar que disminuya la producción de leche de las madres?

- Tome abundantes líquidos (consuma mínimo 3 litros de agua al día).
- No evite el amamantamiento (la succión estimula la producción de leche).
- Mantenga una alimentación rica en proteínas (granos tiernos, vegetales, cereales, carnes blancas, leche y queso).
- Si trabaja, sáquese la leche cada 3 horas y consérvela para que la producción no disminuya.

¿Qué alimentos no deben comer las madres que están dando de lactar?

Si la madre piensa que algo que está comiendo le fastidia a su bebé, lo recomendable es dejar de comer dicho alimento. La ingestión de alimentos con cafeína, condimentados, ahumados o con alto contenido de grasa puede ser motivo de molestias gástricas.

¿Qué sustancias no deben consumir las madres que están dando de lactar?

El consumo de tabaco, alcohol, drogas o medicamentos sin prescripción médica es atentatorio contra la salud del bebé. Consumir estas sustancias es una forma de maltrato infantil.

¿Cómo evitar las grietas del pezón?

Las grietas del pezón se producen por mala técnica de lactancia. La aplicación de técnicas adecuadas de lactancia y la preparación del pezón evitan estas lesiones.

¿Qué hacer en caso de grietas del pezón?

No suspenda la lactancia. Descúbrase los senos por unos minutos después de aplicarse leche materna en el pezón; la leche materna tiene efecto cicatrizante.

¿Cuándo destetar al niño?

La Organización Mundial de la Salud recomienda la lactancia materna hasta los 24 meses de edad o más.

¿Cómo realizar el destete?

El destete completo se logra con paciencia, de forma gradual y después de varios días; no retire el seno de forma súbita. No es conveniente aplicarse sustancias picantes, agrias, saladas, desagradables o pintarse el pezón.

¿Deben beber agua los niños menores de seis meses?

La leche materna aporta el agua necesaria para satisfacer las necesidades del niño y calmar su sed. Dar agua rutinariamente disminuye el aporte de calorías y los niños no ganan peso.

¿Los niños menores de seis meses necesitan un suplemento vitamínico/minerales?

La leche materna contiene todas las vitaminas que su hijo requiere y no necesita un aporte adicional. A los 3 o 4 meses el lactante debe recibir hierro para prevención de anemia (consulte con su médico).

4.2 Tabla N.10 Cuidados prácticos para el recién nacido sano

Medidas Generales <ul style="list-style-type: none">• Lávese las manos antes y después de manipular al bebé.• Evite besos en la boca.• No deje que las visitas manipulen al bebé sin que antes se laven las manos.• Evite la aglomeración y restringa visitas de personas enfermas.	Alimentación <ul style="list-style-type: none">• Leche materna exclusiva.• Acaricie, hable y demuestre su amor mientras el bebé está en el seno.• Saque los gases después de cada toma (cargue al bebé y aplique golpecitos en la espalda).• No administre agua, coladas o leche de vaca.• No automedique vitaminas o medicamentos.
Ambiente y vestido <ul style="list-style-type: none">• Mantenga un ambiente caliente, pero no sobrecaliente con exceso de ropa.• Ponga ropa de algodón debajo de la ropa de lana.• No faje al niño.• Evite peluches y alfombras en la habitación.• Evite mascotas dentro de casa.	Posición para dormir <ul style="list-style-type: none">• El niño debe dormir boca arriba (desvíe su cabeza para vomitar evitando la aspiración y disminuye el riesgo de muerte súbita).• Eleve la cabecera de la cuna y coloque al niño a pocos centímetros del pie para evitar que resbale y se cubra con la cobija.
Higiene <ul style="list-style-type: none">• Baño diario.• Lavados oculares externos con agua hervida tibia por la mañana.• Limpieza nasal con suero fisiológico y perilla de succión estéril (las veces que sean necesarias).• No use perfumes, colonias, lociones o aceites.• No use cortaúñas, límelas con suavidad.	Cuidados del pañal <ul style="list-style-type: none">• Es mejor utilizar pañal de tela que desechable (evita irritaciones y la contaminación ambiental).• Cámbielo inmediatamente cuando este sucio.• Asee con agua hervida tibia o con paños húmedos sin alcohol después de cada cambio de pañal.• No use talco.

<p>Cuidados del cordón umbilical</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limpie el cordón umbilical con agua estéril (hervida) y jabón o con algodón empapado de alcohol antiséptico sin tocar la piel; tres veces al día. • Mantenga el cordón umbilical por fuera del pañal y evite su contaminación. Después que haya caído el cordón umbilical; no use ombligo o bolas de algodón. 	<p>Primer control médico: a los 8 días de vida. Acuda inmediatamente al médico si su bebé no quiere lactar, no se despierta, succiona débil, tiene decaimiento, irritabilidad, llanto inconsolable, fiebre o enfriamiento, diarrea, vómito, dificultad para respirar, secreción por los ojos o el ombligo, piel y ojos amarillentos (ictericia), movimientos anormales o cualquier otro síntoma que llame su atención.</p>
<p>“EL MEJOR COMPLEMENTO DEL CUIDADO ES EL AMOR”</p>	

Elaboración: Dr. Byron Albuja

4.3 Problemas frecuentes

Cólico del lactante

El cólico se describe como un llanto intenso y breve; el lactante se muestra irritable, eleva sus piernas, impresiona tener abdomen globoso y dolor. El episodio puede aparecer a cualquier hora del día (mayor frecuencia en la tarde o al principio de la noche) y puede prolongarse algunas horas. El cólico es un problema benigno (no deja secuelas).

¿Cuánto tiempo puede durar?

El cólico suele aparecer alrededor de la segunda o tercera semana de vida y puede prolongarse hasta los tres o cuatro meses. Desaparece espontáneamente sin tratamiento.

¿Debe suspender la lactancia en bebés con cólico?

No suspenda la lactancia materna por ningún motivo.

¿Qué hacer para prevenir el cólico?

- Los padres deben mostrarse tranquilos y no desesperarse para poder ayudar al bebé.
- Favorecer la expulsión de gases después de cada toma (cargar al niño en brazos y darle ligeros golpecitos en la espalda).
- Tranquilizar al niño cargándolo en brazos unos pocos minutos mientras el padre camina lentamente y canta una canción de cuna.
- Calmarlo con movimientos lentos, paseo y sonidos suaves.
- Calentar el abdomen frotándolo lentamente.

- No se recomienda el uso de aguas aromáticas (disminuyen los requerimientos de leche materna y su aporte nutricional, provocando que el niño no gane peso).
- No automedique

¿En caso de llanto inconsolable, es necesaria la evaluación del médico?

Las crisis de llanto en un bebé pueden expresar malestar, hambre, sueño, calor, frío, deseo de compañía, deseo de cambio de pañal o pueden ser la manifestación de una enfermedad. Acuda al médico para descartar una enfermedad y recibir una adecuada orientación.

Regurgitación o vómito

La regurgitación es la sensación de que un lactante vomita el alimento. Se caracteriza porque la leche sale sin esfuerzo por la boca del bebé después de alimentarse o con un cambio de posición.

¿La regurgitación puede ser síntoma de una enfermedad?

Generalmente no se trata de un problema serio y mejora progresivamente mientras el niño crece; sin embargo, si el vómito es frecuente puede deberse a una enfermedad grave.

¡Si su hijo tiene vómito, acuda al médico inmediatamente!

¿Cómo evitar la regurgitación?

- No acostar al niño después alimentarse.
- Favorecer la expulsión de gases después de cada toma (cargar al niño en brazos y darle ligeros golpecitos en la espalda).
- Acostar al bebé en posición vertical a 45 grados, para descansar.
- Dar leche materna con mayor frecuencia (no sobrepasar la capacidad del estómago).
- Añadir cereales como arroz a la dieta a partir de los 6 meses.

Bibliografía

1. Almarza A, Marín J. Alimentación del lactante sano. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría. Barcelona, España 2002 Págs. 311 – 319.
2. Berhman R, Kliegman R, Jenson H. Tratado de Pediatría de Nelson. Editorial Elsevier. Madrid, 2004.
3. Bueno M, Sarría A. Nutrición en Pediatría. Editorial Ergón. Madrid, 2003.
4. Bueno Lozano O, Lázaro Almarza A. Lactancia Materna. Nutrición en la Infancia y Adolescencia. 2ª ed. Ergón SA, Madrid, 2001.
5. Correa J. Department of Agriculture, U.S. Department of Health and Human Services. Dietary guidelines for Americans, 5th ed. Home and garden bulletin, No 232. Washington, DC: USDA, 2000.
6. Dadán S. Fibra un nutriente de gran impacto. Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Artículo Científico Volumen 3. Santiago de Chile 208.
7. Gómez J, Posada R. Fundamentos Pediátricos. Editorial Presencia. Medellín, 1994.
8. Guía para el Manejo de Salud Reproductiva. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Ecuador, 1997.

9. Informe Anual FIDA. Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola. 1998.
10. Instituto Nacional de Perinatología. Normas y Procedimientos en Obstetricia y Ginecología. México D.F. 2003.
11. Lázaro Almarza A. Diversificación Alimentaria en Pediatría. Anales Españoles de Pediatría. Vo 1 54, N°2, 2001.
12. Leis R, Tojo R, Castro M. Tratado de Nutrición Pediátrica. Barcelona, Ediciones Doyma, 2001; 411-436.
13. Lluís Cabero R, Cerqueira M. J. Protocolos de Medicina Materno-fetal (Perinatología). 2ª edición. Edit. Ergon. 2002.
14. Nutrición del lactante y niño pequeño. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y niño pequeño. Organización Mundial de la Salud OMS. 55ª Asamblea Mundial de la Salud. Mayo 2002.
15. Núñez María de los Ángeles. Hacia una sexualidad integral. Quito, 2009.
16. Panplona R. El poder medicinal de los alimentos. Editorial Safeliz S.I. Buenos Aires, 2003.
17. Quevedo L. Vacunas en Pediatría. Editorial Panamericana. Bogotá 2004.
18. Quiñones E, Donoso F, Ugazzi M. Manual de Nutrición Infantil. Mead Johnson. Quito, 2005.
19. Quiñones E, Donoso F, Ugazzi M. M. Su niño de la A a la Z. Quito, 2005.
20. Reanimación neonatal. American Academy of Pediatrics – American Heart Association, 2003.
21. Robertson J, Shilkofski N. Manual de Harriet Lane de Pediatría. The Johns Hopkins Hospital. Editorial Elsevier. Madrid, 2006.

Capítulo 5

Salud en lactantes de seis meses a dos años

Capítulo 5

Salud en lactantes de seis a veinticuatro meses

5.1 Alimentación complementaria

¿Qué es la alimentación complementaria?

Alimentación complementaria o ablactación significa dar al niño otros alimentos, además de leche materna.

La alimentación complementaria debe iniciarse a los seis meses de edad.

¿Por qué se inicia la alimentación complementaria a los seis meses?

Porque a partir de los seis meses la leche materna sola no puede aportar todos los nutrientes necesarios para el crecimiento y los bebés son capaces de comer y digerir otros alimentos.

¿Cómo iniciar la alimentación complementaria?

- Inicie la alimentación con una papilla de arroz.
- Introduzca nuevos alimentos poco a poco, basándose en las recomendaciones del carnet de vacunas.
- Introduzca uno a dos alimentos cada 3 a 5 días o cuando haya aceptado el anterior.
- Prepare los alimentos en casa; no añada sal, condimentos, azúcar o miel.
- Inicialmente prepare los alimentos como papillas (mezcle el alimento con 1 o 2 cucharitas de leche materna en partes iguales).
- Administre los alimentos poco a poco, con probaditas.
- Ofrezca alimentos al medio día, luego a media mañana y media tarde.
- Incremente progresivamente la cantidad.
- El niño debe tener su propia vajilla (plato, cuchara y vaso).

Recomendaciones

- Siente al niño junto a la familia y permítale comer sólo, hay ciertos alimentos que se los podrá llevar fácilmente a la boca.
- Si tiene dudas en relación a la alimentación, consulte con su médico.

¿Qué hacer cuando los niños rechazan los alimentos?

- Para evitar el rechazo o la preferencia por algún alimento, cree un ambiente tranquilo y agradable a la hora de sus comidas, libre de tensiones y elementos de distracción como la televisión o radio.
- Cuando el niño rechace un alimento, prepárelo de distinta forma e incorpórelo poco a poco hasta que lo acepte.

Tabla N.11 Introducción de alimentos – Recomendaciones del Carnet de Vacunas MSP

Seis a ocho meses	Nueve a once meses	A partir del año
Continuar con leche materna las veces que el niño quiera. Prepare papillas, inicie con 2 a 3 cucharitas hasta llegar a media taza a los 8 meses. 3 comidas diarias si se alimenta con leche materna, 5 comidas diarias, si no se alimenta con leche materna	Continuar con leche materna y además alimentos cocidos y finalmente picados. 5 comidas al día, más lactancia materna a libre demanda.	Continuar con la lactancia materna hasta los 2 años. Se recomienda 5 comidas diarias: desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y merienda.
Cereales: arroz, avena, quinua, cebada. Vegetales: espinaca, zapallo, acelga, sambo. Tubérculos: papa, melloco, yuca, zanahoria blanca, camote. Frutas: plátano, manzana, pera, papaya, melón. Yema de huevo bien cocida y aplastada.	Cereales: maíz, morocho, trigo. Hortalizas y verduras: zanahoria, acelga, col, tomate. Leguminosas: fréjol, arveja, lenteja, chocho, haba y garbanzo aplastados. Carnes: res, pescado, pollo, hígado. Frutas crudas o cocinadas en papillas o puré.	Seguir alimentándose en su propio plato y compartir la dieta familiar.

Fuente: carnet de salud del MSP – Ecuador 2010

Prácticas saludables al momento de comer

- Los pequeños se distraen, comen despacio y de forma desordenada; no los apure.
- Comen más cuando sus padres los supervisan y los estimulan con cariño.
- Indique el nombre y los beneficios de los alimentos mientras come.
- Sirva pequeñas porciones.
- No los obligue a comer (provoca miedo y disminución del apetito).
- Cree juegos que ayuden a que el niño coma.
- Sirva alimentos que pueda cogerlos; no se preocupe si los derrama.

- Preste mayor atención cuando come bien y no de importancia cuando rechaza los alimentos.
- Planifique las comidas y establezca un horario; no espere a que empiece a llorar para alimentarlo.
- No llene de líquidos antes o durante las comidas.
- Asegúrese que no tenga sed, esté cansado o con sueño a la hora de comer.
- No discuta con su pareja u otro miembro de la familia durante la alimentación.
- Haga de la hora de la comida un momento tranquilo y feliz

5.2 Prevención de enfermedades infecciosas

¿Por qué es indispensable vacunar a su hijo?

La administración de vacunas oportunamente previene enfermedades infecciosas como: tuberculosis, hepatitis, difteria, tétanos, tosferina, neumonía, meningitis, diarrea por rotavirus, poliomielitis, sarampión, rubeola, parotiditis, varicela, fiebre amarilla, entre otras que pueden poner en peligro su vida, afectar gravemente su salud, su estado nutricional y dejar secuelas irreversibles (daños cerebrales, parálisis, etc.).

Cuadro N.1 Esquema de Vacunación MSP – Ecuador para niños menores de 2 años

Vacuna	Al nacer	< 28 días	1 mes	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	15 meses	18 meses	19 a 23 meses	2 a 3 años
BCG	1 d										
Hepatitis B		1 d									
Rotavirus				1 d	2 d						
OPV				1 d	2 d	3 d		R			
Pentavalente				1 d	2 d	3 d		R			
Neumococo				1 d	2 d		3 d				
SRP							1 d				
Varicela							1 d				
F. Amarilla								1 d			
Gripe							1 dosis	cada año	campañas		

❖ d: dosis

❖ R: refuerzo

❖ Primera dosis de hepatitis B (región amazónica)

5.3 Problemas frecuentes en lactantes de seis meses a dos años

Anemia y déficit de hierro

La anemia por deficiencia de hierro es muy frecuente entre los niños de 6 y 12 meses e de edad..

¿Cuáles son las consecuencias de la anemia?

Algunas de las consecuencias son: inadecuado crecimiento inadecuado, retraso del desarrollo cerebral e infecciones frecuentes.

¿A partir de qué edad los niños deben recibir un suplemento de hierro en forma de gotas?

A partir de los 4 meses es necesario administrar un suplemento de hierro para cubrir los requerimientos del lactante y evitar la anemia.

¡Acuda a los controles mensuales para que el médico le indique como prevenir la anemia, no automedique!

¿Debe dar a los niños menores de 12 meses leche de vaca para prevenir la anemia?

La leche de vaca es un alimento pobre en hierro y provoca pérdidas microscópicas de sangre por el intestino en menores de 12 meses. **No administre leche de vaca niños menores de 12 meses.**

Medidas para prevenir la anemia

- Todos los lactantes deben alimentarse con leche materna.
- Evite el uso de leche de vaca entera, diluida en agua o en polvo en lactantes menores de 12 meses.
- De acuerdo a la edad del niño, introduzca alimentos que contengan hierro (carne, hígado, leguminosas (lenteja, fréjol y garbanzo), verduras (espinaca, acelga), cereales y huevo.

Bibliografía

1. Almarza A, Marín J. Alimentación del lactante sano. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría. Barcelona, España 2002 Págs. 311 – 319.
2. Aprendiendo a prevenir. Escuela promotora de salud. OPS. Quito, 2002.
3. Ballabriga A, Carrascosa A. Alimentación Complementaria y Periodo del Destete. Nutrición de la Infancia y Adolescencia. 2ª ed. Ergón SA, Madrid, 2001.
4. Berhman R, Kliegman R, Jenson H. Tratado de Pediatría de Nelson. Editorial Elsevier. Madrid, 2004.
5. Bolagay O. Psicología Clínica y Psicoterapia Infantil. Editorial Universitaria. Quito Ecuador 2002.
6. Bueno M, Sarría A. Nutrición en Pediatría. Editorial Ergón. Madrid, 2003.
7. Dadán S. Fibra un nutriente de gran impacto. Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Artículo Científico Volumen 3. Santiago de Chile 2008.
8. Gómez J, Posada R. Fundamentos Pediátricos. Editorial Presencia. Medellín, 1994.

9. Lázaro Almarza A. Diversificación Alimentaria en Pediatría. Anales Españoles de Pediatría. Vo l 54, N°2, 2001.
10. Leis R, Tojo R, Castro M. Tratado de Nutrición Pediátrica. Barcelona, Ediciones Doyma, 2001; 411-436.
11. Nutrición del lactante y niño pequeño. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y niño pequeño. Organización Mundial de la Salud OMS. 55^a Asamblea Mundial de la Salud. Mayo 2002.
12. Núñez María de los Ángeles. Dime como es, colección de libros de formación para niños, niñas y adolescentes también. Quito: Graphus, 2002.
13. Núñez María de los Ángeles. Hacia una sexualidad integral. Quito, 2009.
14. Panplona R. El poder medicinal de los alimentos. Editorial Safeliz S.I. Buenos Aires, 2003.
15. Peña L. Alimentación del preescolar y escolar, Protocolos Diagnósticos y Terapéuticos en Pediatría. Barcelona, España 2002 Págs. 321 – 327.
16. Quiñones E, Donoso F, Ugazzi M. Manual de Nutrición Infantil. Mead Johnson. Quito, 2005.
17. Quiñones E, Donoso F, Ugazzi M. M. Su niño de la A a la Z. Quito, 2005.
18. Robertson J, Shilkofski N. Manual de Harriet Lane de Pediatría. The Johns Hopkins Hospital. Editorial Elsevier. Madrid, 2006.
19. Serra L, Aranceta J. Desayuno y equilibrio alimentario. Estudio enkid. Barcelona, Masson, 2000.

Capítulo 6

Salud en preescolares

Capítulo 6

Salud en preescolares

6.1 Alimentación saludable

La alimentación en la etapa preescolar es esencial para conseguir un desarrollo adecuado en peso y talla y alcanzar un óptimo estado de salud.

¿Qué alimentos pueden comer los niños en edad preescolar?

Los niños en edad preescolar deben integrarse a la dieta familiar. Es importante que en la alimentación diaria se incluyan alimentos de todos los grupos.

¿Cuál es el número de comidas que deben recibir los niños en esta etapa?

Debe distribuirse en 5 a 6 comidas diarias (desayuno, almuerzo, merienda, media mañana y media tarde).

¿Qué nutrientes deben contener las comidas principales?

Las tres comidas principales (desayuno, almuerzo y merienda) deben ser completas y equilibradas en cantidad y calidad. Deben contener todos los tipos de nutrientes: hidratos de carbono, proteínas, grasas, vitaminas y minerales.

¿Cómo deben ser las comidas intermedias?

Las comidas intermedias (media mañana y media tarde) son de sostén y deben ser ligeras pero no por ello menos nutritivas. Los alimentos más apropiados para estas comidas son frutas, cereales, leche y sus derivados (yogurt, queso). **En estas comidas no debe ingerir alimentos chatarra o golosinas como: dulces, caramelos, papas fritas, chitos, gaseosas, etc.**

¿Por qué necesita el niño alimentos ricos en hidratos de carbono?

Porque son la fuente principal de energía para el organismo. Arroz, pan, fideo, sémola, maicena, mote, papas, yuca, verde, leguminosas, avena, entre otros alimentos son ricos en hidratos de carbono. **¡No deben faltar alimentos que contienen hidratos de carbono en una dieta saludable!**

¿Por qué necesita el niño comer alimentos ricos en proteínas de origen animal y vegetal?

La carne, pescado, pollo, huevo y leguminosas (fréjol, lenteja, arveja, garbanzo, choclo, chocho) aportan proteínas, hierro y zinc necesarios para el crecimiento, desarrollo de defensas contra enfermedades y prevención de anemia. Prefiera carne blanca como pescado y pollo, porque contienen menos grasas saturadas y colesterol. ***¡En una dieta saludable deben estar presentes alimentos que contienen proteínas!***

¿Por qué el niño necesita tomar leche?

Porque la leche y sus derivados (yogurt y queso) aportan proteínas y calcio. Las proteínas son esenciales para formar, mantener y reparar los órganos y tejidos del cuerpo; el calcio es necesario para que los huesos crezcan, se mantengan sanos y fuertes.

¿Qué cantidad de leche deben consumir al día?

Los preescolares deben consumir de medio a un litro diario de leche. Prefiera leche de bajo contenido graso. ***¡Recuerde, un vaso de yogurt o un trozo de queso fresco reemplazan a una taza de leche!***

¿Cuántos huevos a la semana deben comer los niños?

Un niño debe comer 3 o 4 huevos a la semana (pasando un día) y no más de un huevo al día.

¿Por qué es necesario que los niños consuman diariamente alimentos que contienen grasas?

Porque las grasas son nutrientes que dan fuerza y almacenan energía. Prefiera alimentos ricos en grasas insaturadas (pescado, aguacate, maní, frutos secos) y aceites vegetales (oliva, soya o maíz). Evite el exceso de frituras, manteca, mantequilla y carnes rojas, porque tienen un alto contenido de grasa saturada y colesterol. ***¡Los alimentos que contienen grasas forman parte de una dieta saludable!***

¿Por qué necesita el niño comer alimentos ricos en vitaminas y minerales?

Todos los vegetales y frutas contienen vitaminas, minerales y antioxidantes, necesarios para el funcionamiento del organismo, prevención de enfermedades, salud física y mental.

¿Es necesaria la administración de vitaminas en jarabes?

No es necesaria la administración de suplementos vitamínicos en forma de jarabes si los niños tienen una alimentación rica en frutas y verduras.

¡Recuerde; frutas, verduras y legumbres forman parte de la alimentación saludable!

Recomendaciones importantes

Consuma menos azúcar.

Recuerde que muchos alimentos contienen azúcar en su preparación (bebidas, jugos, mermeladas, galletas, helados, tortas y pasteles).

Consuma menos sal.

Recuerde que las papas fritas, galletas saladas y otros alimentos procesados contienen mucha sal.

Hábitos alimentarios y preparación de los alimentos

El conocimiento de algunos detalles de la alimentación infantil es necesario para conseguir buenos resultados dietéticos, nutricionales y familiares.

De nada sirve que ponga un plato lleno de acelgas con aceite de oliva, si el niño lo va a rechazar. Todavía sirve menos cuando establece auténticas "batallas" para que el niño coma. "La fuerza no aporta nada; la razón, el entendimiento y el sentido común aportan mucho".

¿Qué cambios son necesarios para que el niño en edad preescolar disfrute su comida?

Los preescolares no deben ser alimentados como lactantes; debe establecer algunos cambios.

Hábitos alimenticios

A partir de los dos años, los niños comen prácticamente solos. Deben dejar el biberón y deben empezar a utilizar vaso y cuchara.

Preparación de alimentos

- Ofrezca la dieta familiar, no comidas especiales solo para el niño.
- Ofrezca alimentos conservando su sabor natural, no añada azúcar o sal.
- Ofrezca alimentos frescos, no recalentados o conservados.

- No prepare alimentos en forma de puré a diario; ofrezca alimentos conservando sus propias texturas.
- No utilice picantes o condimentos.
- No brinde alimentos chatarra (refrescos, papas fritas, chitos, etc.).

Presencia e Imagen de los alimentos

Alimentos nutritivos y multicolores son llamativos a la vista del niño. Puede decorar el plato y crear formas (caras o formas) para llamar su atención, mejorar su apetito y aumentar el placer de comer. Debe haber reglas y orden al momento de comer; pero no por ello la alimentación debe ser aburrida y monótona.

Ambiente familiar

La comida acompañada y dirigida por los padres, enseña al niño normas de comportamiento y favorece a que sienta placer al momento de comer. Los pequeños aprenden buenos o malos hábitos imitando a sus mayores.

La hora del desayuno, almuerzo y merienda, suele ser de reunión familiar. Proporcione un ambiente agradable; evite peleas, discusiones o quejas durante estos momentos. Un ambiente hostil hace que disminuya el apetito del niño.

¡Haga de "la hora de comer" un momento agradable y distendido; fomente la unidad familiar!

6.2 Problemas frecuentes

Falta de apetito o pérdida del interés por los alimentos

¿Porqué un niño puede perder el apetito?

Las posibilidades por las que un niño puede perder el apetito incluyen:

- **Enfermedades:** infecciones respiratorias, vías urinarias, parasitosis, anemia, etc.
- **Problemas afectivos:** ausencia de los padres, abandono, maltrato físico y verbal, falta de atención y cariño, hogares disfuncionales, rechazo, entre otros.
- **Errores de apreciación:** los padres piensan que la cantidad de alimentos no es la suficiente y desconocen las necesidades reales de su hijo.

- **Presión de los padres o cuidadores:** el niño no quiere comer cuando se utiliza el castigo y la fuerza para obligarlo.
- **Inapetencia en ausencia de enfermedad.**

¿En qué consiste la pérdida del apetito?

- No quieren comer.
- Rechazan el biberón.
- Aprietan la boca con fuerza y giran la cabeza (impiden que entre la cuchara a su boca).
- No terminan de comer a pesar que pasan varias horas frente al plato.
- Se levantan con frecuencia de la mesa.
- Mastican mucho tiempo el alimento y después lo expulsan.

¿Es necesaria la visita al médico cuando un niño pierde el apetito?

La pérdida de apetito puede estar relacionada a enfermedades orgánicas y problemas psicológicos que requieren la intervención del médico/psicólogo. **¡Si su niño tiene pérdida del apetito o no quiere comer, acuda al médico!**

Falta de apetito en ausencia de enfermedad

la preocupación de los padres es que el niño come poco, no quiere comer o no come como antes; sin embargo, el niño no pierde peso, al contrario la ganancia de peso y talla son normales.

¿Por qué se produce la inapetencia fisiológica en la etapa preescolar?

El origen de la inapetencia fisiológica se fundamenta en tres aspectos:

- **El niño está interesado en otras cosas;** se distrae con facilidad y no se concreta a comer.
- **Empieza un periodo de menor ganancia de peso y talla;** los niños comen poco porque tienen que ganar menos peso y talla en relación a los meses anteriores.
- **Aparecen las primeras muestras de independencia;** empiezan a tomar sus propias decisiones y defienden sus intereses, que con frecuencia son contrarios a los de sus padres. Es el momento en el cual, el niño desarrolla su personalidad.

Alimentar a mi hijo se ha convertido en una guerra

Como resultado de la falta de apetito del niño, cualquiera sea su causa, resultan dos fuerzas que luchan entre sí. Por un lado los padres intentan persuasiones, engaños, halagos, súplicas,

intimidaciones, regaños, críticas, amenazas, sobornos y castigos para que el niño coma; mientras que por el otro, el niño se torna irritable, reniega, llora, juega, busca otras actividades, escupe y vomita para no comer.

¿Cuáles son sus consecuencias?

Como en todas las batallas, habrá heridas, daños y pérdidas. Al terminar la batalla habrá un ganador y un perdedor. Los triunfos se celebran pero las derrotas se lloran. Se van creando rencores entre los padres e hijos que pueden durar toda la vida.

Si los padres son los vencedores. Se sienten tranquilos al ver que su hijo come; sin embargo el niño puede afectarse psicológicamente, convirtiéndose en una persona receptiva, sumisa, con temores, dependencia hacia sus padres y sin capacidad de tomar decisiones. Si el niño es irrespetado, el no respetará a los demás.

Si el niño es el vencedor. Los padres sufren por algún tiempo, pero posteriormente apreciarán una mejoría en el apetito de su hijo. Este proceso es compensado, porque observarán en los niños alegría, mayor confianza y autoestima. **¡Si el niño es respetado, respetará a los demás!**

¿Cómo evitar que la alimentación se convierta en una batalla?

Las reglas generales de Novoa Bodet son aplicables a todos los casos de inapetencia. Estas reglas podrán modificar las actitudes de los padres y crearán una conciencia de respeto hacia sus hijos.

- No permita que el niño coma entre comidas, con excepción de agua sin endulzar.
- Haga platos llamativos (formas y colores), decórelos.
- Sirva cantidades pequeñas; agregue un poco más cuando termine.
- No lo obligue a comer.
- Explique los beneficios de la alimentación, mientras come.
- Si algún alimento no le gusta, no lo obligue; prepare el alimento de otra forma y ofrézcalo en otro día.
- No le ofrezca bebidas endulzadas, ni golosinas. Una ración de postre, nunca será premio ni promesa para lograr que coma.
- No tenga distractores en la cocina (televisión o radio).

- No discuta con su pareja u otros miembros de la familia durante la comida. Haga de los momentos de la alimentación los más agradables del día.

Bibliografía

1. Almarza A, Marín J. Alimentación del lactante sano. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría. Barcelona, España 2002 Págs. 311 – 319.
2. Aprendiendo a prevenir. Escuela promotora de salud. OPS. Quito, 2002.
3. Ballabriga A, Carrascosa A. Alimentación Complementaria y Periodo del Destete. Nutrición de la Infancia y Adolescencia. 2ª ed. Ergón SA, Madrid, 2001.
4. Ballabriga A, Carrascosa A. Nutrición en la edad preescolar y escolar. Nutrición en la infancia y adolescencia. 2ª ed. Madrid, Ediciones Ergon, 2001; 425-447.
5. Berhman R, Kliegman R, Jenson H. Tratado de Pediatría de Nelson. Editorial Elsevier. Madrid, 2004.
6. Bolagay O. Psicología Clínica y Psicoterapia Infantil. Editorial Universitaria. Quito Ecuador 2002.
7. Bueno M, Sarría A. Nutrición en Pediatría. Editorial Ergón. Madrid, 2003.
8. Dadán S. Fibra un nutriente de gran impacto. Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Artículo Científico Volumen 3. Santiago de Chile 208.
9. Gómez J, Posada R. Fundamentos Pediátricos. Editorial Presencia. Medellín, 1994.
10. Lázaro Almarza A. Diversificación Alimentaria en Pediatría. Anales Españoles de Pediatría. Vo l 54, N°2, 2001.
11. Leis R, Tojo R, Castro M. Tratado de Nutrición Pediátrica. Barcelona, Ediciones Doyma, 2001; 411-436.
12. Nutrición del lactante y niño pequeño. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y niño pequeño. Organización Mundial de la Salud OMS. 55ª Asamblea Mundial de la Salud. Mayo 2002.
13. Núñez María de los Ángeles. Dime como es, colección de libros de formación para niños, niñas y adolescentes también. Quito: Graphus, 2002.
14. Núñez María de los Ángeles. Hacia una sexualidad integral. Quito, 2009.
15. Panplona R. El poder medicinal de los alimentos. Editorial Safeliz S.I. Buenos Aires, 2003.
16. Peña L. Alimentación del preescolar y escolar, Protocolos Diagnósticos y Terapéuticos en Pediatría. Barcelona, España 2002 Págs. 321 – 327.
17. Quiñones E, Donoso F, Ugazzi M. Manual de Nutrición Infantil. Mead Johnson. Quito, 2005.
18. Quiñones E, Donoso F, Ugazzi M. M. Su niño de la A a la Z. Quito, 2005.
19. Robertson J, Shilkofski N. Manual de Harriet Lane de Pediatría. The Johns Hopkins Hospital. Editorial Elsevier. Madrid, 2006.
20. Serra L, Aranceta J. Desayuno y equilibrio alimentario. Estudio enkid. Barcelona, Masson, 2000.

Capítulo 7

Salud en niños escolares

Capítulo 7

Salud en escolares

7.1 Alimentación saludable

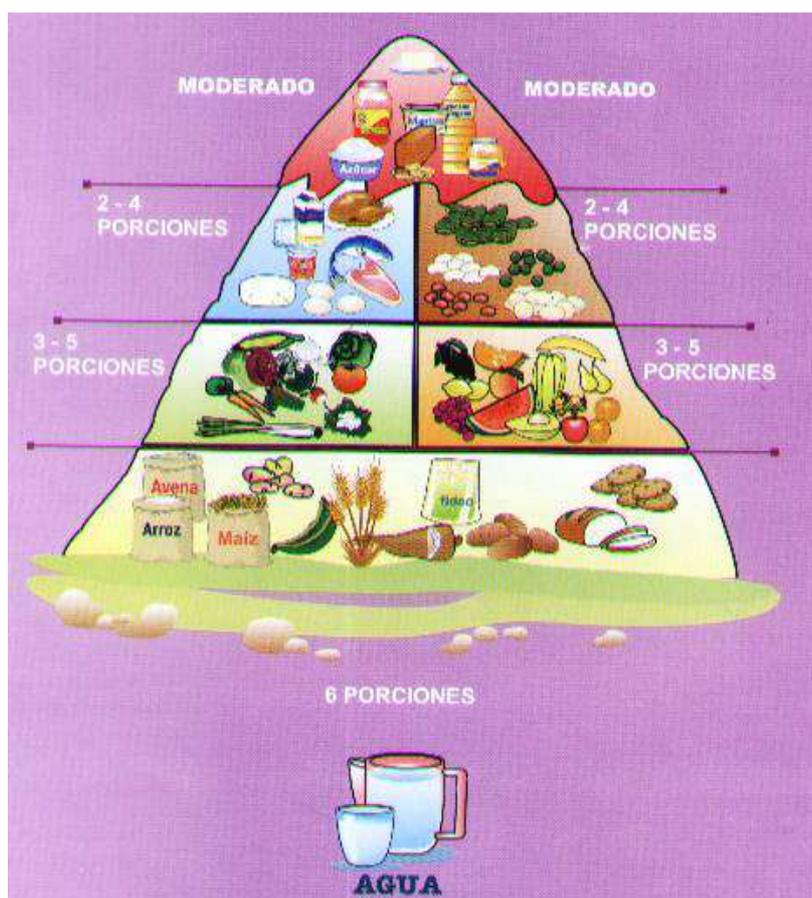
¿Cómo conseguir una dieta saludable?

La primera recomendación para asegurar una dieta saludable es elegir una dieta equilibrada. Esto se consigue desde dos niveles: los alimentos aportados deben ser de calidad y en cantidades adecuadas.

¿Qué es la PIRÁMIDE ALIMENTARIA?

La pirámide alimentaria es una guía de la selección de alimentos que puede aplicarse a niños y adolescentes para conseguir una dieta saludable. Esta pirámide ayuda a consumir una variedad correcta de alimentos y una cantidad adecuada de calorías.

Gráfico N.4 Pirámide Alimentaria



Fuente: Guía alimentaria para escolares. MSP - Ecuador 2010.

¿Cómo interpretar la pirámide alimentaria?

La pirámide alimentaria está dividida en secciones que representan los grupos de alimentos; desde abajo hacia arriba:

- **Base de la pirámide:** representa el consumo de agua y el ejercicio, indispensables para mantener un estado de salud óptimo.
- **Primera sección:** representa los cereales y tubérculos (deben ingerirse 6 porciones diarias).
- **Segunda sección:** representa los vegetales y las frutas (ingerirse 3 a 5 porciones diarias).
- **Tercera sección:** representa la leche y sus derivados. Proteínas de origen animal: (carne, pescado, pollo, huevos) y vegetal (fréjol, arveja, lenteja, garbanzo, etc.). Deben ingerirse 2 a 4 porciones diarias.
- **Cuarta sección:** representa los alimentos ricos en proteínas y grasas (la mayor parte de la grasa que consume debe provenir del pescado, nueces y aceites vegetales). Limité grasas sólidas como: mantequilla, margarina y manteca de cerdo.

Los alimentos representados en las secciones más grandes (se acercan a la base) deben ser consumidos en mayor cantidad.

Alimentación para lograr un rendimiento escolar óptimo

La alimentación influye en el rendimiento escolar. El desarrollo del cerebro depende de la alimentación.

¿Qué nutriente necesita el cerebro para funcionar?

La capacidad de atención, concentración y el estado de alerta dependen de un aporte continuo de azúcar al cerebro.

¿Qué pasa si el cerebro no recibe la cantidad adecuada de glucosa?

El aporte insuficiente de azúcar desencadena el funcionamiento cerebral inadecuado y una disminución de la capacidad de aprendizaje. Muy poco se puede exigir a un estudiante si no se le garantiza una alimentación adecuada.

¿Qué ocasiona la disminución súbita de azúcar al organismo?

La caída súbita de azúcar en la sangre (hipoglucemia) puede ocasionar debilidad, mareo, dolor de cabeza, visión borrosa, desmayo, sudoración, palpitación, palidez, desmayo, pérdida del conocimiento y convulsiones.

Importancia del desayuno

El cerebro necesita glucosa para su óptimo funcionamiento y el cuerpo necesita energía para poder realizar todas las actividades diarias, por lo que el desayuno es esencial. Los alimentos a consumirse en el desayuno deben ser ricos en proteínas e hidratos de carbono como huevo, pan, cereales y frutas.

¿Cuáles son las consecuencias de no desayunar?

No desayunar tiene consecuencias negativas como: crisis de hipoglucemia (debilidad, mareo, desmayo, convulsiones), disminución de la capacidad de aprendizaje, bajo rendimiento académico, retraso en el desarrollo físico y mental.

¿No desayunar puede ser causa de desnutrición?

Si no desayuna no aporta las calorías necesarias para el funcionamiento del cuerpo, lo que ocasiona desnutrición.

¿No desayunar puede ser causa de sobrepeso y obesidad?

Al no desayunar se produce horas más tarde hambre descontrolada, que lleva a comer en exceso y posteriormente a sobrepeso.

¿El desayuno debe ser rico solo en hidratos de carbono?

Después de un desayuno rico en hidratos de carbono (pan, galletas, mermelada, jugo de naranja, refrescos, avena, café o té y dulces) se producirá una brusca elevación del azúcar sanguíneo (glucosa), que estimula la producción de insulina, la cual producirá una abrupta baja de azúcar dos horas después de haber terminado de desayunar.

El cerebro sufrirá entonces los agravios de una baja de azúcar y la persona sentirá palpitaciones, desfallecimiento, dolor de cabeza, sudoración, mareo, visión borrosa y puede llegar a desmayarse (hipoglucemia reactiva).

¿El desayuno debe ser rico en proteínas?

En horas de la mañana se encuentran elevadas en nuestro cuerpo hormonas que transforman las proteínas en azúcar (glucosa), por ello un desayuno rico en proteínas permite que el cerebro tenga un buen aporte de energía. El aporte de proteínas en la mañana preserva la capacidad física y composición corporal, estimula el crecimiento y garantiza la eficiencia mental.

¿Cómo hacer un desayuno saludable?

En un desayuno saludable deben incluirse: frutas, leche, yogurt, queso, cereales, pan, huevo, etc. Combinar y seleccionar alimentos de temporada ayudan a bajar costos; ejemplos:

<ul style="list-style-type: none">• 1 taza de yogurth• 1 taza de fruta picada (de temporada)• 1 pan entero o plátano maduro cocinado.	<ul style="list-style-type: none">• 1 taza de leche• 1 pan• 1 huevo• Papaya picada	<ul style="list-style-type: none">• 1 taza de leche con cereales• Fruta picada (manzana, pera, etc.)
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Recomendaciones

- Para tener el tiempo suficiente, los padres deben acostar al niño temprano y despertarlo a una hora que le permita comer sin prisa.
- Los desayunos deben ser planificados por la madre con anticipación (el día anterior).
- Para aprovechar adecuadamente los alimentos, el niño debe desayunar sentado con su familia.

Bibliografía

1. Almarza A, Marín J. Alimentación del lactante sano. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría. Barcelona, España 2002 Págs. 311 – 319.
2. Aprendiendo a prevenir. Escuela promotora de salud. OPS. Quito, 2002.
3. Ballabriga A, Carrascosa A. Alimentación Complementaria y Periodo del Destete. Nutrición de la Infancia y Adolescencia. 2ª ed. Ergón SA, Madrid, 2001.
4. Ballabriga A, Carrascosa A. Nutrición en la edad preescolar y escolar. Nutrición en la infancia y adolescencia. 2ª ed. Madrid, Ediciones Ergon, 2001; 425-447.
5. Berhman R, Kliegman R, Jenson H. Tratado de Pediatría de Nelson. Editorial Elsevier. Madrid, 2004.
6. Bolagay O. Psicología Clínica y Psicoterapia Infantil. Editorial Universitaria. Quito Ecuador 2002.
7. Bueno M, Sarría A. Nutrición en Pediatría. Editorial Ergón. Madrid, 2003.
8. Dadán S. Fibra un nutriente de gran impacto. Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Artículo Científico Volumen 3. Santiago de Chile 208.
9. Gómez J, Posada R. Fundamentos Pediátricos. Editorial Presencia. Medellín, 1994.
10. Lázaro Almarza A. Diversificación Alimentaria en Pediatría. Anales Españoles de Pediatría. Vo l 54, N°2, 2001.
11. Leis R, Tojo R, Castro M. Tratado de Nutrición Pediátrica. Barcelona, Ediciones Doyma, 2001; 411-436.
12. Nutrición del lactante y niño pequeño. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y niño pequeño. Organización Mundial de la Salud OMS. 55ª Asamblea Mundial de la Salud. Mayo 2002.

13. Núñez María de los Ángeles. Dime como es, colección de libros de formación para niños, niñas y adolescentes también. Quito: Graphus, 2002.
14. Núñez María de los Ángeles. Hacia una sexualidad integral. Quito, 2009.
15. Panplona R. El poder medicinal de los alimentos. Editorial Safeliz S.I. Buenos Aires, 2003.
16. Peña L. Alimentación del preescolar y escolar, Protocolos Diagnósticos y Terapéuticos en Pediatría. Barcelona, España 2002 Págs. 321 – 327.
17. Quiñones E, Donoso F, Ugazzi M. Manual de Nutrición Infantil. Mead Johnson. Quito, 2005.
18. Quiñones E, Donoso F, Ugazzi M. M. Su niño de la A a la Z. Quito, 2005.
19. Robertson J, Shilkofski N. Manual de Harriet Lane de Pediatría. The Johns Hopkins Hospital. Editorial Elsevier. Madrid, 2006.
20. Serra L, Aranceta J. Desayuno y equilibrio alimentario. Estudio enkid. Barcelona, Masson, 2000.

Capítulo 8

Salud mental

Capítulo 8

Salud mental



Fuente: berediana.blogspot.com

La salud mental del niño y adolescente está relacionada con el crecimiento y desarrollo físico, desarrollo psicomotriz, desarrollo de la inteligencia, equilibrio emocional, adaptación en la sociedad, hábitos alimentarios saludables, rendimiento académico y adecuado comportamiento en la escuela, el hogar y la sociedad. “La salud mental armoniza deseos, ambiciones, habilidades, ideales, sentimientos y conciencia de cada persona, con el fin de satisfacer las demandas de la vida”.

¡Padres, familiares, maestros, cuidadores y el entorno social son responsables de la salud mental del los niños!

8.1 Características de la salud mental

¿Cómo saber si un niño goza de salud mental?

Un niño goza de salud mental si:

- Parece sentirse seguro y cómodo.
- Manifiesta una variedad de sentimientos, positivos y negativos.
- Se interesa por el bienestar de otras personas y las trata con respeto.
- Trata con bondad a los animales.
- Puede recuperarse después de experimentar desilusiones o frustraciones.
- Puede expresar el enojo sin lastimarse a sí mismo ni a otros.
- Llama la atención de manera positiva.

- Se defiende y no deja que otros lo traten injustamente.
- Participa en actividades en casa y en clase.
- Está dispuesto a tener experiencias nuevas (intenta desarrollar actividades, probar alimentos, entablar amistad, etc.).
- Persiste en tareas difíciles y no se da por vencido fácilmente.
- Puede expresar sus sentimientos.

8.2 Problemas psicológicos y su relación con trastornos de alimentación

¿Qué relación tienen los problemas psicológicos con los trastornos de alimentación?

Muchos de los trastornos y déficits alimenticios que se presentan en niños y adolescentes se originan por problemas psicológicos, sociales y ambientales relativos a la persona.

¿Cómo afectan los problemas psicológicos la alimentación del niño?

Los problemas psicológicos pueden ocasionar alteraciones en el régimen de alimentación que se manifiestan en dos polos posibles de acuerdo al paciente. En algunos casos se puede presentar pérdida del apetito y en otros, aumento exagerado del mismo; originando desnutrición y obesidad respectivamente.

¿Cuáles son los trastornos psicológicos relacionados con problemas de alimentación?

Entre los más comunes encontramos: depresión, ansiedad, anorexia y bulimia nerviosa.

Todos los trastornos psicológicos se relacionan con bajo rendimiento académico.

8.3 Influencia del afecto de los padres en la nutrición del niño

¿Cómo influye el afecto de los padres en la nutrición de sus hijos?

El estado nutricional del niño no sólo está relacionado al aporte de alimentos de calidad y en cantidad adecuada. El amor, cariño y respeto que los niños reciben de sus padres influyen positivamente en el estado nutricional.

8.4 Mi hijo se porta mal. ¿Cómo puedo reprenderlo?

La mejor forma de educar y reprender a los niños es a través de la comunicación y el

diálogo directo.

Toda forma de maltrato es atentatoria y perjudicial para el desarrollo integral de los niños; no debe olvidar que durante la infancia se forma la personalidad del niño. Un niño que fue maltratado llevará consigo episodios traumáticos que podrían perjudicar su vida adulta.

Aquí algunos consejos:

- Suprima y evite cualquier forma de castigo físico.
- **Refuerzo positivo:** ante un comportamiento adecuado prémiole con frases de motivación, afecto, cariño, y ocasionalmente con algo que le guste.
- **Refuerzo Negativo:** Ante un comportamiento inadecuado repréndalo con castigos como: no ver la televisión, no jugar play station, retirar algo que sea de su agrado por un tiempo determinado, limitar sus salidas, etc.
- Siempre cumpla con los castigos, no doblegue su intención.
- Después de terminar el tiempo de castigo, dialogue con su hijo sobre lo erróneo de su comportamiento y hágalo entrar en razón cordialmente recalcando siempre el amor que siente por él.

Acuda oportunamente al psicólogo para prevenir trastornos psicológicos y mejorar la salud mental, física y nutricional del niño; no espere que el niño esté enfermo para visitarlo.

Bibliografía

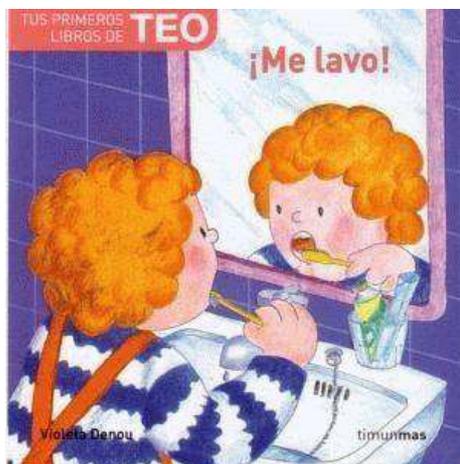
1. Adair L. Chile and adolescent obesity: Epidemiology and developmental perspectives. *Physiol Behav* (2008).
2. Aguilera R, De Snyder V, Romero M. Paternal absence and international migration: Stressors and compensators associated with the mental health of Mexican teenagers of rural origin. *Adolescence*, 39, 711-723. 2004.
3. Albuja BO, Albuja EX, Albuja WO. Depresión infantil en hijos de padres migrantes. *Edit Elsevier. Rev Aten Primaria*. 2009; 41:288.
4. Berhman R, Kliegman R, Jenson H. *Tratado de Pediatría de Nelson*. Editorial Elsevier. Madrid, 2004.
5. Bolagay O. *Psicología Clínica y Psicoterapia Infantil*. Editorial Universitaria. Quito Ecuador 2002.
6. Gómez J, Posada R. *Fundamentos Pediátricos*. Editorial Presencia. Medellín, 1994.
7. Harrington R. Affective disorders. En: Rutter M & Taylor E. *Child and adolescent psychiatry*. 4ª ed. London: Blackwell Science; 2002. p. 463-85.
8. Moreira ME. Vulnerabilidad e impacto psicosocial. Consecuencias de la migración. *Revista Judicial de Ecuador*. <http://www.humanrightsmoreira.com>. 2004.
9. Pineda L. Análisis sobre globalización, migración y derechos humanos. Programa Andino de Derechos Humanos y Democracia. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, 2003.
10. Quiñones E, Donoso F, Ugazzi M. *Manual de Nutrición Infantil*. Mead Johnson. Quito, 2005.
11. Quiñones E, Donoso F, Ugazzi M. M. *Su niño de la A a la Z*. Quito, 2005.

Capítulo 9

Salud oral

Capítulo 9

Salud oral



Fuente: maripreescolar.blogspot.com

Cuidar la boca es el primer paso en el camino hacia una buena salud. Los hábitos alimenticios, cepillarse regularmente, utilizar hilo dental y acudir periódicamente al dentista constituyen partes importantes de una buena salud oral.

El camino a la buena salud comienza en su boca.

9.1 Alimentación saludable

Existen varios vínculos entre salud oral y nutrición. Así como las enfermedades de la boca pueden afectar la alimentación y la nutrición; la mala alimentación pueden desencadenar enfermedades de la cavidad bucal.

¿Cuál es la alimentación más adecuada para los dientes?

La formación de los dientes requiere sobre todo calcio, fósforo, hierro, vitamina D y flúor. **La lactancia materna** es el punto de partida para un buen desarrollo de los dientes. Posteriormente, una alimentación variada y equilibrada con una cantidad suficiente de frutas y verduras, asegurara que no falte ninguno de estos nutrientes.

¿Qué alimentos permiten el desarrollo adecuado de la dentadura?

Para mantener sanos a los dientes es imprescindible tener una alimentación saludable; es decir, adecuada en cantidad y calidad. Los capítulos anteriores exponen varias recomendaciones para conseguir este objetivo. El consumo de frutas y verduras (ricos en vitaminas y minerales), leche y sus derivados (ricos en calcio) favorecen el desarrollo de los dientes.

9.2 ¿Cómo conseguir dientes sanos?

Para conseguir una dentadura sana es importante:

- Tener hábitos alimenticios correctos.
- Mantener una correcta higiene (***cepillado de los dientes, uso de hilo dental y complementar con uso de enjuagues bucales que contengan flúor.***).
- Visitar periódicamente al odontólogo.

¿Cuándo debe un niño empezar a limpiarse los dientes?

La limpieza del niño empieza desde temprana edad, masajeando suavemente sus encías con una gasa o con un bastoncito de algodón embebidos en agua hervida o en agua con infusión de manzanilla, una vez al día y preferiblemente por la noche, esto ira preparando el terreno para que cuando salga el primer diente, no se infecte con bacterias.

¿Cuándo usar el primer cepillo?

El uso del cepillo debe iniciar cuando sale el primer diente. A partir de este momento se utilizará un cepillo de cerdas suaves y redondeadas con una crema dental sin flúor (de preferencia a base de xilitol). El flúor se adicionara a partir de los 3 años de edad, cuando ya está presente toda la dentadura decidua (dientes de leche) y para evitar fluorosis (enfermedad por exceso de fluor).

¿Cómo enseñarle a un niño a lavarse los dientes?

Los niños observan todo lo que los adultos hacen, por ello debe aprovechar esto y hacer del cepillado un hábito que una padres e hijos.

- Es necesario que los padres prediquen con el ejemplo. De nada servirá la enseñanza, por mucho énfasis que se ponga en ella, si los niños observan que los adultos no se lavan los dientes.
- Lávese los dientes en conjunto y disfrute el momento con su hijo.
- Es importante y muy útil subir a los niños a una silla para que se vean en el espejo cuando se estén cepillando.
- Al principio deben ayudar al cepillado porque no tienen la suficiente coordinación motriz para hacer una higiene correcta.
- En una primera instancia deje que se cepillen solos y luego ayúdelos.
- Cada vez que limpie sus dientes explique la manera de hacerlo.

¿Cómo se limpian los dientes correctamente?

De nada sirve el aseo tres o cuatro veces al día si se hace sin método. El niño debe aprender el siguiente sistema:

- Al principio, el espejo será un elemento tan indispensable como el cepillo, para evitar que olviden limpiarse piezas dentales que no se ven.
- Primero debe usar el hilo dental; este debe tener cera para que se pueda deslizar con facilidad entre los dientes. Pase distintos tramos del hilo en cada diente y luego enjuague la boca.
- Segundo: utilizar una correcta técnica de cepillado.

¿Cuál es la técnica correcta de cepillado?

La técnica de cepillado a seguir será la siguiente:

Iniciar con la parte de las muelitas y dientes que miran hacia la mejilla.

- Realizar un movimiento de arriba hacia abajo en las muelas superiores y de abajo hacia arriba en las muelitas inferiores. Luego hacer un movimiento de atrás hacia adelante (como si retiráramos lo que limpiamos al principio)

Continuar con la parte de las muelitas con las cuales se mastica los alimentos (parte superior)

- Límpielas en forma circular.

Luego los dientes anteriores (los que vemos cuando reímos)

- Los de arriba, limpiarlos con movimientos hacia abajo
- Los de abajo, limpiarlos con movimientos hacia arriba (no hacerlo hacia los lados porque puede lastimar la encía y producir sangrado).

Termine enjuagando su boca

¿Cuántas veces al día es conveniente lavarse los dientes?

Es recomendable limpiar las piezas dentales inmediatamente después de cada comida. Si después de la merienda se pica algún alimento, hay que volver a cepillarse.

¿Cuánto tiempo dura un cepillo?

Los cepillos convencionales pueden utilizarse dos meses. Cuando las cerdas empiezan a desparramarse, a doblarse y ya no limpian bien; hay que tirarlo. Para evitar que las cerdas se desparramen es importante que una vez que termine de lavarse la boca deje el cepillo de pie en un vaso para que se seque. Después de los dos meses de uso el cepillo se llena de bacterias y puede provocar infecciones.

9.3 Visita al odontólogo

¿Cada cuanto tiempo debe visitar al odontólogo?

La primera visita debe ser antes de que aparezcan sus primeros dientes, para explicar a los padres las medidas de higiene, la alimentación y las medidas de prevención a seguir.

Es importante resaltar que los dientes de leche son igual de importantes que los dientes definitivos, los padres no deben descuidarse argumentando el concepto equivocado de que los dientes de leche no sirven, al contrario estos son el pilar de una dentadura definitiva sana.

Luego los controles deben ser regulares (en niños es recomendable que acudan cada cuatro meses a control odontológico).

¡Acuda con su hijo regularmente al odontólogo!

Bibliografía

1. González Andrés. Manual de Educación Dental Infantil. Consejería de Salud. 1991
2. Cuenca E., Manau C., Serra Ll. Manual de Odontología Preventiva y Comunitaria.. Editorial Masson. 1991.
3. Rioboo R. Higiene y Prevención en Odontología individual y comunitaria. 1994.
4. Margarita Valera. Problemas Bucodentales en Pediatría.. Ediciones Ergon. 1998.

Capítulo 10

Salud, actividad física y deporte

Capítulo 10

Salud, actividad física y deporte



Fuente: centropsicoterapiavirginiasatir.blogspot.com/

La actividad física y el deporte tienen especial importancia en la infancia, niñez y adolescencia; están relacionados a la formación integral del ser humano, ayudan a desarrollar destrezas físicas, mantener el equilibrio emocional, garantizan el desarrollo físico y mental, y previenen enfermedades como obesidad y diabetes.

10.1 Beneficios de la actividad física en la niñez

¿Cuáles son los beneficios de la actividad física en la niñez?

- Crecer sanos.
- Tener huesos y músculos fuertes.
- Gastar energía y no engordar.
- Estimular el desarrollo psicomotor.
- Aprender movimientos cada vez más complejos.
- Tener mayor control de su cuerpo y ser más hábiles.
- Ser más flexibles.
- Explorar el mundo y conocer las cosas que los rodean.
- Pasarlo bien y divertirse.
- Mejorar su creatividad.
- Mejorar su autoestima.
- Tener más amigos y trabajar en equipo. Ser felices.

10.2 Juegos y actividades recomendadas

¿Qué tipo de juegos y actividades son las más recomendables en la etapa preescolar?

- Juegos en que tenga que moverse de un lado para otro: caminar, correr, saltar, escalar, elevar un volantín.
- Juegos en que tenga que utilizar cosas y objetos: lanzar, patear, rodar y atrapar.
- Juegos en los que pueda relacionarse con su papá, mamá y familiares.
- Juegos en los que pueda bailar.
- Juegos en los que pueda aprender de su cuerpo.
- Juegos en que pueda sentir los pesos, texturas, colores y formas de los objetos.

¿Qué deporte es el más adecuado para niños y adolescentes?

El tipo de deporte más recomendado es el aeróbico. Estas actividades incluyen: correr, nadar, bailar, fútbol, básquet, carate, judo, aeróbicos, entre otros.

Para asegurar que el niño practique un deporte es necesario que le guste para que sea constante y no deje de hacerlo. **No debe obligarlo a que le guste el deporte favorito de los padres.** No es malo que un niño practique baile y una niña practique fútbol.

El deporte adecuado para su hijo, es el que a él más le guste y quiera practicarlo. ¡Respete las preferencias de los niños!

¿Con qué frecuencia debe realizar ejercicio un niño?

En adultos se recomienda caminar a buen ritmo en forma continua 30 a 40 minutos cinco días a la semana como mínimo. En niños y adolescentes el deporte y el juego deben ser practicados a diario y por tiempos más prolongados.

10.3 Sedentarismo

¿Qué es el sedentarismo?

El sedentarismo es el modo de vida caracterizado por falta de actividad física y carencia de movimiento. El sedentarismo puede originar múltiples enfermedades como: obesidad, diabetes, hipertensión, cáncer de colon, entre otras.

¿Qué factores influyen para que niños sean sedentarios?

Hábitos y estilos de vida inadecuados.

Ausencia de ejercicio y recreación entre padres e hijos

Uso excesivo de televisión, juegos de video, computador y chateo.

Influencia de la televisión

¿Cómo influye la televisión en el estado nutricional?

Niños y adultos que están sentados mucho tiempo mirando la televisión disminuyen notablemente la actividad física y con ello el gasto energético. Esta acumulación de energía es causa de sobrepeso y obesidad. Además, los anuncios de diferentes alimentos comúnmente denominados chatarra, llaman la atención de los niños, quienes piden dichos alimentos que no les brindan ningún beneficio nutricional, al contrario perjudican su salud.

¡Limite a los niños el tiempo para ver televisión!

10.4 Estimulación de la actividad física y prevención del sedentarismo

Preescolares

Para aprender, compartir, tener amigos, descubrir y divertirse, permita que el niño pueda:

- Jugar en vez de ver televisión.
- Jugar con objetos grandes y pequeños, de distintos colores, que pueda mover con su cuerpo, con sus brazos o con sus pies.
- Jugar con balones, aros (ula-ula) y todo lo que no le haga daño.
- Experimentar nuevas formas de movimiento y equilibrio.
- Andar en bicicleta y en todo lo que pueda pedalear y empujar.
- Pasear los fines de semana disfrutando del contacto con la naturaleza.

Escolares y adolescentes

Los padres deben permitir que sus hijos puedan:

- Hacer deporte en vez de ver televisión.
- Practicar su deporte favorito y escoger sus actividades.
- No obligarlos a realizar actividades que no puedan o no quieran hacerlas.
- Practicar deporte con sus amigos.

- Hacer conciencia de que ***“lo importante no es ganar, lo importante es hacer deporte y divertirse”***.
- Convertir la práctica del deporte en un hábito.
- Limitar el tiempo frente al televisor, juegos de video y computador.
- Compartir sus actividades escolares con actividades deportivas.
- No le niegue la posibilidad de perfeccionarse en un deporte y ser un atleta de alto nivel.

¡Predique con el ejemplo, comparta tiempo con su hijo, haga ejercicio, promueva su relación de amistad, fortalezca los lazos afectivos y cuide su salud!

Bibliografía

1. Aprendiendo a prevenir. Escuela promotora de salud. OPS. Quito, 2002.
2. Berhman R, Kliegman R, Jenson H. Tratado de Pediatría de Nelson. Editorial Elsevier. Madrid, 2004.
3. Gómez J, Posada R. Fundamentos Pediátricos. Editorial Presencia. Medellín, 1994.

Capítulo 11

Prevención de problemas nutricionales

Capítulo 11

Prevención de problemas nutricionales



Fuente: chucheriasdemerce.blogspot.com.

11.1 Obesidad

¿Un niño gordo, es un niño saludable?

Un niño gordo no es necesariamente un niño sano. ***¡La gordura no es sinónimo de salud y con la edad probablemente no reducirá su peso!***

¿Qué se entiende por obesidad?

La obesidad se caracteriza por la acumulación y almacenamiento excesivo de grasa.

¿Cuáles son las causas por las que un niño puede ser obeso?

Los factores que predisponen a la obesidad en niños son:

- Padres gordos (es más frecuente cuando la madre es obesa).
- Inadecuados hábitos de alimentación de la familia.
- Comida chatarra (alimentos ricos en grasas, fritos, golosinas azucaradas, etc.).
- Sedentarismo (mucho tiempo delante del televisor, computadora y juegos de video).

¿Qué riesgos y complicaciones produce la obesidad?

La obesidad trae como consecuencia el apareamiento de enfermedades crónicas no transmisibles como: diabetes, hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular, síndrome metabólico, hígado graso, cálculos biliares, alteraciones esqueléticas, artritis, enfermedades pulmonares y renales, apnea del sueño y síndrome de ovario poliquístico.

Consejos pediátricos prácticos para prevenir la obesidad

Si creamos hábitos saludables de alimentación desde el primer año de vida perdurarán a través del tiempo; lograremos adultos sin obesidad y con menos enfermedades crónicas no transmisibles como Diabetes e Hipertensión arterial.

- La alimentación saludable se inicia con la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida.
- La alimentación complementaria o ablactación se iniciará a los seis meses.
- Cumpla los horarios de las comidas, al menos 5 comidas al día (tres comidas principales y dos refrigerios).
- Limite el consumo de los alimentos con alto contenido de azúcar o grasa: galletas con crema, caramelos, leche condensada, tortas, postres, chicles, hamburguesas, salchichas, embutidos, papas fritas, chitos, refrescos, etc. (comida chatarra).
- Seleccione alimentos de bajo contenido energético y altos en fibra (mayor consumo de frutas y verduras).
- Incluya cereales integrales o con fibra en la alimentación.
- Consuma agua en vez de bebidas azucaradas como refrescos.
- Evite las frituras (1 papa cocida tiene 5 calorías, 1 papa frita puede llegar a tener más de 100 calorías).
- Coma pequeñas porciones frecuentemente.
- Realice ejercicio y actividad física rutinaria con sus hijos.

Eduque a su hijo sobre estilos de vida saludables ¡Recuerde, la alimentación es un hábito que se aprende en el seno familiar!

11.2 Desnutrición

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la malnutrición ha sido la causa directa o indirecta, del 60% de los 10,9 millones de muertes registradas cada año en los niños menores de cinco años en todo el mundo.

De acuerdo a datos del Banco Mundial 2005, aproximadamente 371.000 niños menores de cinco años en el Ecuador (26%) tienen desnutrición crónica; y de ese total, 90 mil (6.35%) tienen desnutrición grave.

¿Por qué debemos preocuparnos por un niño desnutrido?

Un niño desnutrido tiene déficit en su crecimiento físico, déficit en su desarrollo mental, emocional y afectivo, problemas de adaptación social y alteración de su sistema inmunológico (se enferma con mayor frecuencia y las enfermedades son más graves). La mortalidad (riesgo de muerte) de los niños desnutridos puede ser 20 veces mayor a la de niños bien nutridos.

¿Cuáles son los tipos de desnutrición?

La desnutrición puede ser de dos tipos:

- **Marasmo:** desnutrición grave en la que el niño se presenta completamente emaciado, es decir hueso y pellejo.
- **Kwashiorkor:** desnutrición grave que produce edema o hinchazón de los niños debido a baja cantidad de proteínas en la sangre.

El marasmo al igual que el kwashiorkor representan los grados más severos de desnutrición.

¡Un niño que aparenta ser gordo puede estar gravemente desnutrido!

¿Cuáles son las manifestaciones clínicas de la desnutrición?

- Peso bajo para la edad.
- Talla corta para la edad.
- Perímetro cefálico pequeño (tamaño de la cabeza) para la edad.
- Pérdida de la grasa corporal y piel arrugada (niños flacos).
- Edema o hinchazón generalizada (niños aparentemente gordos).
- Debilidad, decaimiento, palidez y pérdida de apetito.
- Desprendimiento fácil del cabello y de varios colores (signo de la bandera), ojos hundidos, fuegos en la boca.
- Lesiones en la piel como descamación e infecciones.
- Déficit del desarrollo psicomotor. Por ejemplo un niño que no se sienta a la edad de siete meses o no camina al año y medio.
- Problemas de aprendizaje, atención y bajo rendimiento escolar.

- Pica (preferencia por el consumo de tierra) cuando la desnutrición se asocia a anemia por falta de hierro.
- Caries dentales.
- Infecciones respiratorias, digestivas y de vías urinarias frecuentes.
- Depresión.

¿Cómo tratar la desnutrición?

El tratamiento de desnutrición es individual y debe ser establecido el médico. Un niño desnutrido necesita mucho amor. Existe relación directa entre el afecto que recibe el niño y la mejoría de los síntomas de desnutrición.

¡El mejor complemento del tratamiento médico es el AMOR!

Bibliografía

1. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Cuaderno de procedimientos.OMS. 1998.
2. Berhman R, Kliegman R, Jenson H. Tratado de Pediatría de Nelson. Editorial Elsevier. Madrid, 2004.
3. Cook GC, Zumla AI (edit). Manson´s Tropical Diseases. 21th ed. London: Elsevier Science; 2002
4. Gómez J, Posada R. Fundamentos Pediátricos. Editorial Presencia. Medellín, 1994.
5. Panplona R. El poder medicinal de los alimentos. Editorial Safeliz S.I. Buenos Aires, 2003.
6. Quiñones E, Donoso F, Ugazzi M. Manual de Nutrición Infantil. Mead Johnson. Quito, 2005.
7. Quiñones E, Donoso F, Ugazzi M. M. Su niño de la A a la Z. Quito, 2005.
8. Robertson J, Shilkofski N. Manual de Harriet Lane de Pediatría. The Johns Hopkins Hospital. Editorial Elsevier. Madrid, 2006.
9. Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador – SIISE. Recopilación de datos del IV Censo de Población y V de Vivienda, 2001.

Capítulo 12

Estilos de vida saludable y su economía

Capítulo 12

Estilos de vida saludable y su economía

12.1 Prácticas saludables y su relación con la economía familiar

Lactancia materna

Los beneficios del amamantamiento (capítulo 4) no están relacionados solo con el desarrollo físico, mental, etc. del niño; sino también con el ahorro de dinero. Este ahorro representa beneficios económicos para la familia y la sociedad.

¿Cómo ahorra cuando privilegia el amamantamiento?

El amamantamiento evita el consumo de leche de fórmula. La utilización de leche de fórmula representa un “nuevo” rubro de la canasta familiar, la cual tendrá un costo mayor.

- Estudio de costo: Un tarro de leche en polvo de 900 gramos cuesta en promedio 22.50 dólares; se calcula que para complementar la alimentación diaria durante un año se necesitan 30 tarros, lo que significa un gasto de 675 dólares.
- Si privilegia el amamantamiento, estos 675 dólares podrían ser invertidos en vestido, educación y vivienda para beneficio de toda la familia.

El amamantamiento previene enfermedades; al ser la leche materna un elemento protector contra enfermedades evita gastos imprevistos como: consultas médicas, medicinas, cuidados, etc.

- Beneficios económicos para la familia; ahorro de dinero e inversión en otras necesidades.
- Beneficios económicos para el estado y la sociedad; evitar el gasto por hospitalización. Ahorro de dinero e inversión para mejorar la calidad de atención (instalaciones, médicos, vacunas, medicinas, etc.).

Control del niño sano y vacunación

¿Cómo ahorra cuando acude con su hijo al control médico del niño sano?

El control médico del niño sano permite conocer el estado de salud del paciente y facilita la prevención de enfermedades. Si su hijo enferma incurrirá en un nuevo gasto. En promedio en el Ecuador una enfermedad manejada ambulatoriamente cuesta alrededor de 40 dólares (incluye consulta y medicinas). ***¡Si previene, ahorra!***

¿Por qué cumplir con el calendario de vacunación?

El no vacunar a los niños puede traer como consecuencias enfermedades graves, secuelas irreversibles y discapacidad. El tratamiento de estas consecuencias demanda gastos económicos importantes (miles de dólares), que influyen negativamente en la satisfacción de otras necesidades vitales como educación, alimentación, vestido y vivienda.

¿Por qué no vacunar a un niño perjudica a toda la población?

Un niño que no es vacunado puede enfermar gravemente, tiene que ser hospitalizado y posteriormente necesitará rehabilitación. Los gastos onerosos (miles de dólares) que invierte el estado en la recuperación de un niño que no fue vacunado podrían ser utilizados para prevenir y mejorar la calidad de atención (vacunas, médicos, nuevos centros de salud, medicinas, etc.), siendo beneficiada toda la comunidad. ***¡Cumpla con el esquema de vacunación del Ministerio de Salud Pública!***

Alimentación saludable

¿Por qué basar su alimentación en la soberanía alimentaria?

Porque nutrirse con alimentos de calidad y de origen conocido evita pagar altos costos por productos que pueden atentar contra su salud y la de su familia. Nuestro país es rico en alimentos nutritivos que por desconocimiento son utilizados equivocadamente o no son consumidos.

- Ejemplo: Muchas familias venden productos de alta calidad nutricional a precios bajos (quinua, chuchuca, maíz, huevos, etc.) para comprar ciertos alimentos nutritivamente malos y a precios más altos como frituras, refrescos, etc.

- Caso práctico: Un vaso de jugo de mora hecho en casa cuesta 15 centavos, mientras que una gaseosa personal cuesta 30 centavos (alimento rico en vitaminas y minerales a la mitad de precio que una bebida sin beneficios nutricionales).
- Consecuencias: mala nutrición, mayor riesgo de desnutrición y obesidad, mayor riesgo de enfermedades como diabetes. Posteriormente, mayor gasto de dinero.

¿Quién debe alimentar a los niños?

Los padres son los responsables de la alimentación de sus hijos, deben controlar su nutrición y evitar que estén en riesgo de contraer enfermedades. La falta de control de la alimentación por parte de los padres puede traer como consecuencias problemas de salud de sus hijos, lo que originará la necesidad de atención médica y la utilización de medicamentos (gasto no previsto), afectando la economía familiar.

- Ejemplo: la falta de control de la alimentación de los padres puede originar una enfermedad gastrointestinal o diarrea (una de las más frecuentes en nuestro medio). Esta enfermedad requiere un tratamiento que dura entre cinco a siete días, cuyo costo es aproximadamente 35 dólares, a más de los costos de la dieta.

Lavarse las manos ayuda a la economía de la familia

Medidas de higiene tan simples como lavarse las manos correctamente (capítulo 2), evitan la gran mayoría de enfermedades. Parece incierto, pero no cumplir con esta norma básica puede originar enfermedades graves como Neumonía por Influenza A H1N1, cólera, tifoidea, hepatitis A, parasitosis y muchas otras que pueden poner en peligro la vida de una persona.

- Los gastos por enfermedades que son transmitidas por no lavarse las manos son incalculables (miles o millones de dólares). Las primeras causas de morbilidad (enfermedad) en nuestro país (infecciones respiratorias y diarrea) están relacionadas a este hecho.
- Al lavarse las manos no solo evita enfermedades y muertes, también fomenta el ahorro de dinero a su familia y al estado, el cual podría ser utilizado en beneficio de toda la población.

¡La mejor forma de ahorrar, es educar y prevenir!

12.2 La salud y el ahorro

Es evidente que la prevención de enfermedades es uno de los mecanismos más importantes para mantener la salud. La prevención a más de evitar enfermedades, también contribuye al ahorro familiar en gastos futuros como: consultas médicas, medicinas y atención hospitalaria, que constituyen costos de medicina curativa. “Es mejor prevenir que curar”

12.3 Salud y trabajo

El trabajo es un medio a través del cual buscamos satisfacer una serie de necesidades personales y sociales, sin que se vea por ello afectado nuestro estado de bienestar físico y mental. La salud y el trabajo están íntimamente relacionados ya que la salud es un requisito imprescindible para poder emplear y desarrollar las habilidades profesionales.

12.4 Salud y pobreza

La mala salud y la pobreza están estrechamente relacionadas ya que los países desposeídos tienen peores condiciones sanitarias (falta de agua potable, falta de alcantarillado, falta de acceso a servicios de salud, etc.). Los pobres tienen más problemas de salud. *Existe una relación de causalidad que funciona en los dos sentidos: la pobreza genera mala salud, y la mala salud hace que los pobres sigan siendo pobres.*

El manual estilos de vida saludable en el embarazo, la niñez y la adolescencia a más de ser una herramienta educativa que promociona prácticas saludables; pretende también ser un documento que sirva de guía sobre la adecuada utilización de bienes y servicios para mejorar la economía familiar y de toda la población ecuatoriana.

Dr. Byron Albuja E.

Bibliografía

1. Orellana Dante. La Salud en la Globalización. Ediciones ABYA-YALA. Quito – Ecuador 2003.
2. Velasco Lourdes. Maestría de Gerencia de Salud para el Desarrollo Local: Problemas de Salud Internacionales. Universidad Técnica Particular de Loja. 2009
3. Acosta, Alberto; 2004, “Breve Historia Económica del Ecuador”, 2da Edición Actualizada, Biblioteca General de Cultura, Corporación editorial Nacional, Quito, Ecuador.
4. The IOWA University: About Global Health Studies Program, Global Health Studies Program, 2006 en: <http://international.uiowa.edu/centers/global-health/default.asp>.
5. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos – INEC, 2011.