



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

### RESUMEN

El presente trabajo determinó el Estado Nutricional de los niños(as) del Centro de Desarrollo Infantil Totoracocha de la Ciudad de Cuenca, la relación con las prácticas alimentarias y la capacitación a sus padres, la misma se realizó durante Enero a Julio del 2010. Es una investigación descriptiva, prospectiva, para la cual separó al total de 57 niños(as) en menores de dos años y mayores de dos años, para luego ser clasificados mediante el diagnóstico de los indicadores antropométricos. Se elaboró un instrumento de recolección de datos (encuesta dietética), que consta de: Datos personales, Medidas de peso y talla, Diagnóstico nutricional, Antecedentes patológicos, Consumo de suplementos dietéticos, Intolerancias alimentarias, Frecuencia de consumo de alimentos durante la semana y Anamnesis alimentaria del fin de semana.

La prevalencia de Desnutrición en los tres niveles es de 52,64%, el 45,61% de Normalidad y 1,75% de Sobrepeso. El aporte de calorías durante la semana es 52,63% de Normalidad, 38,63% Déficit y 8,77% Exceso. En el consumo de macronutrientes identificó un exceso de proteínas que abarca 47,37%, carbohidratos un 54,38% y grasas el 45,61%. En la alimentación del fin de semana, la mayoría recibe un aporte calórico Normal del 70.17%, proteínas con un exceso de 85,96% y una deficiencia de grasa del 42,10%.

Se recomienda a los tutores y padres de familia tener presente la realización de constantes evaluaciones nutricionales a los niños (as) y la mejora de la alimentación tomando en cuenta las necesidades de cada uno, de acuerdo a la edad en la que se encuentran.

**Palabras Claves:** Estado Nutricional, Menores de 5 años, Prácticas alimentarias, Indicadores Antropométricos, Capacitación.

**AUTORAS:**  
TATIANA JARAMILLO CELI  
NATHALIA SÁNCHEZ PERALTA



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

### ABSTRACT

This analysis has determined the Nutritional Condition of the children at the “Centro de Desarrollo Infantil Totoracocha” in Cuenca, the relationship with eating habits and parents capacitating. The research was done from January to July of 2010.

As a descriptive and prospective study, it separated out of the 57 children from the center, to those under and over the age of two, to be classified according to the anthropometrics indicators. Consequently, to obtain the information a dietary survey was done, regarding: personal data, weight, height, nutritional diagnostic, pathological background, dietary supplements consumption, food intolerance, food frequency consumption during the week and Anamnesis during the weekend.

As a result, the innutrition on the three levels is represented by 52,64%, 45,61% Normality and 1,75% of Overweight. Calories supplement during the week is 52,63% Normal, 38,63% Deficit and 8,77% Over consumption. Macronutrients consumption has an extreme use of proteins represented by 47,37%, carbohydrates 54,38% and 45,61% fat.

Regarding the consumption of food during the weekend, the majority of children obtain a normal caloric supplement correspond to 70.17%, proteins 85,96 and fat deficiency 42.10%,

Indeed, it is recommended for the parents to maintain a constantly nutrition evaluation to their children toward the necessities and age of each one.

**Key words:** Nutrition status, under 5, eating habits, anthropometric indicators and parents capacitating.



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

### INDICE

#### CAPITULO I

Introducción

#### CAPITULO II

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

#### CAPITULO III

FUNDAMENTO TEÓRICO

##### 1. ESTADO NUTRICIONAL

1.1. Definición

##### 2. EVALUACIÓN NUTRICIONAL

2.1. Evaluación Antropométrica

2.1.1. Indicadores Antropométricos

2.1.2. Indicadores de dimensiones corporales

2.1.3. Peso para la edad

2.1.4. Indicador talla para la edad

2.1.5. Indicador peso para la talla

2.1.6. IMC (índice de masa corporal)

##### 3. VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL

3.1. Encuestas dietéticas

3.1.1. Recordatorio de 24 horas

3.1.2. Historia dietética

##### 4. DESNUTRICIÓN

4.1. Definición

4.2. Causas de desnutrición

4.3. Clases de Desnutrición

4.3.1. Marasmo

#### AUTORAS:

TATIANA JARAMILLO CELI

NATHALIA SÁNCHEZ PERALTA



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

4.3.2. Kwashiorkor

4.3.3. Kwashiorkor-Marasmo

### 5. SOBREPESO Y OBESIDAD

5.1. Definición

5.2. Causas

5.3. Clasificación

5.3.1. Obesidad hiperplásica

5.3.2. Obesidad hipertrófica

5.3.3. Primaria

5.3.4. Secundaria

5.4. Consecuencias de la obesidad infantil

5.5. Tratamientos

### 6. HÁBITOS ALIMENTARIOS

6.1. Definición

6.2. Importancia de los Hábitos Alimentarios Saludables

6.2.1. Cambios en los hábitos alimentarios en los niños a partir del primer año

6.2.2. Cambios en el número de alimentos

6.2.3. Cambios en el número de comidas diarias

6.2.4. Cambios en la forma de cocinar

### 7. CAPACITACIÓN

7.1. Concepto

7.2. Técnicas participativas

7.3. Fases del Proceso

#### **AUTORAS:**

TATIANA JARAMILLO CELI

NATHALIA SÁNCHEZ PERALTA



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

### CAPITULO IV

#### OBJETIVOS

1. Objetivo general
2. Objetivos específicos

### CAPITULO V

#### METODOLOGÍA.

1. Tipo de estudio
2. Variables
3. Universo y muestra
4. Técnicas e instrumental a usarse para el registro antropométrico
  - 4.1 Peso
  - 4.2. Estatura o talla
5. Procedimientos técnicas e instrumentos
  - 5.1. Medición de peso y talla
  - 5.2 Determinación de las prácticas alimentarias
6. Variables de estudio
7. Plan de tabulación y análisis

### CAPITULO VI

#### RESULTADOS.

1. Tabla Basal
2. Características generales de la muestra

### CAPITULO VII

1. Discusión

#### **AUTORAS:**

TATIANA JARAMILLO CELI  
NATHALIA SÁNCHEZ PERALTA



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**

2. Conclusiones

3. Recomendaciones

4. Referencias bibliográficas

**CAPITULO VIII**

**ANEXOS**

**AUTORAS:**  
TATIANA JARAMILLO CELI  
NATHALIA SÁNCHEZ PERALTA



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**

**UNIVERSIDAD DE CUENCA**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA**

**AREA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**

**“EVALUACIÓN NUTRICIONAL A NIÑOS(AS) DEL CENTRO DE  
DESARROLLO INFANTIL SOLIDARIO TOTORACOCHA Y CAPACITACIÓN  
A SUS PADRES.  
CUENCA 2010”**

**TESIS PREVIO A LA OBTENCIÓN DE LA  
LICENCIATURA EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**

**DIRECTORA / ASESORA:**

**DRA. GICELA PALACIOS SANTANA**

**AUTORAS:  
TATIANA JARAMILLO CELI  
NATHALIA SÁNCHEZ PERALTA**

**CUENCA- ECUADOR**

**2010**

**AUTORAS:  
TATIANA JARAMILLO CELI  
NATHALIA SÁNCHEZ PERALTA**



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**

## **RESPONSABILIDAD**

Los criterios emitidos en este trabajo son de exclusiva responsabilidad de sus autoras.

Nathalia Sánchez Peralta.

Tatiana Jaramillo Celi.

**AUTORAS:**  
TATIANA JARAMILLO CELI  
NATHALIA SÁNCHEZ PERALTA



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**

## **AGRADECIMIENTO**

Nuestros más sinceros agradecimientos a la Ilustre Municipalidad de Cuenca, al Centro de Desarrollo Infantil Totoracocha por darnos la apertura para la realización de nuestro proyecto, a cada uno de nuestros respetables maestros que día a día nos guiaron, apoyaron e impartieron sus conocimientos, de manera muy especial a nuestra directora y asesora la Doctora Gisela Palacios quien abnegadamente supo darnos su tiempo y apoyo en la elaboración de esta tesis.

A nuestras familias y a cada una de esas personas especiales que confiaron en nosotras y nos brindaron su amor incondicional.

Muchas gracias.



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**

## **DEDICATORIA**

Esta investigación la dedico con todo mi amor a Dios,  
por estar siempre presente y darme la oportunidad  
de realizarla, a los pilares más importantes en mi  
vida que me han dado fuerza y apoyo incondicional  
para cumplir este sueño,  
en busca de un futuro mejor y que hoy gracias a  
ustedes es una realidad.

Padres, hermanos y al amor de mi vida.

LOS AMO.

**Natalia S.**



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**

### **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo a Jehová mi Dios quien  
es mi guía y camino, a mis amados padres  
quienes con todo esfuerzo, amor y empeño me  
ayudaron a alcanzar esta meta, a mi esposo por  
ser mi apoyo incondicional, y a mi hijo Pablito  
por ser mi inspiración.

**Tatiana J.**



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**

## **CAPITULO I**

### **INTRODUCCIÓN.**

En los tiempos modernos, con muchas mujeres incorporadas a la fuerza laboral, resulta imprescindible el contar con sitios seguros en donde dejar a los niños pequeños mientras la madre esté fuera de la casa.

Es así como las guarderías infantiles se han constituido en un recurso básico, sobre todo cuando no se tiene la suerte de contar con una persona con capacidad y deseos de asumir esta gran responsabilidad: cuidar niños ajenos.

Las guarderías infantiles vienen entonces a resolver un problema social importante, y cuando funcionan en forma óptima, son una ayuda muy valiosa para asegurarse que los niños estén seguros, con una nutrición apropiada, estimulados correctamente desde el punto de vista de su desarrollo y rodeados de cariño, favoreciéndose así su proceso de socialización.<sup>1</sup>

Hoy en día muchos niños aprenden a comer en la guardería y es notable observar como la mayoría se adapta fácilmente a este ambiente, el niño hace más de dos comidas principales en la guardería, y hay muchas madres de pocos recursos que trabajan y en estos centros es donde los niños reciben la mayor proporción de los nutrientes, por tal razón es de especial importancia conocer los menús de los centros para lograr que a los niños se les proporcionen no solo comidas adecuadas y

---

<sup>1</sup> <http://www.diagnostico.com/Pediatrics/Sano/Guarderias.stm>

**AUTORAS:**

TATIANA JARAMILLO CELI

NATHALIA SÁNCHEZ PERALTA



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

balanceadas desde el punto de vista nutricional, si no que sean variadas, agradables y seguras para evitar problemas, en especial en los muy pequeños. En estos sitios además de aprender a comer y a probar nuevas comidas, los sujetos pueden ayudar en la preparación de algunas cosas e incluso colaborar en la siembra de vegetales que después generen algo que pueda consumirse.<sup>2</sup>

En la ciudad de Cuenca, provincia del Azuay, la Municipalidad cuenta con nueve centros de desarrollo infantil en las distintas partes del cantón, que en conjunto atienden a un promedio de 660 infantes. Entre los servicios, se ofrece estimulación temprana a niños de seis meses a dos años de edad, atención maternal a menores de dos a tres años, ejercicios de noción a infantes de tres a cuatro años, y educación prebásica a niños de cuatro a cinco años. También proporcionan atención médica y odontológica, en cuanto a la alimentación brindan refrigerio y almuerzo con una dieta balanceada.

Los centros funcionan dentro de un periodo escolar. Su objetivo es promover el desarrollo integral de los niños y niñas de entre seis meses y cinco años de edad tanto del sector urbano como rural.

La implementación de estos centros demanda un currículo psicopedagógico especial, personal especializado y condiciones materiales y ambientales acorde a las edades.<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup> Asociación mexicana de pediatría A.C , NUTRICIÓN TEMAS DE PEDIATRIA, ed Interamericana S.A, Pág.:48

<sup>3</sup> <http://www.eltiempo.com.ec/noticias-cuenca/17421>



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

La desnutrición es uno de los problemas más importantes del mundo actual, debido a su magnitud y su efecto catastrófico sobre la supervivencia y desarrollo, porque a menudo es consecuencia de las crisis políticas y económicas internacionales a fin de resolver ese problema se deben movilizar recursos humanos y materiales a todos los niveles.

A inicios de los años 90, el número de desnutridos se redujo en 37 millones, cifra que incrementó nuevamente en 8 millones para la segunda mitad de esa década.

Actualmente, “el 26 por ciento de la población infantil ecuatoriana de cero a cinco años sufre de desnutrición crónica, una situación que se agrava en las zonas rurales, donde alcanza al 35,7 por ciento de los menores, y es aún más crítica entre los niños indígenas, con índices de más del 40 por ciento.

Según información del Observatorio de la Niñez y Adolescencia, la desnutrición crónica afecta, en la Costa, al 21% de niños entre 0 y 5 años; en la Sierra, al 16%, y en la Amazonía, al 27%.”<sup>4</sup>

La prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 5 años en Ecuador en el sector urbano es de 371.856 y en el sector rural corresponde a 164.899. Siendo

---

<sup>4</sup> ONU Alerta por Desnutrición Infantil en el Ecuador. Disponible en [www.eldiario.com.ec](http://www.eldiario.com.ec)



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

las tres provincias de mayor incidencia: Chimborazo con el 52,6%, Bolívar con 47,9% y Cotopaxi con 43,3% pertenecientes a la Región Sierra.<sup>5</sup>

En Ecuador existen dos estudios, realizados en 1986 y 1998, sobre la nutrición en niños menores de 5 años. Ambos tuvieron cobertura nacional y los resultados son comparables entre sí. Entre uno y otro estudio, la prevalencia de desnutrición crónica declinó de 34,0 a 26,4%, el bajo peso apenas se modificó (de 16,5 a 14,3%) y la desnutrición aguda aumentó ligeramente (de 1,78 a 2,4%). Los principales factores de riesgo fueron: el consumo insuficiente de alimentos, que estuvo asociado con la pobreza; el bajo nivel educacional de la madre; determinadas pautas culturales y dietéticas—alimentación a base de comidas ricas en carbohidratos con bajo contenido de proteínas, grasas y macronutrientes en las zonas rurales de la Sierra; y la pertenencia a determinados grupos étnicos.<sup>6</sup>

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el mundo más de 22 millones de menores de cinco años son obesos o padecen sobrepeso; de ellos más de 17 millones viven en países en desarrollo.

La obesidad, que es una enfermedad descrita por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el “Síndrome del Nuevo Mundo” o la “Epidemia del siglo XXI”, en

---

<sup>5</sup> Prevalencia de la Desnutrición Crónica Infantil en Ecuador. Disponible en <http://ecuador.nutrinet.org/content/blogcategory/81/182/lang.es/>

<sup>6</sup> Larrea C, Freire W, Lutter C. Equidad desde el principio: situación nutricional de los niños ecuatorianos. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2001.



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

Ecuador, hasta 2001, afectaba al 14% de los niños, según un estudio de la Sociedad Ecuatoriana de Ciencias de la Alimentación y Nutrición (Secian), con el apoyo del Ministerio de Salud. De ellos, 5,2% padecía de sobrepeso, y el 8,7% de obesidad. El estudio, que fue el primero de este tipo en el país, se hizo en ocho ciudades: Guayaquil, Quito, Cuenca, Santo Domingo de los Colorados, Manta, Ambato, Portoviejo y Machala. Se aplicó a 93.105 niños y niñas escolares, asistentes a planteles educativos matutinos y vespertinos, públicos y privados.

Por la realidad socioeconómica del Ecuador y sus índices de mal nutrición se supone que la frecuencia de malas prácticas alimentarias es alta en este grupo. Es la razón por la cual se requiere determinar el Estado Nutricional de los niños(as) menores de 5 años en las guarderías municipales.

Así este trabajo identificó mediante la antropometría, el estado nutricional de todos los niños y niñas menores de 5 años que asisten al Centro de Desarrollo Infantil "Totoracocha" para clasificarlos en Normal, Desnutrición Aguda o Crónica, Sobrepeso y Obesidad, y según las prácticas alimentarias en Normal, Déficit o Exceso. Además se dictaron capacitaciones a los padres de familia con el afán de crear conciencia sobre la importancia de las buenas prácticas alimentarias y de esta manera asegurar un saludable crecimiento y desarrollo de sus hijos.

El conocimiento del problema nos permitirá sugerir y motivar la creación de



## **UNIVERSIDAD DE CUENCA**

programas de Nutrición y de intervención tanto de salud como nutricional en los Centros de Desarrollo Infantil de la ciudad de Cuenca; lugares en donde pocas veces existen profesionales expertos en ésta área.

La investigación intentó un acercamiento humano para concienciar sobre el problema a la familia y al personal que labora dentro de la institución y así buscar alternativas para una mejoría en el ámbito nutricional.



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**

## **CAPITULO II**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

Por el hecho de no existir estudios completos en el Centro de Desarrollo Infantil “Totoracocha” de la ciudad de Cuenca, en la provincia del Azuay, que relacionen el estado nutricional de niños y niñas menores de 5 años con las prácticas alimentarias, creímos de suma importancia efectuar una investigación en dicho establecimiento; enfatizando en la capacitación dirigida a los padres de familia con la aspiración de crear conciencia en cada uno de ellos acerca de la importancia de la realización de buenas prácticas alimentarias en la familia, y de esta manera garantizar un adecuado crecimiento y desarrollo de sus hijos.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

### CAPITULO III

#### FUNDAMENTO TEÓRICO

### 3. ESTADO NUTRICIONAL

**1.1. Definición:** el estado nutricional es una condición del cuerpo humano determinada por la ingestión y utilización del gasto de los nutrientes.

Es un estado dinámico en el cual el balance entre disponibilidad y requerimientos de nutrientes a nivel celular, determina una condición satisfactoria que se manifiesta en un buen estado nutricional; en cambio situaciones de déficit o exceso de nutrientes en relación a los requerimientos, producen un desequilibrio del mismo. Estas situaciones de balance, déficit y exceso, se reflejan en la forma, tamaño, composición corporal, aspectos que se constituyen en indicadores del estado nutricional.

Los objetivos más destacables son:

- a) Evaluación del estado nutricional( por ejemplo, déficit o exceso de las reservas corporales)
- b) Control del crecimiento y desarrollo en niños.
- c) Valoración del efecto de las intervenciones nutricionales<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> Mataix Verdú José, NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN HUMANA TOMO II, ed. Océano/Ergon, Pág.: 753

**AUTORAS:**

TATIANA JARAMILLO CELI  
NATHALIA SÁNCHEZ PERALTA



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

### 4. EVALUACIÓN NUTRICIONAL.

La evaluación del estado nutricional se basa en los siguientes aspectos:

- Características socioeconómicas del núcleo familiar.
- Historia alimentaría: lactancia materna, destete, ingestión dietética, valor calórico, prácticas nutricionales y alimentarias.
- Factores etiológicos, precipitantes o agravantes del problema nutricional: historia de infecciones (duración, intensidad, frecuencia, tratamiento), anorexia disfunción intestinal.
- Identificación de los signos y síntomas carenciales, evaluación de la severidad de las carencias nutricionales, los signos y síntomas de la gravedad y factores asociados a mal pronóstico.
- Diagnostico precoz de las complicaciones y procesos asociados.<sup>8</sup>

La evaluación general del estado nutricional del niño es similar a la que se hace al adulto. Se puede evaluar a partir de indicadores antropométricos, bioquímicos, clínicos y dietéticos.

---

<sup>8</sup> Quito R. Bolívar, Quizhpe P. Arturo; DESNUTRICIÓN INFANTIL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO, ed. Por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, unidad de Pediatría, edición: Marzo 2002, Pág.:6



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

### 2.1. Evaluación Antropométrica.

El uso de la antropometría física es una herramienta importante para la valoración de la forma, tamaño y composición corporal del niño y del adulto, tiene la ventaja de poseer técnicas y formas de análisis objetivos, las cuales pueden ser aplicadas por todo el recurso humano que trabaja en el área de salud.

Para realizar la evaluación nutricional con indicadores antropométricos es necesario utilizar valores de referencia, indicadores y puntos de corte diversos; muchos autores plantean que esta diversidad induce divergencias significativas en la identificación y cuantificación del problema nutricional (Habicht et al, 1982; Hernández de la Valera et al, 1987).

En relación a los valores de referencia, estos son definidos como las representaciones de la distribución de frecuencias de una medida para una población dada a una serie de edades; para propósitos prácticos se considera válido el uso general de los valores de referencia de la NCHS (WHO Working Group, 1986).

Existe una selección de tres formas de distribución de la población de referencia, mediante las cuales se establece el rango "normal":

- Porcentajes de la media o mediana
- Desviaciones Estándar ( valores Z)
- Percentiles



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

Se ha recomendado el uso de las desviaciones estándares para definir la dispersión en torno a la tendencia central, ya que éste es el mejor mecanismo para definir normalidad permitiendo comparar sujetos de diferente sexo y edad, y proporcionando los elementos necesarios para expresar las desviaciones de la mediana en términos de puntaje Z.

### **2.1.7. Indicadores Antropométricos.**

Los indicadores antropométricos permiten realizar la evaluación de las dimensiones físicas del paciente así como conocer su composición corporal.

Las mediciones que se recomienda tomar a los pacientes son: el peso, la estatura y perímetro cefálico.

Es importante considerar que las mediciones variarán de acuerdo a la edad, estado fisiológico y condición del paciente.

Además la antropometría es una técnica ampliamente utilizada en la evaluación nutricional para la vigilancia del crecimiento y desarrollo.

La medición de diferentes parámetros antropométricos, así como la construcción de indicadores derivados de los mismos, permite conocer el estado de las reservas proteicas y calóricas además de orientar al profesional de la salud sobre las consecuencias de los desequilibrios en dichas reservas, bien sea por exceso o déficit, trastornos en el crecimiento y desarrollo en niños y adolescentes e inicio de la enfermedad a lo largo del ciclo vital.



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

La razón que justifica las medidas antropométricas es que cada día se es más consciente que la talla media y demás aspectos morfológicos de constitución y composición corporal están menos ligados de lo que se creía a factores genéticos y más a factores ambientales, entre ellos a la alimentación, en especial en las fases de crecimiento rápido.

### **2.1.8. Indicadores de dimensiones corporales.**

El peso es el primer parámetro que se afecta en la desnutrición, produciendo enlentecimiento y detención de la curva normal. En los casos avanzados puede observarse la pérdida del 40% o más del peso. La pérdida del peso es la consecuencia de la disminución del tejido celular subcutáneo, de la masa muscular e incluso de la grasa. La pérdida de la grasa se hace en forma gradual y progresiva comenzando por la grasa subcutánea de la región perineal y finalmente la que ocupa la bolsa del bichat.

La pérdida únicamente del peso es demostración de que las causas de la desnutrición han actuado de una manera aguda o reciente.

### **2.1.3. Peso para la edad.**

Es sensible, fácil de entender y susceptible de ser modificado en forma relativamente rápida, en situaciones de malnutrición calórico proteica. Sin embargo, como indicador de masa corporal total sus variaciones también reflejan



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

las de la talla, lo cual no permite diferenciar entre el déficit actual y el crónico, por otra parte, no permite detectar niños desnutridos con talla alta y puede dar falsos positivos en niños con peso adecuado para la talla baja.

A este indicador le han concedido gran importancia en la evaluación de niños menores de dos años en atención primaria de salud, sin embargo, dada la influencia que tienen las variaciones de los diversos componentes corporales sobre el peso corporal total, el peso para la edad puede ser interpretado en forma errónea cuando el niño presenta edema, ascitis, visceromegalias, tumores.

El peso para la edad ha sido tradicionalmente un indicador muy usado en la evaluación del estado nutricional del recién nacido, no obstante para su interpretación adecuada es necesario conocer la edad gestacional, dato difícil de obtener con mucha frecuencia.

### **2.1.4. Indicador talla para la edad.**

“Se utiliza en el diagnóstico de la evaluación pasada o crónica, pero no refleja desnutrición actual; es el que se modifica a más largo plazo en la historia natural de la desnutrición, ya que la talla se afecta cuando la agresión nutricional se prolonga en el tiempo o cuando es muy intensa en periodos críticos por la velocidad de crecimiento lineal.

La variable talla es de gran utilidad, para una mejor comprensión e interpretación de las otras variables e índices antropométricos y de no ser tomada en cuenta se



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

pierde precisión y se puede incurrir en errores de interpretación<sup>9</sup>.

### **2.1.5. Indicador peso para la talla.**

Refleja el estado nutricional actual. Un bajo peso para la talla implica que la masa muscular y la grasa corporal se encuentran disminuidas. Este estado deficiente es reversible, puede mejorarse con un tratamiento dietético adecuado, y el individuo puede lograr un peso para la talla normal.

Este indicador es relativamente independiente de la variable edad. Se considera de mayor utilidad entre los dos y diez años de edad, por que es mas especifico para diagnosticar desnutrición actual. Tiene la desventaja de que no permite identificar a los niños adaptados a una desnutrición crónica. Su mayor potencialidad se relaciona con su capacidad de facilitar información nutricional en aquellos niños cuya edad se desconoce.<sup>10</sup>

### **2.1.6. IMC (índice de masa corporal)**

“Una forma práctica de establecer si un niño se encuentra dentro del peso normal es a través del IMC. Este índice de masa corporal infantil es de suma utilidad a la hora de establecer una evaluación antropométrica y nutricional, que permita

---

<sup>9</sup> E. Silvia, Betancourt O. Sara; EVALUACION ANTROPOMETRICA COMO INDICADOR DEL ESTADO NUTRICIONAL; Facultad de Nutrición y Educación Sanitaria, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo; pag 4

<sup>10</sup> Gallegos E. Silvia, Betancourt O. Sara; EVALUACION ANTROPOMETRICA COMO INDICADOR DEL ESTADO NUTRICIONAL; Facultad de Nutrición y Educación Sanitaria, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo; pag 5



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

tomar medidas preventivas en caso de que un niño se encuentra en sobrepeso o bajo.

Es un índice muy útil para prevenir algún tipo de carencia o exceso nutricional y se puede utilizar a partir de los primeros años de edad.

Este índice está basado en el peso y talla, se calcula dividiendo el peso en kilogramos para la talla en metros al cuadrado. Su resultado puede establecer si el niño se encuentra en un peso normal, en sobrepeso o bajo peso.”<sup>11</sup>

### 3. VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL.

La valoración del estado nutricional de una persona o de un grupo de población debe hacerse desde una múltiple perspectiva: dietética, antropométrica, bioquímica, inmunológica y clínica.

#### 3.1. Encuestas dietéticas.

Aunque no es posible tener una idea exacta del estado nutricional a partir de datos dietéticos exclusivamente, los resultados de las encuestas alimentarias sí permiten tener información sobre la posibilidad de que una persona o un grupo tengan ingestas inadecuadas de energía y nutrientes.

Una vez conocido el consumo de alimentos, éste se transforma en ingesta de energía y nutrientes mediante las bases de datos de composición de alimentos y,

---

<sup>11</sup> IMC: Índice de masa corporal en los niños. Disponible en : <http://www.innatia.com/s/c-alimentación-infantil/a-índice/masa/corporal-nino.html>



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

posteriormente, se compara con las ingestas diarias recomendadas para juzgar la adecuación de la dieta.

Existen numerosas técnicas para evaluar el consumo de alimentos. Pueden clasificarse en tres grandes grupos según la unidad de consumo:

- **Encuestas nacionales.**
- **Encuestas familiares** o realizadas en pequeños colectivos homogéneos (comedores escolares, residencias, etc.)

En las encuestas que utilizan la familia como unidad muestral, es decir, en las encuestas familiares, el control de todos los alimentos consumidos por la familia se realiza generalmente durante una semana.

- **Encuestas individuales.**

Pueden clasificarse en dos grandes grupos según que estudien la ingesta actual o la ingesta pasada.

Las encuestas dietéticas pueden utilizarse en estudios prospectivos y retrospectivos.

En los retrospectivos hay dos métodos:



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

### 3.1.1. Recordatorio de 24 horas.

Es una de las técnicas más utilizadas por su sencillez. Consiste en recordar y anotar todos los alimentos y bebidas consumidos en las últimas 24 horas mediante entrevista realizada por el encuestador.

Las cantidades consumidas se estiman en medidas caseras o mediante el empleo de colecciones de fotografías que representan diferentes raciones de un mismo alimento o plato.

### 3.1.2. Historia dietética.

Permite conocer la dieta habitual de una persona, utilizando generalmente como periodo de referencia de recuerdo el último mes. La recogida de datos, que puede durar entre 60 y 90 minutos, debe ser realizada por un especialista.

El método modificado consta de tres partes distintas:

- Registro de los alimentos consumidos durante dos o tres días o, si no es posible, un recuerdo de 24 horas, con objeto de conocer el modelo dietético y los hábitos alimentarios.
- Frecuencia de consumo de alimentos: Consiste en preguntar al paciente la periodicidad con que consume diferentes alimentos de una lista predeterminada, se anota su frecuencia de consumo (diaria, semanal, mensual, etc.) referida al último mes, en un listado perfectamente



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

estructurado y organizado según el modelo de consumo lo cual permite conocer los hábitos alimentarios del paciente. La cantidad consumida se estima empleando medidas caseras o colecciones de fotografías.

- Algunas preguntas relacionadas con el objeto del estudio.<sup>12</sup>

### 4. DESNUTRICIÓN.

#### 4.1. Definición.

Se considera desnutrición primaria a la consecuencia de la ingestión insuficiente de calorías, proteínas y otros nutrientes esenciales, representa el 95 %; mientras que la desnutrición secundaria se da como consecuencia de una enfermedad primaria que provoca la ingestión o utilización inadecuada de nutrientes, o un aumento de los requerimientos nutricionales, representa el 5%<sup>13</sup>

#### 4.2. Causas de desnutrición.

Las causas de la desnutrición pueden ser agrupadas en:

- Causas Primarias: son las más importantes, donde la carencia y la deficiencia específica de nutrientes, sumadas a factores como

---

<sup>12</sup> . Ortega MR, Requejo AM. **Encuestas nutricionales individuales. Criterios de validez.** Nutrición y Obesidad 2000; 3:177-185.

<sup>13</sup> Quito R. Bolívar, Quizhpe P. Arturo; **DESNUTRICIÓN INFANTIL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO**, ed. Por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, unidad de Pediatría, edición: Marzo 2002, Pág.:1



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

analfabetismo, falta de infraestructuras sanitarias, constituyen la causa del 85% de los casos de desnutrición.

- Causas Secundarias: son aquellas que no dependen de la calidad o cantidad de los alimentos que ingiere el niño, sino de la incapacidad para utilizarlos adecuadamente, como: infecciones crónicas o agudas a repetición, anomalías congénitas, alteraciones gastrointestinales, enfermedades genético-hereditarias.

### 4.3. Clases de Desnutrición.

La desnutrición se presenta de las siguientes formas clínicas:

**4.3.1. Marasmo:** Se observa por lo general en niños menores de 1 año de edad, presentan marcada deficiencia de peso respecto de la talla y son consecuencia de un aporte insuficiente de energía en la dieta.

#### Características:

- Cabello delgado fácilmente desprendible
- Fascias Volteriana ( de viejo o simiesca)
- Piel: lesiones eritemato- escamosas, sobrance , signo de la tabaquera anatómica y signo del calzón
- No existe edema
- El hígado es generalmente normal



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

**4.3.2. Kwashiorkor:** El niño con Kwashiorkor generalmente tiene entre 1 y 3 años y se origina por una deficiencia relativa de proteínas en la dieta en concomitancia con infecciones. Entre sus características más importantes están:

### **Características:**

- Cabello : signo de la bandera, despigmentación
- Fascies de luna llena
- Piel: despigmentación, descamación
- Existe edema ocasionalmente en forma generalizada
- El hígado está a dos o tres cm. debajo del reborde costal.

**4.3.3. Kwashiorkor-Marasmo:** En la forma mixta Marasmo- Kwashiorkor, se observa una combinación de signos y síntomas de las dos formas anteriores.

Junto a las características de marasmo, existe cierto grado de edema sobre todo en miembros inferiores, pero están muy emaciados y tienen una relación peso / edad < 60% de lo esperado. Estos enfermos al recuperarse nutricionalmente y desaparecer el edema se convierten en marasmático.

### **Características:**

- Comparten las manifestaciones anteriores
- Edema solo en pies <sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> Dr. Quito R. Bolívar, Dr. Quizhpe P. Arturo; DESNUTRICIÓN INFANTIL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO, ed. Por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, unidad de Pediatría, edición: Marzo 2002, Págs.: 10-14



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

### 5. SOBREPESO Y OBESIDAD.

#### 5.1. Definición.

“El término sobrepeso se utiliza en los seres humanos para indicar un exceso de peso en relación con la estatura. Concretamente se refiere a las células preadiposas, en contraposición a las células adiposas, es decir, la obesidad.”<sup>15</sup>

La obesidad es aquella condición caracterizada por una acumulación excesiva de grasa corporal, como consecuencia de un ingreso calórico superior al gasto energético del individuo.<sup>16</sup>

Definir la obesidad resulta difícil ya que hay muchos factores que la causan y varían entre poblaciones.

#### 5.2. Causas

##### Sobrealimentación

- a) El aumento en el consumo de hidratos de carbono refinados y de grasas saturadas que se encuentran contenidos en refrescos, otras bebidas, aperitivos y golosinas.
- b) La falta de preparación de alimentos en el hogar, dando lugar al aumento desmedido del consumo de alimentos industrializados.
- c) Falta de supervisión por parte de los padres para controlar raciones y calidad de alimentos.

---

<sup>15</sup> Sobrepeso. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/sobrepeso>

<sup>16</sup> Mataix Verdú José, NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN HUMANA TOMO II, ed. Océano/Ergon, Pág.: 1084



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

- d) Horarios alterados de alimentación y tiempo dedicado para sentarse a comer.
- e) No desayunar.
- f) Tipo de bebidas ingeridas (con alto contenido de azúcares: jugos, refrescos, etc.).
- g) Falta de conocimiento para decidir tipos y porciones adecuadas de alimentos.
- h) Menor consumo de alimentos altos en fibra como frutas y verduras.
- i) Aumento del consumo de sal a consecuencia del incremento de consumo de productos azucarados.

### **Sedentarismo**

- a) Disminución de la actividad física.
- b) El incremento en el tiempo destinado a la televisión, computadora y juegos electrónicos y de video, reduce actividades recreativas que implican actividad física.
- c) Aquellos que realizan actividades sedentarias por más de tres horas al día.

### **Factores hereditarios**

Se sabe que los hijos de padres obesos tienen mayor probabilidad de ser obesos, especialmente si ambos padres lo son.



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

- **Situación hormonal**

En menos del 5% de los casos la obesidad es secundaria a enfermedades endocrinas o genéticas específicas.

- **Factores psicosociales y ambientales.**

- a) Los hijos de familias en las que ambos padres trabajan.  
Hogares de padres solteros.
- b) Los niños con aislamiento social y problemas afectivos.
- c) Los que realizan ejercicio de gasto energético alto menos de tres veces a la semana.
- d) Padres con largas jornadas de trabajo o que están alejados de casa por periodos largos.

### Otros

- a) El riesgo para niños de convertirse en adolescentes con sobrepeso u obesidad es mayor en mujeres que en hombres.
- b) Niños con peso alto o bajo al nacimiento.
- c) Niños que fueron ablactados tempranamente y/o que consumen alimentos industrializados con alta densidad calórica.
- d) Consumo de tabaco de manera activa o pasiva.”<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup> Sarah E. Barlow and William H. Dietz. Obesity Evaluation and Treatment: Expert Committee Recommendations Pediatrics 1998; 102: e29.



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

### 5.3. Clasificación.

#### 5.3.1. Obesidad hiperplásica.

También llamada obesidad infantil en la que el tamaño de los adipositos es normal, pero está muy aumentado su número, es mucho más difícil de tratar.

#### 5.3.2. Obesidad hipertrófica

Cuando la obesidad aparece en la edad adulta .Hay un aumento del contenido lípido de las células del tejido adiposo, es decir tamaño del adipositos.<sup>18</sup>

**5.3.3. Primaria:** En función de los aspectos etiológicos la obesidad primaria representa un desequilibrio entre la ingestión de alimentos y el gasto energético.

**5.3.4. Secundaria:** En función de los aspectos etiológicos la obesidad secundaria se deriva como consecuencia de determinadas enfermedades que provocan un aumento de la grasa corporal.

### 5.4. Consecuencias de la obesidad infantil.

Existen dos mayores consecuencias de la obesidad infantil. La primera está relacionada con cambios psicológicos, ocurren temprano en la vida e incluyen:

- Baja autoestima.

---

<sup>18</sup> Cervera Pilar, Alimentación y Dietoterapia, 4ta Edición. Editorial Mc Graw- Hill Interamericana. España.2004



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

- Bajos resultados en la escuela.
- Un futuro cambio en la auto-imagen, en la adolescencia.
- Introversión, a menudo seguida de rechazo social.

La segunda consecuencia guarda relación con el aumento del riesgo de desarrollar enfermedades o condiciones patológicas, incluyen:

- Hipertensión.
- Hipercolesterolemia, especialmente del "colesterol malo".
- Hiperinsulinemia.
- Problemas respiratorios al dormir (apneas de sueño).
- Problemas ortopédicos, especialmente de articulaciones.
- El mayor riesgo de la obesidad infantil es el hecho de que mientras menor sea el niño obeso, mayor el riesgo de desarrollar las complicaciones arriba señaladas durante el transcurso de su vida.

### 5.5. Tratamientos.

Las opciones disponibles para el tratamiento de la obesidad en niños son limitadas.

En niños obesos, los pilares de la terapia incluyen dieta y ejercicio, ambos son importantes para que el control del peso sea exitoso. En niños en crecimiento el objetivo del control del peso es a menudo el mantenimiento del peso, o sea



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

mantener el peso actual mientras el niño crece en estatura, de esta manera alcanzando un IMC más apropiado.

Los objetivos del consumo de calorías pueden ser estimados más efectivamente trabajando con un experto en nutrición, quien puede asesorar a la familia acerca de dichos objetivos, cómo estimar los tamaños de las porciones, y cómo hacer las elecciones apropiadas en cuanto a alimentos. El ejercicio debe consistir de 30 minutos de actividad aeróbica (caminar energéticamente, nadar, o andar en bicicleta) todos los días.

El tratamiento debe ser personalizado y para ello debe efectuarse un buen diagnóstico. Las medidas a tomar básicamente son:

- Modificar el estilo de vida.
- Dieta.
- Ejercicio.
- Tratamiento Médico según patología específica.
- Cirugía, para casos refractarios a tratamiento médico.<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> . Galán F, Martínez A. **Hábitos alimentarios en una población de adolescentes de Málaga.** Rev Esp. Pediatra 1991;47:497-502.



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

### **6. HÁBITOS ALIMENTARIOS.**

**6.1. Definición.**- se puede definir como los hábitos adquiridos a lo largo de la vida que influyen en nuestra alimentación.

#### **6.2. Importancia de los Hábitos Alimentarios Saludables.**

##### **6.2.1. Cambios en los hábitos alimentarios en los niños a partir del primer año.**

Los niños a partir del primer año cambian mucho su comportamiento alimentario. Hasta ese momento, los niños comen lo que se les da, aproximadamente a partir de los dos años empiezan a comer solos. Progresivamente empiezan a utilizar los cubiertos. Primero la cuchara, que normalmente está condicionado por el cambio de textura de los alimentos, sopas, purés etc. y poco a poco los demás. También dejan de utilizar el biberón y empiezan a beber en vaso.

##### **6.2.2. Cambios en el número de alimentos.**

A medida que se van incluyendo diferentes alimentos en la dieta, se producen cambios en los sabores, se van mezclando sabores y texturas. Es conveniente ir incluyendo poco a poco frutas, verduras, pasta, cereales cocinados de diferente forma y con diferentes condimentos.



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

### 6.2.3. Cambios en el número de comidas diarias.

Es importante distribuir las comidas en 4-5 tomas. Tres de ellas deben ser completas y equilibradas en cantidad y calidad, es decir deben contener todos los tipos de alimentos (energéticos, formadores y reguladores) en las proporciones adecuadas. Las otras dos comidas intermedias, ligeras pero no por ello menos nutritivas. No se deben utilizar para aportar alimentos no nutritivos. Son las más apropiadas para los alimentos lácteos y derivados.

Es importante acostumbrar a los niños a comidas para días especiales, incluso la posibilidad de "hacer algún exceso" en ellas, reservando los fritos, dulces etc. para estas situaciones, que se pueden asociar a fiestas familiares, infantiles o comidas fuera de casa.

### 6.2.4. Cambios en la forma de cocinar.

Otro aspecto que se debe cuidar en las dietas infantiles es la técnica culinaria. Muchas comidas no son agradables por el olor o el sabor, a veces, también influye la textura.

Puede ser imprudente y contraproducente introducir en la dieta infantil alimentos de sabor intenso, como los picantes, en salazón, en escabeche, ahumados etc.

En cuanto a la textura, se deben ir eliminando los purés como alimento diario y pasar al número de veces que lo toman los adultos de la casa. A partir de los 3 años,



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

deben aprender a saborear las diferentes verduras individualmente, separar también la carne roja, el pescado y el pollo. Es decir se debe introducir la idea de 1-2 platos en cada comida importante o empezar por platos combinados que se componen de diferentes alimentos en diferentes porciones o unidades.

Se deben ir incluyendo a partir de los 3-4 años, las comidas en guisos, mezclar carne o pescado con verduras, patatas, pasta, o bien cereales con verdura pero no para servir en forma de purés sino en forma de comida conjunta. Este tipo de comida facilita la palatabilidad y desarrolla el gusto.

## 7. CAPACITACIÓN

### 7.1. Concepto

Consiste en una actividad planeada y basada en las necesidades reales de una población y orientada hacia la adquisición de nuevos conocimientos.

### 7.2. Técnicas participativas

“Las técnicas participativas son herramientas que se utilizan como recursos pedagógicos prácticos sobretodo en el desarrollo de talleres en donde el coordinador y los participantes aprenden a través de sus experiencias.

El coordinador integra y conduce el desarrollo del taller lo cual propicia un ambiente adecuado para la participación grupal. Los participantes aprenden haciendo, compartiendo, analizando, discutiendo y ponen en juego su creatividad, conocimientos y su responsabilidad.



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

Finalmente entre todos encuentran alternativas de solución, estrategias para tratar los problemas y logros de los objetivos planteados.

Cada técnica se aplica de acuerdo al momento del proceso educativo, tomando en cuenta las características del grupo participante, condiciones objetivas y materiales en que se desarrolla el o los temas y los objetivos que quieren alcanzar.

Las técnicas como toda herramienta tiene sus características, alcances y limitaciones para una adecuada utilización hay que conocerlas y saberlas manejar, ya que refleja la realidad en sus diversos aspectos y correspondientes interpretaciones.

Para que una técnica sirva de instrumento educativo, debe ser utilizada en función del tema específico, con un objetivo concreto e implementarlo de acuerdo a los participantes con los que se estará trabajando.

Las técnicas son participativas cuando permiten:

- Hacer más sencilla, simple y entendida la reflexión sobre un tema, fomentando la discusión.
- Colectivizar el conocimiento individual, enriquecerlo y potenciar el conocimiento colectivo.
- La elaboración colectiva de conclusiones y resultados que deriven en tareas y acciones organizadas sobre la realidad, que es el objetivo del programa.
- Como todo instrumento hay que saber para qué sirve, cómo y cuando debe utilizarse, dado que el proceso educativo se desarrolla en diferentes etapas.



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

### 7.3. Fases del Proceso.

- **Fase de presentación:** para esta fase se sugiere utilizar técnicas de ambientación, presentación y animación, y se realizan para despertar la atención o interés del público.
- **Fase de diagnóstico o monitoreo:** en la fase de diagnóstico se sugiere el uso de técnicas de investigación y análisis que son útiles para identificar y priorizar problemas de salud y nutrición, entre otros. También sirve para expresar, reflexionar, organizar y compartir conocimientos, experiencias, sentimientos, costumbres y creencias relacionadas con la alimentación y nutrición.
- **Fase de aprendizaje – capacitación:** para esta fase se requiere técnicas que estimulen el desarrollo de habilidades y capacidad de actuar y comportarse frente a situaciones reales.
- **Fase de planificación o compromisos:** en esta fase se utiliza técnicas que permiten la organización, ordenamiento y planificación del trabajo que se va a desarrollar en el equipo de salud.

En función de los problemas nutricionales existentes es vital formular y planificar actividades que contribuyan a mejorar el estado nutricional de la población.

- **Fase de evaluación:** la evaluación educativa se entiende fundamentalmente como una función pedagógica, como parte intrínseca y central del proceso de enseñanza y aprendizaje. La evaluación después de cada sesión deberá



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

considerar los siguientes aspectos: asistencia, participación, grado de consecución de los objetivos, contenidos, metodología educativa y adecuación de los recursos: local, duración de cada sesión, horario, recursos didácticos y facilitadores.”<sup>20</sup>

---

<sup>20</sup> Ministerio de Salud Pública; MANUAL DE CAPACITACIÓN EN LA ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN PARA EL PERSONAL DE SALUD; Dirección Nacional de Nutrición; Módulo 13 Págs.: 5-26.



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

### CAPITULO IV

### OBJETIVOS

#### 1. OBJETIVO GENERAL.

Determinar el estado nutricional a los niños(as) que asisten al Centro de Desarrollo Infantil Solidario “Totoracocha” y capacitar a sus padres.

#### 2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Evaluar el estado Nutricional de los niños(as) que acuden diariamente a las guarderías municipales de la ciudad de Cuenca a través de peso y talla.
- Aplicar encuestas a los padres de familia para identificar las prácticas alimentarias de los niños.
- Establecer una relación entre el estado nutricional y las prácticas alimentarias.
- Capacitar a los padres de familia sobre los hábitos higiénicos-dietéticos adecuados.



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**

## **CAPITULO V**

### **METODOLOGÍA.**

#### **1. TIPO DE ESTUDIO.**

La presente investigación utilizó un estudio descriptivo, prospectivo; el mismo que permitió determinar el estado nutricional de los niños (as) del Centro de Desarrollo Infantil Totoracocha, la relación con las prácticas alimentarias y la capacitación a los padres de familia. Para el estudio se separó a la población según la edad, menores de dos años y mayores de dos años, para luego ser clasificados mediante el diagnóstico de los indicadores antropométricos.

#### **2. VARIABLES.**

A continuación se definen las variables que fueron consideradas en el proyecto:

Variable dependiente: Estado Nutricional

Variables independientes o factores de riesgo: Prácticas alimentarias

#### **Estado nutricional.**

Es la condición del cuerpo humano, determinado por la ingestión, utilización y gasto de nutrientes, la cual será evaluada mediante los indicadores antropométricos, tomando en cuenta la relación de:



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

T/E }  
P/E } 6-24 meses  
P/T }

P/T } 25-61 meses  
T/E }

### Índice de Masa Corporal.

De acuerdo al IMC y los indicadores antropométricos P/E, T/E y P/T los tipos de mal nutrición pueden ser los siguientes:

-1+1= normal

-1-2 = desnutrición leve

2-3 = desnutrición moderada.

-3= desnutrición grave.

+1+2 = sobrepeso

+2+3 = obesidad I

+3 = obesidad grave

**AUTORAS:**  
TATIANA JARAMILLO CELI  
NATHALIA SÁNCHEZ PERALTA



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

### **Prácticas alimentarias.**

Es el conjunto de conocimientos y actitudes que se manifiestan en la compra, preparación y consumo de los alimentos, las cuales serán evaluadas a partir de la cantidad y frecuencia de los mismos, y serán clasificados de acuerdo a los resultados del porcentaje de adecuación como:

Normal 95- 105%

Déficit <95%

Exceso > 105%

### **Capacitación.**

Adecuada

No adecuada

### **3. UNIVERSO Y MUESTRA.**

El presente estudio estuvo conformado por los niños (as) que se encontraban asistiendo regularmente al Centro de Desarrollo Infantil “Totoracocha”, previo al consentimiento informado de los padres de familia y se excluyeron a los niños y niñas que los padres no autorizaron que sean parte del estudio y que tengan alguna patología que afecte directamente al estado nutricional. De los cuales obtuvimos una totalidad de 57 niños que conformaron la muestra.

**AUTORAS:**  
TATIANA JARAMILLO CELI  
NATHALIA SÁNCHEZ PERALTA



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

### 4. TÉCNICAS E INSTRUMENTAL A USARSE PARA EL REGISTRO

#### ANTROPOMÉTRICO.

El registro del peso y la talla constituye el método más apropiado a nivel de la atención primaria para detectar desviaciones del crecimiento, a la vez que permite realizar un diagnóstico del estado nutricional.

El personal a cargo del examen antropométrico debe estar bien capacitado. Es conveniente constatar periódicamente que las mediciones se efectúan en forma correcta.

Las técnicas que se aplican se encuentran normatizadas y se describen a continuación.

#### 4.1 Peso

**Instrumento.-** Debe utilizarse una balanza adecuada ya sea de pie, electrónica o de palanca.

**Técnica.-** Debe pesarse a los niños sin ropa. De ser esto imposible, debe descontarse posteriormente el peso de la prenda usada. Se coloca al niño sobre la balanza y se efectúa la lectura hasta los 10 y 100 gramos completos, según la balanza que se use.

#### 4.2. Estatura o talla (altura corporal en posición de pie).

La alteración de la talla significa que las carencias han provocado un compromiso profundo en el paciente y han actuado durante un periodo prolongado.



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

**Instrumento.-** deberá consistir en una superficie vertical rígida con una escala en centímetros fijada a ella y una superficie horizontal móvil en ángulo recto con el anterior.

El plano móvil se desliza libremente hacia arriba y hacia abajo. El plano inferior fijo esta dado sobre el suelo o cualquier plano de apoyo sobre él, que sea coincidente con el cero de la escala de medición.

Se puede utilizar como superficie vertical una pared, que deberá estar en escuadra (plano estricto vertical en ángulo recto con el plano horizontal). Se fija sobre la pared una cinta inextensible de dos metros.

**Técnica.-**se debe medir al niño descalzo y sin medias, ya que estas pueden ocultar un levantamiento ligero de los talones.

El sujeto debe pararse de tal manera que sus talones, glúteos y cabeza estén en contacto con la superficie vertical. Los talones permanecen juntos y con los hombros relajados para minimizar desviaciones de la columna. La cabeza debe sostenerse de forma que el borde inferior de la orbita coincida con el meato del conducto auditivo externo en el plano horizontal. Las manos deben estar sueltas y relajadas hacia abajo a lo largo del plano vertical. Se le pide que haga una inspiración profunda relajando los hombros y estirándose, tratando de alcanzar la mayor altura posible. En dicho momento se realiza la lectura correspondiente a la escala.



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

### PROCEDIMIENTOS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.

Se elaboró instrumento de recolección de datos (encuesta dietética), en el que constan los siguientes puntos:

1. Datos personales
2. Medidas de peso y talla
3. Diagnóstico nutricional
4. Antecedentes patológicos.
5. Consumo de suplementos dietéticos.
6. Intolerancias alimentarias.
7. Frecuencia de consumo de alimentos durante la semana.
8. Anamnesis alimentaria del fin de semana.

#### 5.1. MEDICIÓN DE PESO Y TALLA.

Toma de peso:

Para medir el peso se realizó el siguiente procedimiento:

- Se utilizó una balanza eléctrica con tallímetro, situada sobre un plano rígido o piso plano, en donde colocamos a los niños(as) en decúbito o en posición de

**AUTORAS:**  
TATIANA JARAMILLO CELI  
NATHALIA SÁNCHEZ PERALTA



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

“firme” (el niño se mantiene de pie con el cuerpo erecto, talones unidos, las puntas de los pies separadas en un ángulo de aproximadamente 45° y los brazos relajados a los lados del cuerpo).

- Posteriormente dimos lectura y anotamos antes de hacer bajar al niño (a) de la balanza.
- A los niños (as) se les tomó el peso antes de que ingieran el refrigerio en la guardería, descalzos y con la mínima cantidad de ropa.
- Fueron evaluados por las responsables en grupos de diez niños (as) por día.

Toma de la talla:

Para esta se utilizó un tallímetro, el mismo que estuvo completo en su número. Los niños (as) estuvieron sin zapatos al momento de la toma de la talla y con el cabello suelto en el caso de las niñas para evitar errores en la medición.

- Situamos a los niños (as) en posición de “firme”, con los talones, hombros y cabeza pegados al tallímetro sin doblar las rodillas. La cabeza debe estar levantada y dirigida al frente (posición de Frankfurt).
- Colocamos la escuadra o cartabón en ángulo recto, en el momento de medir deslizamos la escuadra suavemente hasta tocar la cabeza del niño o niña. No solamente deben leerse los centímetros (líneas largas), sino también los milímetros (líneas cortas) para obtener una medición exacta, finalmente



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

anotamos la cantidad obtenida.

Tanto el peso como la talla fueron tomados dos veces, en el caso de coincidir el primer dato con el segundo, éste se registró; si por el contrario no coincidió el peso y la talla se tomó una tercera vez la muestra, luego se sacó el promedio aceptando un margen de error menor a los 100gr. en el caso del peso y 0.5cm. en la talla.

Determinación del Índice de Masa Corporal.

Se midió el peso y la talla en las mismas condiciones y luego se aplicó la siguiente fórmula:  $\text{Peso Kg. / Talla m}^2$

### **5.2 DETERMINACIÓN DE LAS PRÁCTICAS ALIMENTARIAS.**

Se utilizó el método de evaluación Dietético Cualitativo que comprende frecuencia de consumo de alimentos habituales y anamnesis alimentaria de fin de semana; con éstos métodos se obtuvo información retrospectiva de los patrones de alimentación; con el objetivo de recopilar datos de la ingestión habitual de nutrientes, para lo cual realizamos una previa estandarización de los pesos de los alimentos.

La encuesta de frecuencia de consumo consta de: una lista de alimentos extensa que nos permitió estimar el total de la ingestión de alimentos así como la diversidad dietética y cuantificar el tamaño de las porciones usuales de consumo y de esta manera determinar la cantidad de calorías provenientes de cada macronutriente. El

método para recopilar la información fue una entrevista directa por parte de las

**AUTORAS:**

TATIANA JARAMILLO CELI

NATHALIA SÁNCHEZ PERALTA



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

investigadoras hacia los representantes de los niños (as), a quienes visitamos en sus hogares los fines de semana concertando citas vía telefónica, a los que no fue posible encontrarlos en el domicilio, les entrevistamos a la hora de la salida de la guardería cuando iban a retirar a sus hijos (as).

Para el cálculo dietético de los alimentos se utilizó el programa computarizado FP2 en donde obtuvimos tanto los resultados de la ingesta calórica como los porcentajes de proteínas, grasas y carbohidratos. En cuanto a la alimentación recibida en la guardería se analizaron diferentes menús durante una semana, con el objetivo de conocer cuánto aporta en la alimentación de los niños (as), sacando un promedio de ingesta de calorías, (825.8 calorías), pero tomando en cuenta que los niños menores de dos años comen en menor cantidad, únicamente a ellos se le restó el 10% y éste resultado se procedió a dividir según la fórmula dietética de 14% para proteínas, el 30% para grasas y el 56% de carbohidratos.

De acuerdo al peso de cada niño (a) se obtuvieron las calorías requeridas, utilizando la fórmula dietética según la edad, por ejemplo de 1 a 3 años la recomendación según la FAO es de 102 cal. /Kg., de 4 a 6 años 90 cal. /Kg. de peso, posteriormente se saca el porcentaje de adecuación, aplicando la fórmula de calorías ingeridas (obtenidas en la encuesta dietética)/ calorías requeridas y el resultado por 100, clasificándolos en el rango de Normalidad que abarca los porcentajes de 95 - 105%, menor a 95% Déficit y mayor a 105% Exceso.

En cuanto a los macronutrientes utilizamos la fórmula dietética del 14% para

**AUTORAS:**

TATIANA JARAMILLO CELI  
NATHALIA SÁNCHEZ PERALTA



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

proteínas, 30% de grasas y el 56% de carbohidratos, una vez obtenida se sacó el porcentaje de adecuación con la misma fórmula anteriormente mencionada.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

6. VARIABLES DE ESTUDIO.  
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
<b>Edad</b>	Años cumplidos desde el nacimiento	Años y meses. <b>Años:</b> periodo comprendido desde el primer día de nacido. Y el año se compone de 12 meses. <b>Meses:</b> es un periodo comprendido por días.	Años y meses cumplidos	6-12 meses 13-19 meses 20-26 meses 27-33 meses 34-40 meses 41-47 meses 48-54 meses 55-61 meses
<b>Sexo</b>	Condición biológica que define el género	<b>Condición biológica:</b> Es una variante que puede ser masculina o femenina.	Condición biológica	M: Masculino  F: Femenino
<b>Estado Nutricional</b>	Es la condición del cuerpo humano, determinado por la ingestión, utilización y gasto de nutrientes	<b>Antropometría</b> Es la determinación de las medidas de: <b>Talla:</b> medida vertical de una persona. <b>Peso:</b> fuerza que por gravitación ejerce sobre un cuerpo la tierra.  <b>IMC=</b> PesoKg/Talla m <sup>2</sup>	Es la relación de: T/E P/E } 6-24 P/T } P/T } 25-61 meses P/E }  IMC	<b>Desviación estándar:</b> -1 +1 = normal -1-2 = D. Leve -2 -3 =D. Moderada. -3= D. Grave. +1+2 = sobrepeso +2+3 = obesidad I +3 = obesidad grave -1 +1 = normal -1-2 = deficiente <b>Desviación estándar:</b> -1 +1 = normal -1-2 = D. leve -2 -3 = D.Moderada. -3= D. Grave. +1+2 = sobrepeso +2+3 = obesidad I +3 = obesidad

**AUTORAS:**

TATIANA JARAMILLO CELI  
NATHALIA SÁNCHEZ PERALTA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

				grave -1 +1 = normal -1-2 = deficiente.
<b>Prácticas alimentarias</b>	Conjunto de conocimientos y actitudes que se manifiestan en la compra, preparación y consumo de los alimentos.	Cantidad y frecuencia de alimentos	<b>Fórmula de adecuación:</b> $\frac{\text{Ingerida}}{\text{cant. requerida}} \times 100 = \% \text{adecuación}$ <b>Fórmula dietética</b> <b>3-6 meses</b> Kcal: 100cal/kg Proteína: 12% Grasas: 30% Carbohidratos: 58%  <b>6-9 meses</b> Kcal: 95 cal/kg Proteína: 12% Grasas: 30% Carbohidratos: 58% <b>9-12 meses</b> Kcal: 100cal/kg Proteína: 12% Grasas: 30% Carbohidratos: 58% <b>1-3 años</b> Kcal: 102cal/kg Proteína: 12% Grasas: 30% Carbohidratos: 58% <b>4-6 años</b> Kcal: 90 cal/kg Proteína: 12% Grasas: 30% Carbohidratos: 58% Talleres teórico-práctico	<b>% de adecuación:</b> <95% = Déficit 95-105%= Normal >105% = Exceso
<b>Capacitación</b>	Consiste en una actividad planeada y basada en las necesidades reales de una población y	Talleres teórico-prácticos. Evento educativo en donde se realizan diversas		Conocimientos de la población antes y después de la capacitación.  Adecuado No adecuado



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

	orientada hacia un cambio en los conocimientos.	actividades dirigidas a la adquisición de conocimientos basadas en información científica que puede ser llevada a la práctica para comprobación.		
--	---	--	--	--

### 7. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS.

El estado nutricional se determinó a través de la interrelación de los indicadores P/E, P/T, T/E, e IMC de cada uno de los niños. La frecuencia de consumo de alimentos y la anamnesis del fin de semana se determinaron por medio de porcentajes de adecuación, tomando en cuenta los límites superiores e inferiores del intervalo de confianza de 95-105% y la razón de prevalencia.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

**CAPITULO VI  
RESULTADOS.**

**1. Tabla Basal.**

<b>VARIABLE</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Edad</b>		
- <2	5	8.77
- 2-3	12	21.05
- 3-4	14	24.56
- 4-5	26	45.62
<b>Sexo</b>		
- Masculino.	24	42.10
-Femenino.	33	57.89
<b>Estado Nutricional</b>		
<b>6-24 meses</b>	<b>8</b>	
<b>P/E</b>		
Normal	6	75
Desnutrición leve	2	25
Sobrepeso	0	0.0
<b>P/T</b>		
Normal	3	37.5
Desnutrición leve	5	62.5
Sobrepeso	0	0.0
<b>T/E</b>		
Talla Normal.	6	75
Talla baja.	0	0.0
Talla alta.	2	25
<b>25-61 MESES</b>	<b>49</b>	
<b>P/T</b>		
Normal	31	63.26
Desnutrición leve	17	34.69
Sobrepeso	1	2.04
<b>T/E</b>		
Talla Normal	36	73.47
Talla baja	2	4.08

**AUTORAS:**

TATIANA JARAMILLO CELI  
NATHALIA SÁNCHEZ PERALTA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Talla alta	10	20.41
<b>IMC</b>	26	45.61
Normal.	30	52.63
	0.0	0.0
Desnutrición leve	1	1.75
Desnutrición crónica	0.0	0.0
Sobrepeso		
Obesidad		
<b>Prácticas alimentarias</b>		
Ingesta Calórica de la semana.		
Deficit.	22	38.60
Normal.	30	52.63
Exceso.	5	8.77
Macro nutrientes. De la semana.		
<b>PROTEINAS</b>		
Deficit.	7	12.28
Normal.	23	40.35
Exceso.	27	47.36
<b>CARBOHIDRATOS</b>		
Deficit.	16	28.07
Normal.	31	54.39
Exceso.	10	17.54
<b>GRASAS</b>		
Déficit.	23	40.35
Normal.	26	45.61
Exceso.	8	14.04
Ingesta Calórica del fin semana.		
Déficit.	4	7.01
Normal.	40	70.17
Exceso.	13	22.80
Macro nutrientes. Del fin de semana.		
<b>PROTEINAS</b>		
Déficit.	5	8.77
Normal.	3	5.26
Exceso.	49	85.96
<b>CARBOHIDRATOS</b>		
Déficit.	25	43.85
Normal.	21	36.84
Exceso.	11	19.29

**AUTORAS:**

TATIANA JARAMILLO CELI  
NATHALIA SÁNCHEZ PERALTA



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

GRASAS		
Déficit.	24	42.10
Normal.	14	24.56
Exceso.	19	33.33
<b>CAPACITACIÓN.</b>		
<b>CAPACITACIÓN 1:</b>		
<b>PRE CAPACITACIÓN</b>		
Adecuado	12	40
No adecuado	18	60
<b>POST-CAPACITACIÓN</b>		
Adecuado.	11	40.70
No adecuado.	16	59.26
<b>CAPACITACIÓN 2</b>		
<b>PRE CAPACITACIÓN</b>		
Adecuado	25	83.3
No adecuado	5	16.66
<b>POST-CAPACITACIÓN</b>		
Adecuado.	23	85.18
No adecuado.	4	14.81



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

### **2. Características generales de la muestra.**

La muestra esta constituida por 57 niños(as) del centro de Desarrollo Infantil Totoracocha, de las cuales las edades están comprendidas entre <2 años en un 8.77% con un número de 5 niños, de 2-3 años un 21.05% que corresponden a 12 niños, de 3-4 años el 24.46% de 14 niños, de 4-5 años un 45.61% correspondiente a 26 niños.

Se puede observar una población mayoritaria femenina con un 57.89%, y la masculina con un 42.10%.

En los niños menores de 2 años, según los indicadores antropométricos de P/T el 62.5% correspondiente a 5 niños se encuentra en Desnutrición Leve (Bajo peso), y en los indicadores T/E y P/E un 75% de los niños tienen un Estado nutricional Normal.

En los niños que se encuentran en las edades correspondientes a 2 y 5 años se puede recalcar que según el indicador P/T el 63.23% (31 niños) son niños Bien Nutridos, mientras que el indicador T/E nos da un 73,47% de Normalidad y el 20.41% tienen talla alta.

Los resultados obtenidos en cuanto a la ingesta calórica muestran una gran diferencia entre la alimentación recibida durante la semana en donde hay un déficit del 49%, a diferencia con la alimentación del fin de semana en donde hay un déficit de tan solo 7.01%.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

TABLA N° 1

DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS(AS) MENORES DE DOS AÑOS, SEGÚN EL ESTADO NUTRICIONAL CON LA INTERRELACIÓN DE LOS INDICADORES P/E, P/T, T/E E IMC.

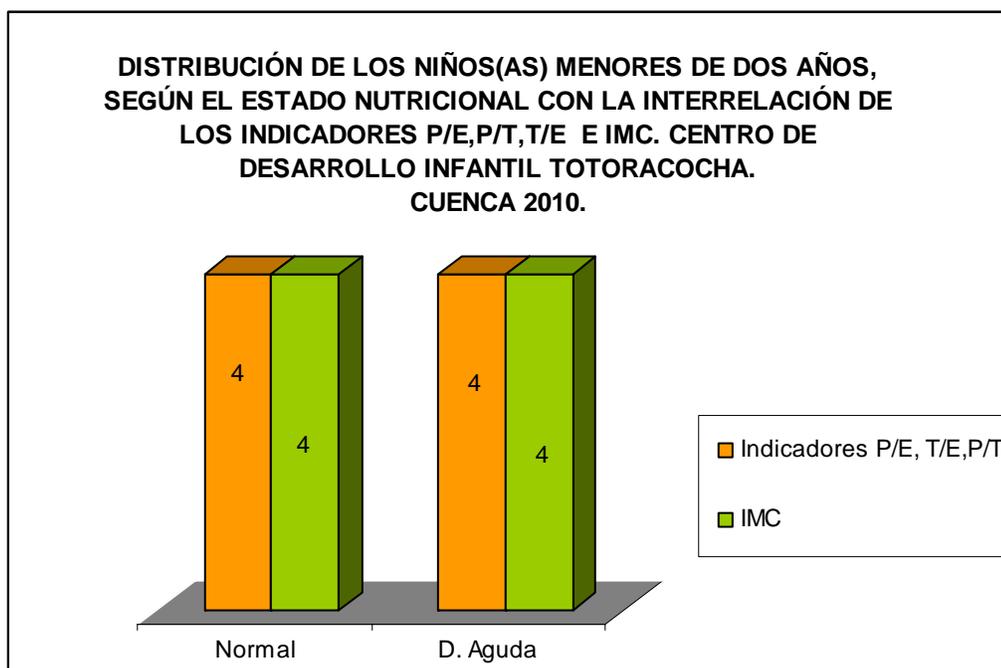
CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL TOTORACOCHA.  
CUENCA 2010

Diagnóstico	Indicadores P/E, T/E, P/T		IMC	
	N°	%	N°	%
Normal	4	50	4	50
D. Aguda	4	50	4	50
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

Fuente: Directa

Elaborado por: Las autoras.

GRÁFICO N° 1



Fuente: Directa

Elaborado por: Las autoras

**AUTORAS:**  
TATIANA JARAMILLO CELI  
NATHALIA SÁNCHEZ PERALTA



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

De acuerdo a los resultados obtenidos en el Estado Nutricional de los niños (as) menores de 2 años, podemos constatar que la mitad del total de la muestra padece una desnutrición recuperable, es decir que se encuentra afectada únicamente su peso, y es ahí donde, tanto padres de familia como tutores deben actuar para mejorarlo a tiempo y de esta manera evitar una desnutrición crónica o pasada.

**TABLA N° 2**  
**DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS (AS) MAYORES DE DOS AÑOS, SEGÚN EL ESTADO NUTRICIONAL CON LA INTERRELACIÓN DE LOS INDICADORES T/E, P/T E IMC. CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL TOTORACOCHA. CUENCA 2010.**

<b>Diagnóstico</b>	<b>Indicadores T/E, P/T</b>		<b>IMC</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Normal	22	44.89	23	46.94
D. Aguda	24	48.99	23	46.94
D. Crónica	2	4.08	2	4.08
Sobrepeso	1	2.04	1	2.04
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>100</b>	<b>49</b>	<b>100</b>

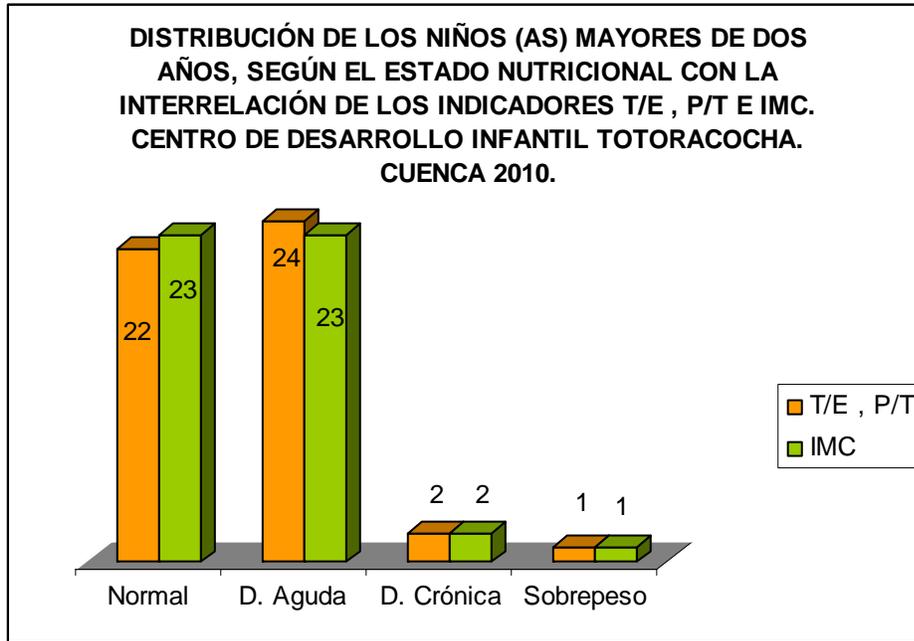
**Fuente:** Directa

**Elaborado por:** Las autoras



UNIVERSIDAD DE CUENCA

GRÁFICO Nº 2



Fuente: Directa

Elaborado por: Las autoras

En éste gráfico podemos observar similares resultados en cuanto a la Normalidad y Desnutrición Aguda de los niños (as) mayores de dos años. Existe un mínimo porcentaje que se encuentran con Desnutrición Crónica o pasada en donde se encuentra afectada la talla, por esta razón se debe tener en cuenta que la misma será recuperada solo cuando empiece la etapa de la adolescencia.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

TABLA Nº 3

FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS EN EL HOGAR DURANTE LA SEMANA DE LOS NIÑOS (AS) DEL CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL TOTORACOCHA.  
CUENCA 2010

	FRECUENCIA DE CONSUMO DE LA SEMANA							
	CALORIAS		PROTEINAS		GRASAS		CARBOHIDRATOS	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
DÉFICIT (<95%)	22	38,60	7	12,28	23	40,35	16	28,07
NORMAL (95%-105%)	30	52,63	23	40,35	26	45,61	31	54,38
EXCESO (>105%)	5	8,77	27	47,37	8	14,04	10	17,55
<b>TOTAL NIÑOS Y NIÑAS</b>	<b>57</b>	<b>100</b>	<b>57</b>	<b>100</b>	<b>57</b>	<b>100</b>	<b>57</b>	<b>100</b>

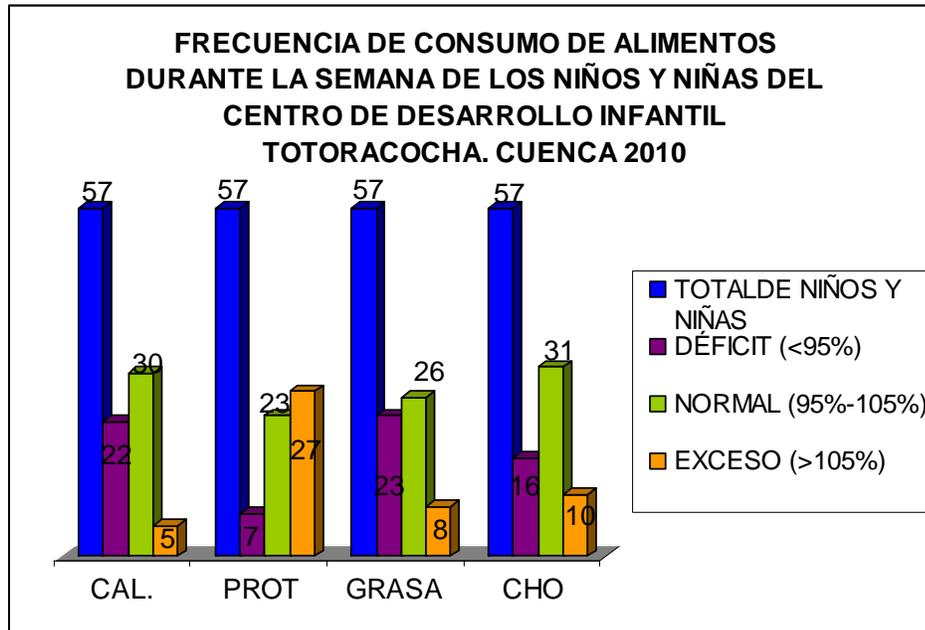
Fuente: Directa

Elaborado por: Las autoras



UNIVERSIDAD DE CUENCA

GRÁFICO Nº 3



Fuente: Directa

Elaborado por: Las autoras

En general la alimentación recibida durante la semana en sus hogares es la adecuada con la única excepción del exceso de proteínas, que equivale a un promedio de 3,5 gr. (media taza de leche).

Se aconseja a los padres o representantes, disminuir esta mínima cantidad y así lograr un equilibrio en el aporte de nutrientes.

**AUTORAS:**  
TATIANA JARAMILLO CELI  
NATHALIA SÁNCHEZ PERALTA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

TABLA Nº 4

**CONSUMO PROMEDIO DE CALORÍAS Y MACRONUTRIENTES EN  
ELCENTRO DE DESARROLLO INFANTIL TOTORACOCHA DURANTE LA  
SEMANA.  
CUENCA 2010.**

	CONSUMO PROMEDIO DE CALORÍAS Y MACRONUTRIENTES DE LA GUARDERIA							
	CALORIAS		PROTEINAS		GRASAS		CARBOHIDRATOS	
	Número	%	Número	%	número	%	número	%
DEFICIT	17	29,82	3	5,28	31	54,38	5	8,78
NORMAL	28	49,12	20	35,08	19	33,33	22	39,59
EXCESO	12	21,06	34	59,64	7	12,29	30	52,63
<b>TOTAL</b>	<b>57</b>	<b>100</b>	<b>57</b>	<b>100</b>	<b>57</b>	<b>100</b>	<b>57</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Directa

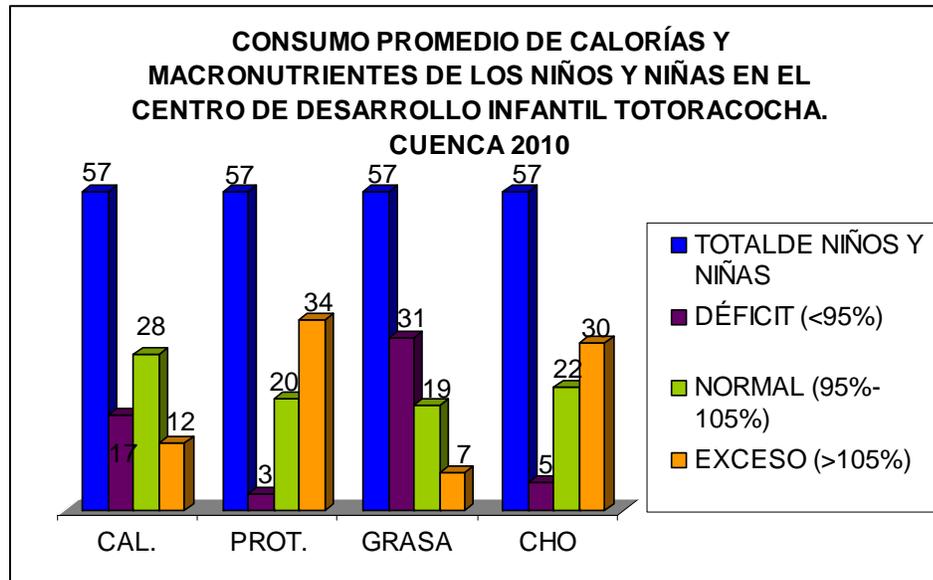
**Elaborado por:** Las autoras

**AUTORAS:**  
TATIANA JARAMILLO CELI  
NATHALIA SÁNCHEZ PERALTA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

GRÁFICO Nº 4



Fuente: Directa

Elaborado por: Las autoras

Después de analizar el consumo de alimentos en la guardería podemos notar que los valores de proteína están elevados en un promedio de 4 gr. (media taza de leche), la grasa tiene un déficit de 6.5 gr., el cual puede ser recompensado con una cucharadita de aceite, los carbohidratos están con un exceso de 10gr y en cuanto a las calorías tiene un promedio de exceso de 30 y un déficit de 55.

Se debe tomar en cuenta que no por el hecho de que se encuentren en una etapa de crecimiento los niños (as) deben aportar una dieta demasíadamente elevada en proteína, por tal razón se recomienda distribuir correctamente los macronutrientes, en éste caso disminuir proteínas y carbohidratos para poder aumentar grasa.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

**TABLA N° 5**  
**FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS DURANTE EL FIN DE SEMANA**  
**DE LOS NIÑOS (AS) DEL**  
**CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL TOTORACOCHA.**  
**CUENCA 2010.**

	FRECUENCIA DE CONSUMO DEL FIN DESEMANA							
	CALORIAS		PROTEINAS		GRASAS		CARBOHIDRATOS	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
DÉFICIT (<95%)								
NORMAL (95%-105%)	4	7,01	5	5,27	24	42,10	25	43,85
EXCESO (>105%)	40	70,17	3	8,77	14	24,56	21	36,84
EXCESO (>105%)	13	22,28	49	85,96	19	33,33	11	19,29
<b>TOTAL NIÑOS Y NIÑAS</b>	<b>57</b>	<b>100</b>	<b>57</b>	<b>100</b>	<b>57</b>	<b>100</b>	<b>57</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Directa

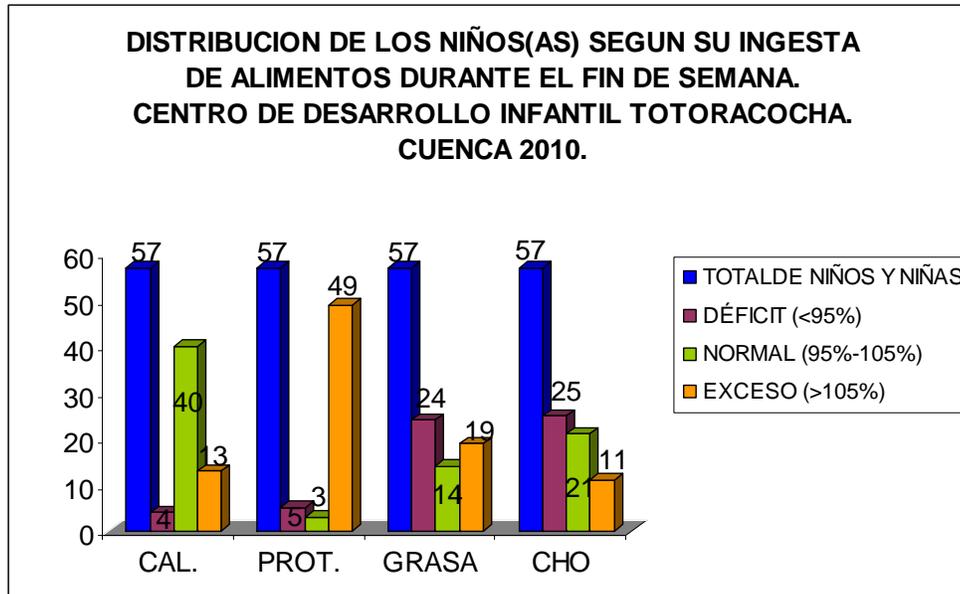
**Elaborado por:** Las autoras

**AUTORAS:**  
TATIANA JARAMILLO CELI  
NATHALIA SÁNCHEZ PERALTA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

GRÁFICO Nº 5



**Fuente:** Directa

**Elaborado por:** Las autoras

Según los resultados, durante la alimentación del fin de semana se mantiene el exceso de proteína, disminuye el consumo de carbohidratos y grasas, la razón podría deberse a que las proteínas dan una sensación de saciedad y los niños (as) ya no pueden consumir lo demás. Al encontrarse los padres de familia en casa se pide tener mayor énfasis en la alimentación de los hijos.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

TABLA Nº 6

RELACIÓN ENTRE NIÑOS Y NIÑAS SEGÚN LA FRECUENCIA DE CONSUMO DE CALORÍAS DURANTE LA SEMANA Y FIN DE SEMANA. CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL TOTORACOCHA.

CUENCA 2010.

CONSUMO DE ALIMENTOS DURANTE LA SEMANA					CONSUMO DE ALIMENTOS DURANTE EL FIN DE SEMANA			
NIÑOS			NIÑAS		NIÑOS		NIÑAS	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
NORMAL (95%-105%)	14	58.34	11	33.33	0	0.0	6	18.18
DÉFICIT (<95%)	7	29.16	21	63.63	16	66.67	23	69.70
EXCESO (>105%)	3	12.5	1	3.04	8	33.33	4	12.12
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>33</b>	<b>100</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>33</b>	<b>100</b>

Fuente: Directa

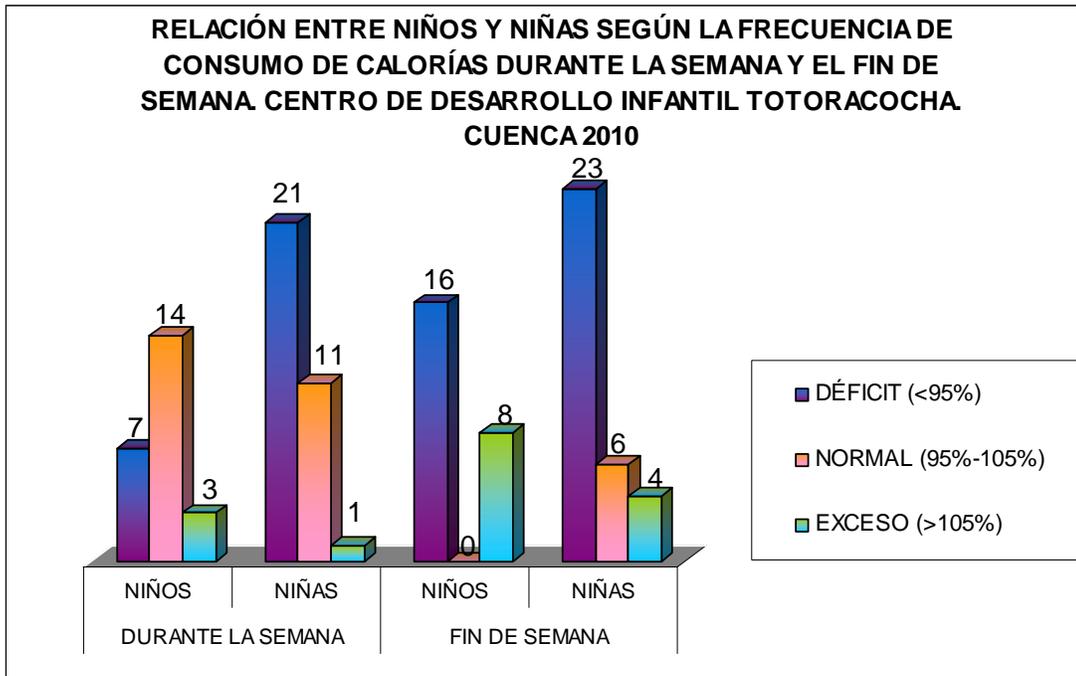
Elaborado por: Las autoras

**AUTORAS:**  
TATIANA JARAMILLO CELI  
NATHALIA SÁNCHEZ PERALTA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

GRÁFICO Nº 6



Fuente: Directa

Elaborado por: Las autoras

En cuanto a la relación de frecuencia de consumo según el sexo, se encuentra un mayor porcentaje de niños en exceso, probablemente se puede deber a que existen ciertos patrones culturales en donde se da mayor cantidad de alimentos a los varones tanto en el hogar como en la guardería.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

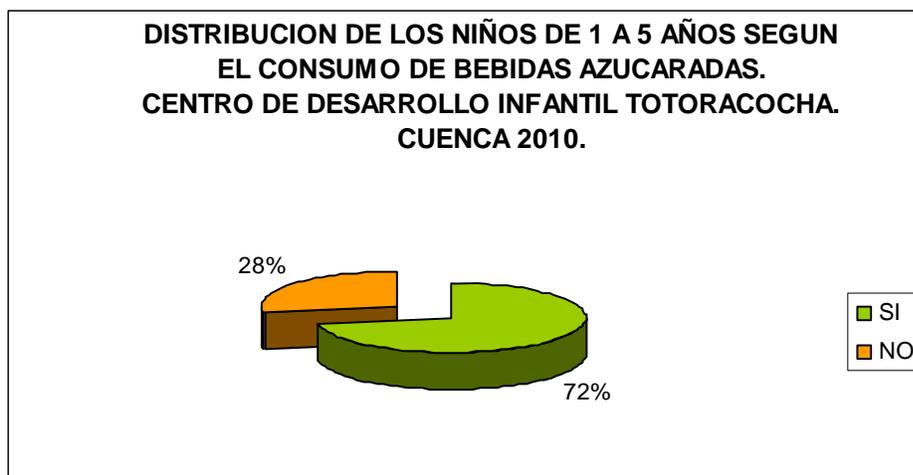
**TABLA N° 7**  
**FRECUENCIA DE CONSUMO DE BEBIDAS CALÓRICAS NO NUTRITIVAS,**  
**DE LOS NIÑOS Y NIÑAS**  
**CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL TOTORACOCHA.**  
**CUENCA 2010.**

	Número	Porcentaje
SI	41	71,92
NO	16	28,08
<b>TOTAL</b>	<b>57</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Directa

**Elaborado por:** Las autoras

**GRÁFICO N° 7**



**Fuente:** Directa

**Elaborado por:** Las autoras

En cuanto al consumo de Bebidas calóricas no nutritivas se encontró que la gran mayoría de niños(as) que conforman la muestra las ingieren, con un porcentaje del 72%. Estos resultados nos indican que el consumo de estos productos no nutritivos se da en el hogar y con la autorización de sus representantes, por lo tanto se debe empezar a modificar los hábitos alimentarios lo más pronto posible ya que los niños (as) tienden a imitar a sus mayores.

**AUTORAS:**

TATIANA JARAMILLO CELI  
NATHALIA SÁNCHEZ PERALTA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

TABLA Nº 8

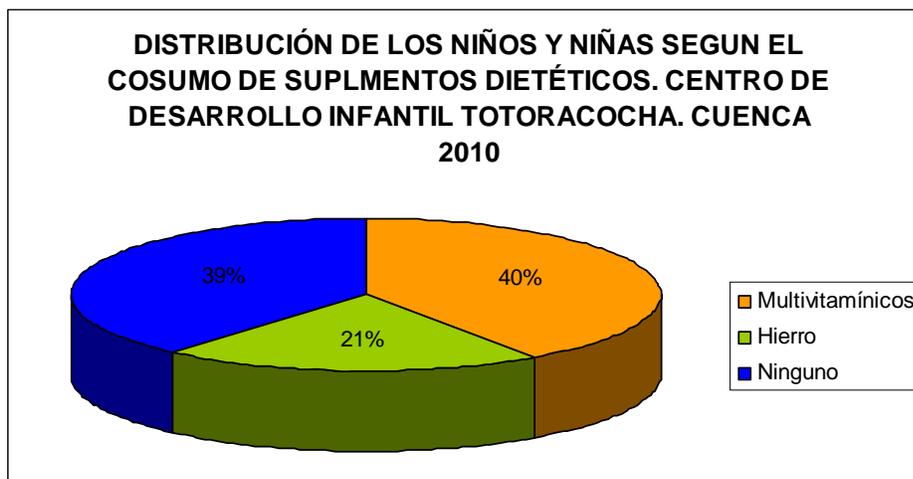
FRECUENCIA DE CONSUMO DE SUPLEMENTOS DIETÉTICOS, DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DEL CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL TOTORACOCHA. CUENCA 2010

CONSUMO DE SUPLEMENTOS		
TIPO	NUMERO	%
Multivitamínicos	23	40,35
Hierro	12	21,06
Ninguno	22	38,59
<b>TOTAL</b>	<b>57</b>	<b>100</b>

Fuente: Directa

Elaborado por: Las autoras

GRÁFICO Nº 8



Fuente: Directa

Elaborado por: Las autoras



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

Al investigar el consumo de suplementos dietéticos de los niños(as) pudimos averiguar que la mayoría de los representantes dieron a sus hijos (as) por el crecimiento, desarrollo y salud en general.

**TABLA Nº 9**

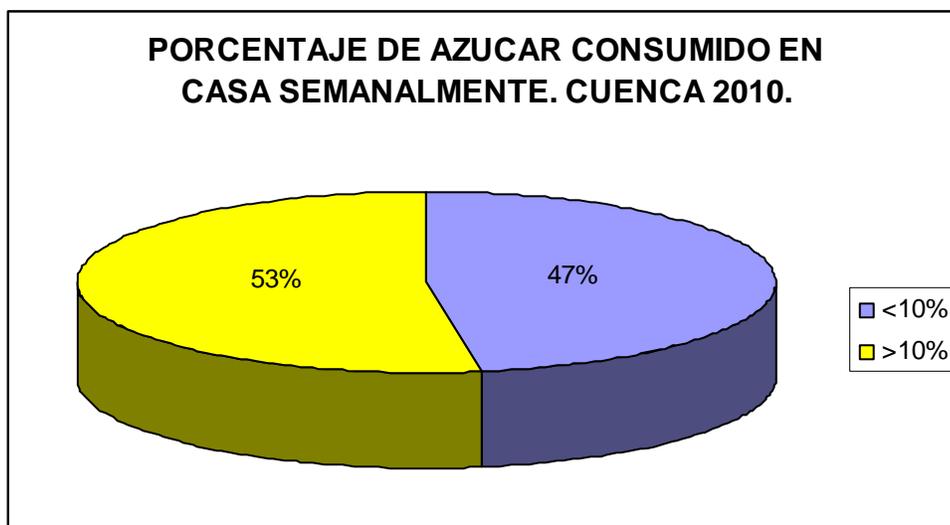
### **PORCENTAJE DE AZÚCAR CONSUMIDO EN CASA SEMANALMENTE. CUENCA 2010**

<b>NIVEL</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
<10%	27	47.37
>10%	30	52.63
<b>TOTAL</b>	<b>57</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Directa

**Elaborado por:** Las autoras

**GRÁFICO Nº 9**



**Fuente:** Directa

**Elaborado por:** Las autoras

**AUTORAS:**  
TATIANA JARAMILLO CELI  
NATHALIA SÁNCHEZ PERALTA



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

Según la encuesta determinamos que más de la mitad de los niños y niñas consumen diariamente más del 10% de azúcar en la dieta, lo cual no es lo adecuado ya que al encontrarse en una etapa de crecimiento y desarrollo lo que menos deben ingerir son calorías vacías.

**TABLA Nº 10**  
**RELACIÓN DE PRE Y POST CAPACITACIÓN DE LOS PADRES DE FAMILIA**  
**DEL CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL TOTORACOCHA.**  
**CUENCA 2010.**

<b>RELACION PRE Y POST CAPACITACIÓN</b>				
	<b>PRE CAPACITACIÓN</b>		<b>POST CAPACITACION</b>	
	<b>Número</b>	<b>%</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Adecuado	23	40,36	48	84,22
No Adecuado	34	59,64	9	15,78
<b>TOTAL</b>	<b>57</b>	<b>100</b>	<b>57</b>	<b>100</b>

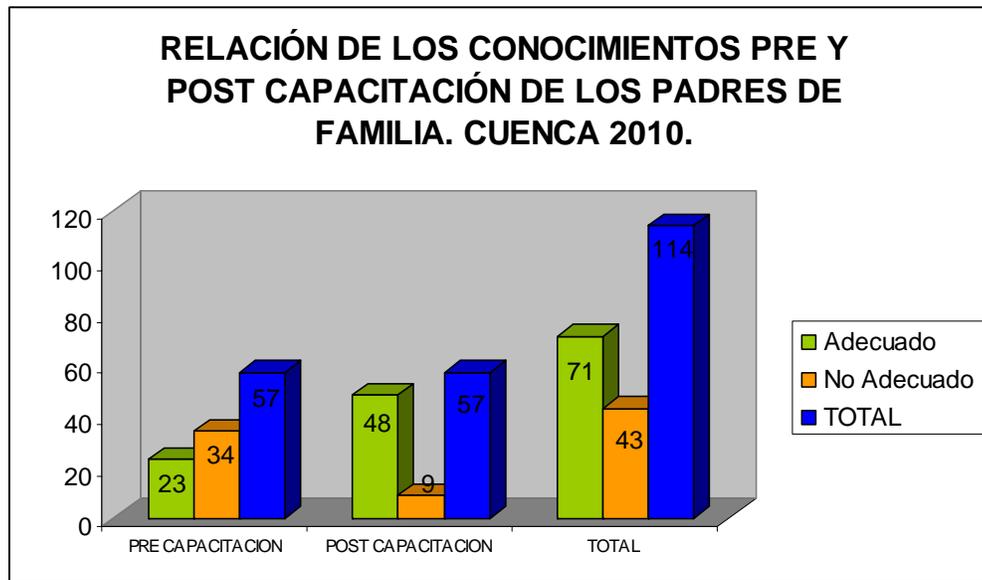
**Fuente:** Directa

**Elaborado por:** Las autoras



UNIVERSIDAD DE CUENCA

GRÁFICO Nº 10



**Fuente:** Directa

**Elaborado por:** Las autoras

Después de haber dado la capacitación a los padres de familia obtuvimos resultados muy positivos, ya que éstos nos indican claramente que adquieren nuevos conocimientos, los mismos que deben ser puestos en práctica para mejorar la alimentación y la salud en general de toda la familia.

**AUTORAS:**  
TATIANA JARAMILLO CELI  
NATHALIA SÁNCHEZ PERALTA



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**

## **CAPITULO VII**

### **1. DISCUSIÓN.**

El objetivo de nuestra investigación se centró en determinar la Evaluación del Estado Nutricional de los niños(as) del Centro de Desarrollo Infantil Totoracocha y Capacitación a sus Padres, con la intención de identificar y modificar los malos hábitos y promover adecuadas prácticas alimentarias.

En Ecuador existen dos estudios que tuvieron cobertura nacional, realizados en menores de 5 años, en 1986 la prevalencia de Desnutrición Crónica fue del 34,0% y en 1998 de 14,3%. En nuestra investigación pudimos observar que no existe un mayor índice de prevalencia de Desnutrición Crónica ya que alcanza tan solo un 3,51%, en donde se encuentra afectada la talla, probablemente la razón se deba a que los niños(as) en las edades menores de dos años recibieron una adecuada alimentación y no padecieron ningún tipo de patología que perdurara por un tiempo prolongado, se debe tener en cuenta que la misma será recuperada sólo en la etapa de la adolescencia ; y en cuanto al bajo peso o Desnutrición Aguda en 1986 alcanzó un porcentaje de 16,5% y en 1998 un 14,3%; Mientras que en nuestro estudio alcanzó un alto porcentaje del 49,12%, notando así lo contrario del estudio anterior en donde existe un mínimo porcentaje de D. Aguda, lo que nos permite especular que el motivo de la misma corresponde a la ingesta deficiente de calorías y al consumo elevado de proteínas, el cual da mayor sensación de saciedad sin permitir el adecuado consumo de carbohidratos y grasas.

Según la FAO, en el Ecuador, el 22,2% de niños (as) de 1 año sufren desnutrición crónica; el 30% de 2 años; el 32,9% de 3 años; y el 35,9% de 4 años en adelante, presentan desnutrición de acuerdo a la talla y el peso de los infantes. Sin embargo



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

en nuestro estudio existe tan solo en la edad de 3 años un mínimo porcentaje de 3,51% de niños(as) con Desnutrición Crónica, siendo un porcentaje disminuido en relación al estudio anteriormente mencionado.<sup>21</sup>

En el estudio “Evaluación del estado nutricional de los niños/as de la guardería “Los Polluelos” del INNFA de la ciudad de Cuenca, 2005”, el 46% presenta algún grado de déficit en la talla; en relación al indicador P/T existe un 15,4% de desnutrición aguda.<sup>22</sup> La presente investigación indica el 3,51% de Desnutrición Crónica, porcentaje inferior en relación al estudio mencionado, se obtiene un 49,12% de Desnutrición Aguda siendo más del doble de la cifra anteriormente establecida. Se cree que la razón probablemente es la misma que mencionamos en el estudio anterior.

El Sistema Integrado de Vigilancia Alimentaria Nutricional (SIVAN) en el año 2008, en la provincia del Azuay en niños(as) de 12 a 59 meses, según el indicador de P/E, T/E Y P/T e IMC se registra un 19,7% de desnutrición, 78,6% de normalidad y 1,6% de sobrepeso.<sup>23</sup> Registrando en el primer semestre del 2010 los siguientes datos: 16,5% de desnutrición, 81,8% de normalidad, y 1,7% de sobrepeso<sup>24</sup>; tomando en cuenta que los valores fluctúan debido al aumento de la población en el lapso del año y seis meses transcurrido. Nuestra investigación indica los siguientes porcentajes: 52,6% de niños(as) desnutridos, 45,61% normales y 1,75% con exceso de peso. Teniendo en cuenta que el total de la población suma 57 niños(as). Comparando con los resultados obtenidos del SIVAN en el año 2010 podemos observar que en nuestra investigación tenemos la mayoría de niños con desnutrición y a diferencia del

---

<sup>21</sup> [http://www.FAO.org/Doc rep/006/w0073s/w00073s08.htm#Docofpage.factore](http://www.FAO.org/Doc%20rep/006/w0073s/w00073s08.htm#Docofpage.factore).

<sup>22</sup> Guazhambo V. Nelly, Guamán V. Juana, Garzón G. Lorena; EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS/AS DE LA GUARDERÍA “LOS POLLUELOS” DEL INNFA. Cuenca, Ecuador 2005. Pág.: 80-85.

<sup>23</sup> Base de datos consolidada en 2008 del Sistema Común de Información. MSP del Azuay.

<sup>24</sup> Base de datos consolidada semestral del 2010 del Sistema Común de Información. MSP del Azuay

**AUTORAS:**

TATIANA JARAMILLO CELI  
NATHALIA SÁNCHEZ PERALTA



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

otro estudio en donde sobresale la normalidad. Los datos que se asemejan son únicamente en el sobrepeso.

En síntesis el porcentaje de sobrepeso es el único que se asemeja en todos los estudios comparados, por el contrario la Desnutrición Aguda es la que tiene mayor afectación en nuestra investigación, por lo tanto se debe alertar al Municipio para que proceda a tomar las medidas necesarias.



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

### 2. CONCLUSIONES.

- Después de haber evaluado a cada uno de los niños y niñas del Centro de Desarrollo Infantil Totoracocha encontramos que la prevalencia de Desnutrición en los tres niveles es de 52,64%, el 45,61% de Normalidad y 1,75% de Sobrepeso. Según el indicador IMC obtuvimos los siguientes resultados: el 52,63% se encuentra en Desnutrición Aguda y el 45,61% de Normalidad y el 1,75% de Sobrepeso.
- En cuanto al aporte de calorías que reciben los niños(as) durante la semana en sus hogares se registró el 52,63% de Normalidad, el 38,63% de Déficit y un 8,77% de Exceso. En relación al consumo de macronutrientes se identificó un exceso de proteínas que abarca el 47,37%, carbohidratos y grasas, el primero con un 54,38% y las grasas con un porcentaje del 45,61%.
- Del análisis de la alimentación recibida durante el fin de semana, la mayoría de niños (as) recibe un aporte calórico dentro de la Normalidad con un 70.17%, un mayor consumo de proteínas con un 85,96% y una deficiencia de grasa con un 42,10%.
- Los diagnósticos del Estado Nutricional obtenidos, se relacionan con los datos conseguidos del promedio de consumo de alimentos por parte de los niños (as) ya que durante la semana y el fin de semana tienen un aporte calórico normal, lo que nos lleva a obtener un promedio entre los indicadores e IMC del



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

47,45% de niños (as) Bien Nutridos. Sin embargo el porcentaje obtenido de Desnutrición Aguda se puede explicar en la mala distribución de nutrientes. En relación a la distribución de los macronutrientes la proteína tiene el mayor índice de consumo tanto en la semana como en el fin de semana y la guardaría, con un promedio de exceso entre 3 a 5gr lo que concuerda con un porcentaje de apenas el 3,51% de desnutrición Crónica; pero al mismo tiempo las proteínas han desviado su función estructural para aportarla como energía, y en cuanto al consumo de Carbohidratos y Grasas, el primero se encuentra dentro de la normalidad y el segundo en deficiencia.

- Todo lo anteriormente mencionado se ve reflejado en las prácticas alimentarias inadecuadas, en muchos casos por el desconocimiento por parte de los padres de familia, lo cual hace relación con un promedio del 60% de conocimientos no adecuados antes de recibir nuestras capacitaciones. Una vez llevadas a cabo las capacitaciones se obtuvieron resultados muy satisfactorios con un 84,21% de padres de familia con conocimientos adecuados.



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

### 3. RECOMENDACIONES.

Una vez concluida nuestra investigación creemos de suma importancia la posibilidad de crear un campo profesional para un (a) Nutricionista-Dietista, ya que mediante su presencia se podrán beneficiar en distintos aspectos tales como:

- La realización de constantes evaluaciones nutricionales a los niños (as) de los Centros de Desarrollo Infantil Municipales.
- La ejecución de menús equilibrados y adecuados de acuerdo a la necesidad de cada uno de los niños (as), tomando en cuenta que según los resultados obtenidos se debe disminuir el porcentaje de proteínas en aproximadamente 3 gr. (medio vaso de leche) y de esta manera compensar carbohidratos y grasas.
- Se dicten charlas de capacitación tanto al personal que labora dentro del CDI como a los padres de familia y así lograr una mejora nutricional y de salud en general que beneficie a toda la población.
- Planificación y ejecución de programas tanto de intervención nutricional como de salud.



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

### 4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. <http://www.diagnostico.com/Pediatrics/Sano/Guarderias.stm>
2. Asociación mexicana de pediatría A.C , NUTRICIÓN TEMAS DE PEDIATRIA, ed Interamericana S.A, Pág.:48
3. <http://www.eltiempo.com.ec/noticias-cuenca/17421>
4. ONU Alerta por Desnutrición Infantil en el Ecuador. Disponible en [www.eldiario.com.ec](http://www.eldiario.com.ec)
5. Prevalencia de la Desnutrición Crónica Infantil en Ecuador. Disponible en <http://ecuador.nutrinet.org/content/blogcategory/81/182/lang,es/>
6. Larrea C, Freire W, Lutter C. Equidad desde el principio: situación nutricional de los niños ecuatorianos. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2001.
7. Quito R. Bolívar, Quizhpe P. Arturo; DESNUTRICIÓN INFANTIL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO, ed. Por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, unidad de Pediatría, edición: Marzo 2002, Pág.:6
8. Mataix Verdú José, NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN HUMANA TOMO II, ed. Océano/Ergon, Pág.: 753
9. E. Silvia, Betancourt O. Sara; EVALUACION ANTROPOMETRICA COMO INDICADOR DEL ESTADO NUTRICIONAL; Facultad de Nutrición y Educación Sanitaria, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo;pag 4



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

10. Gallegos E. Silvia, Betancourt O. Sara; EVALUACION ANTROPOMETRICA COMO INDICADOR DEL ESTADO NUTRICIONAL; Facultad de Nutrición y Educación Sanitaria, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo; pag 5
11. IMC: Índice de masa corporal en los niños. Disponible en : <http://www.innatia.com/s/c-alimentación-infantil/a-indice/masa/corporal-nino.html>
12. Ortega MR, Requejo AM. **Encuestas nutricionales individuales. Criterios de validez.** Nutrición y Obesidad 2000; 3:177-185.
13. Quito R. Bolívar, Quizhpe P. Arturo; DESNUTRICIÓN INFANTIL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO, ed. Por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, unidad de Pediatría, edición: Marzo 2002, Pág.:1
14. Dr. Quito R. Bolívar, Dr. Quizhpe P. Arturo; DESNUTRICIÓN INFANTIL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO, ed. Por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, unidad de Pediatría, edición: Marzo 2002, Págs.: 10-14
15. Sobrepeso. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/sobrepeso>
16. Mataix Verdú José, NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN HUMANA TOMO II, ed. Océano/Ergon, Pág.: 1084
17. Sarah E. Barlow and William H. Dietz. Obesity Evaluation and Treatment: Expert Committee Recommendations Pediatrics 1998; 102: e29.



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

18. Cervera Pilar, Alimentación y Dietoterapia, 4ta Edición. Editorial Mc Graw- Hill Interamericana. España.2004
19. Galán F, Martínez A. **Hábitos alimentarios en una población de adolescentes de Málaga.** Rev Esp. Pediatra 1991;47:497-502.
20. Ministerio de Salud Pública; MANUAL DE CAPACITACIÓN EN LA ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN PARA EL PERSONAL DE SALUD; Dirección Nacional de Nutrición; Módulo 13 Págs.: 5-26.
21. <http://www.FAO.org/Doc rep/006/w0073s/w00073s08.htm#Docofpage.factore>.
22. Guazhambo V. Nelly, Guamán V. Juana, Garzón G. Lorena; EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS/AS DE LA GUARDERÍA “LOS POLLUELOS” DEL INNFA. Cuenca, Ecuador 2005. Pág.: 80-85.
23. Base de datos consolidada en 2008 del Sistema Común de Información. MSP del Azuay.
24. Base de datos consolidada semestral del 2010 del Sistema Común de Información. MSP del Azuay



UNIVERSIDAD DE CUENCA

CAPITULO VIII

ANEXO Nº 1

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y ASENTAMIENTO INFORMADOS

Nosotros,..... y
..... padres de
..... alumno (o) del

Centro de Desarrollo Infantil Solidario "Totoracocha", hemos sido informados por las señoritas Tatiana Jaramillo Celi y Natalia Sánchez Peralta, estudiantes de la Escuela de Tecnología Médica de la Universidad de Cuenca, que realizan la Evolución Nutricional a nuestros hijos mediante la toma de medidas antropométricas y nos comprometemos a colaborar con la información requerida con la finalidad exclusiva de cumplir el requisito de su tesis de graduación para obtener el título de Licenciadas en Nutrición y Dietética.

Nos han informado también que esta evaluación de especialidad no tiene ningún riesgo sobre la integridad física de nuestros hijos (representados) y que tampoco tendrán costo alguno. Así mismo, nos han hecho entender que toda la información obtenida de esta, será utilizada únicamente con fines académicos y luego archivada con carácter de confidencial de tal forma que no atentara a los derechos sobre la privacidad de nosotros y nuestros hijos.

La realización de esta evaluación se sujetara según nos han explicado, a todas las normas en vigencia y de hecho se cumplirá en apego a los procedimientos especificados por los especialistas. El beneficio que significara la realización de esta evaluación no va más allá de la consideración de tener un diagnostico nutricional correcto.

Finalmente, los resultados de este estudio serán dados en una reunión científica a docentes y estudiantes del Centro de Desarrollo Infantil Solidario "Totoracocha" y de la Escuela de Tecnología Médica de la Universidad. En caso necesario la confiabilidad de las evaluaciones podrá ser verificada de manera respetuosa pero rigurosa, por cualquier especialista y sin revelar el nombre del niño/a que participare en la realización de la evaluación confirmatoria.

Por todo lo señalado, con nuestra firma y número de documento de identidad expresamos libre e incondicionalmente el consentimiento para que las mencionadas investigadoras realicen la evaluación nutricional a nuestros hijos (as)

Cuenca,..... de..... 200...

Padre o Madre de familia..... ID.....



UNIVERSIDAD DE CUENCA

ANEXO Nº 2

HISTORIA DIETETICA Y NUTRICIONAL PARA 1 AÑO EN ADELANTE

1. DATOS PERSONALES:

NOMBRES:

APELLIDOS: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO

EDAD: años  mes

SEXO: masculino  femenino

2. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS:

PESO:  Kg

TALLA:  cm

IMC:

INDICADORES: P/T  T/E  P/E

3. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. ANTECEDENTES PATOLOGICOS:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. CONSUMO DE SUPLEMENTOS DIETÉTICOS:

TIPO	CANTIDAD	RAZON



UNIVERSIDAD DE CUENCA

6. INTOLERANCIAS ALIMENTARIAS

---

---

---

FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS

ALIMENTOS	NUNCA O RARA VEZ	DIARIO	DIAS A LA SEMANA	DIAS AL MES	PORCIÓN
-----------	------------------	--------	------------------	-------------	---------

CEREALES, DERIVADOS Y TUBERCULOS

Mote					
Arroz					
Fideos					
Pan Blanco					
Pan Integral					
Avena					
Cereal de desayuno o Corn Flakes					
Papa					
Plátano cocido					
Otros					

LACTEOS Y HUEVOS

Leche					
Yogurt					
Queso – Quesillo					
Huevo					

FRUTAS


ALIMENTOS	NUNCA O RARA VEZ	DIARIO	DIAS A LA SEMANA	DIAS AL MES	PORCIÓN
-----------	------------------	--------	------------------	-------------	---------



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

### VERDURAS:

Verduras y hortalizas cocidas					
Verduras y hortalizas crudas					

### CARNES Y LEGUMINOSAS:

Pollo					
Carne de res					
Carne de chancho					
Jamón					
Chorizo, salchicha					
Pescado					
Mariscos					
Vísceras					
Porotos					
Arvejas					
Lentejas					
Habas					

### AZUCARES Y GRASAS:

Azúcar					
Miel					
Mermelada					
Mayonesa, margarina o mantequilla					
Aceite					
Manteca (vegetal, cerdo)					
Crema o nata					
Manteca o aceite de color					

### AUTORAS:

TATIANA JARAMILLO CELI  
NATHALIA SÁNCHEZ PERALTA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

ALIMENTOS	NUNCA O RARA VEZ	DIARIO	DIAS A LA SEMANA	DIAS AL MES	PORCIÓN
-----------	------------------	--------	------------------	-------------	---------

**BEBIDAS CALÓRICAS:**

Bebidas refrescantes azucaradas						
---------------------------------	--	--	--	--	--	--

**ANAMNESIS ALIMENTARIA DE FIN DE SEMANA**

1. ¿Cuántas veces su hijo/hija come en el día?

---

---

2. ¿Que consume normalmente su hijo/hija en el desayuno?

---

---

3. ¿Que consume normalmente su hijo/hija en la media mañana?

---

---

4. ¿Que consume normalmente su hijo/hija en el almuerzo?

---

---

5. ¿Que consume normalmente su hijo/hija en la media tarde?

---

---

6. ¿Que consume normalmente su hijo/hija en la merienda?



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**

---

---

---

**7. ¿Cuántos biberones, en qué cantidad y de qué tipo toma su hijo/hija al día?**

---

---

---