

Tarea descriptiva y Resumen

T
63
R456
1994

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PUBLICA

PRACTICAS ALIMENTARIAS
DE LOS NIÑOS DEL BARRIO
VILLA AUSTRIA. SILAIS ORIENTAL
MANAGUA. 1994

TRABAJO DE TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE:
MASTER EN SALUD PUBLICA.

AUTORA:

LIC. CARMEN MARIA REYES CARDOZA



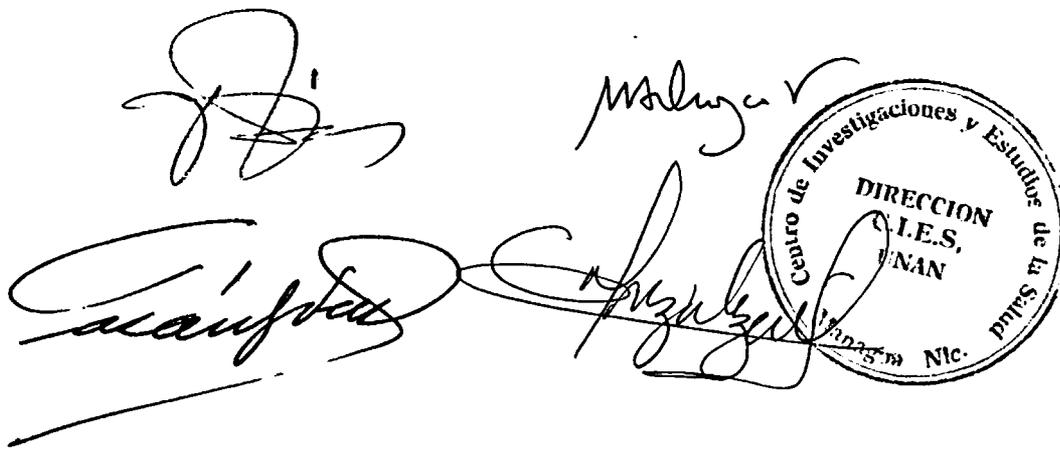
TUTOR:

DRA. MARTHA GONZALEZ.
MS. EN EPIDEMIOLOGIA.
DOCENTE INVESTIGADOR.
CIES.

ASESOR:

LIC. VIOLETA CARVAJAL.
MS. EN NUTRICION APLICADA.
DOCENTE NUTRICION.
UCA.

MANAGUA, ENERO. 1994



INDICE

	AGRADECIMIENTOS	
	DEDICATORIA	
I.	INTRODUCCION.....	1
II.	ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION.....	4
III.	OBJETIVOS.....	7
IV.	MARCO REFERENCIA.....	8
V.	DISEÑO METODOLOGICO.....	22
VI.	RESULTADOS.....	32
VII.	DISCUSION DE LOS RESULTADOS.....	40
VIII.	CONCLUSIONES.....	50
IX.	RECOMENDACIONES.....	52
X.	BIBLIOGRAFIA.....	54
XI.	GRAFICOS.....	58
XII.	ANEXOS.....	65

NO SIGAS DONDE
TE CONDUCCEN LAS
HUELLAS MEJOR
VE DONDE NO HAY
HUELLAS Y DEJA
UN SENDERO.

AGRADECIMIENTOS

* A mi tutora Dra. Martha González y a mi asesora Lic. Violeta Carvajal por el empeño demostrado, porque en medio de sus infinitas responsabilidades supieron dedicarme el tiempo necesario para la realización de este estudio.

* A mis compañeras (os) de la Universidad Centroamericana: Elliet, Verita, Cecilia, Ramón, Martha Justina e Irma María. Por el apoyo brindado a lo largo de mi vida profesional.

* A mis compañeros (as) y amigos (as) de la Maestría en Salud Pública 1993- 1994.

* A las estudiantes del V año de la Carrera de Nutrición: Xochilt Mejía, Victoria Andino y Carmen María Díaz.

* A Olga Isabel, Avellán, María de Lourdes, Telma y Jefferson : Amigas (os) en todo momento.

* Al Personal Docente y Administrativo del CIES.

* A cada una de las personas que pusieron su granito de arena en este trabajo.

Carmen María.

DEDICATORIA

Con mucho Amor, quiero dedicar esta tesis:

* A vos, Señor: porque me has dado fuerza y coraje para hacer de cada día un nuevo reto, y al final poder ver con alegría, que los resultados de mi esfuerzo son parte de tu obra.

* A Carmen y Efraín: los fundadores de mi vida, con todo cariño y respeto.

* A mi numerosa y bella familia, por el aprecio y fuerza que cada uno me brinda.

* A Donald: Te adoro, estas conmigo en cada momento de mi vida.

* A los niños y mujeres del Barrio Villa Austria.

Carmen María

I. INTRODUCCION

En la actualidad, se ha llegado a comprender que la desnutrición es el resultado de la interacción de múltiples factores en el cual, el producto de la actividad económica de un país desempeña un papel central; factores como el bajo ingreso, el desempleo, la ignorancia, las malas condiciones sanitarias, el poco acceso a los servicios de salud, son determinantes de un estado social conocido como "pobreza". La desnutrición se considera como una típica manifestación de la pobreza.

El Banco Mundial estimó en 1990, que la Desnutrición y la carencia de micronutrientes esenciales afectaban a mas de mil millones de personas que vivían en la pobreza de los países en desarrollo.¹

La quinta encuesta alimentaria mundial de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) estimó que el 21.5 % de la población mundial, estaba expuesta a una deprivación alimentaria, en tanto que en América Latina la cifra alcanzaba el 14.2 % de la población.²

Más de 4 millones de niños mueren anualmente a causa de la diarrea y un número similar por Infecciones Respiratorias Agudas. La mayoría de estas muertes se relacionan con la desnutrición.

¹ Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO). Alimentación, Nutrición y agricultura. Educación sobre nutrición y aspectos de población en el desarrollo rural. Roma. FAO.1992

² *Ibid* 1 lo cit

En Nicaragua la desnutrición constituye un grave problema de salud y un obstáculo para el desarrollo económico. A nivel nacional la prevalencia de desnutrición en niños menores de 6 años, para 1989 según los diferentes indicadores fue de 21.9 % según Talla/edad, 10.9 % peso/edad y 2.3 % peso/talla. El grupo de 1 a 5 años presenta 4.2 % de Desnutrición Proteíco energética en su fase aguda; aunque la prevalencia es considerado un problema de salud pública debido a su asociación con el 72 % de riesgo de muerte por diarrea y al 70 % de mortalidad hospitalaria infantil.

Los índice de desnutrición a nivel de Managua son similares a los encontrado a nivel nacional, sin embargo se sabe que los lugares más afectados son los barrios de nivel socioeconómico más bajo. Entre estos destaca el Barrio Villa Austria, ubicado en el SILAIS Oriental, zona donde resaltan características higiénico sanitarias deficientes y un patrón epidemiológico en el que ocupan los primeros lugares las patologías infecto contagiosas, las cuales se encuentran asociadas al problema de desnutrición infantil.

Cabe señalar que el estado nutricional está determinado por factores culturales como las prácticas y creencias alimentarias que tenga el individuo.

Generalmente las prácticas alimentarias reflejan la estructura y los valores culturales de una sociedad, éstas se relacionan con la selección y preparación de los alimentos y su distribución a nivel familiar.

Estas prácticas que son transmitidas de una generación a otra vienen a constituir los hábitos alimentarios del individuo y forman

parte de su modo de vida, sean estas provechosas o nocivas para su estado nutricional y su salud.

Por ser la infancia la etapa de la vida en que son adquiridas las prácticas alimentarias, la madre es casi siempre, la responsable de la adquisición en los primeros años de vida; ya que ella es al que en la mayoría de los casos determina la alimentación del menor, eligiendo los alimentos a incluir o excluir en la dieta del niño y la forma en que estos deben de ser administrados en las diferentes etapas fisiológicas y patológicas del menor.

Este estudio pretende identificar:

- Cuál es la prevalencia de la desnutrición en el barrio Villa Austria?
- Cuáles son las prácticas alimentarias de los niños menores de 5 años, del Barrio Villa Austria?
- Qué influencia tienen las características socioeconómicas y biológicas de las madres en estas prácticas?
- Qué tabués y creencias de las madres influyen en la alimentación y nutrición de los niños ?
- Quienes brindan orientación alimentaria nutricional a las madres ?

II. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION

Diversos estudios acerca de la evaluación del estado nutricional en niños menores de 6 años, mujeres embarazadas y lactantes, se han realizado en diferentes sectores del país, además se han efectuado estudios acerca de prácticas alimentarias a estos mismos grupos poblacionales, sin embargo la relación del estado nutricional con las prácticas alimentarias es un tema poco incursionado por los investigadores.

Las estadísticas proporcionadas por el Centro de Salud Villa Venezuela revelan que en esta área de salud durante los últimos años las enfermedades infecciosas han ocupado las primeras causas de morbimortalidad infantil.

A sabiendas que el estado nutricional forma un círculo vicioso que predispone al individuo a padecer de procesos infecciosos, y que esta área de salud evidencian condiciones ambientales, económicas y culturales que justifican la aparición de estas enfermedades, el Centro de salud no cuenta con estadísticas precisas sobre el estado nutricional de los niños del área.

Aunado a esto la unidad de Salud carece de un programa de educación comunitaria que facilite la orientación de las familias acerca de los conocimientos necesarios para evitar la desnutrición de los niños, ni las medidas necesarias para ayudar a la recuperación de los niños que ya se encuentran con un estado nutricional en déficit.

Además adquiere importancia fundamental la costumbre de la población de subestimar el problema de la desnutrición, influyendo esto en que las familias acudan muy tarde a los servicios de salud lo que incrementa las complicaciones de la misma y por ende las tasa de morbi- mortalidad infantil por enfermedades infecciosas.

El barrio Villa Austria es una zona que se ha creado anexa a la colonia primero de mayo, se encuentra habitada en su mayoría por personas de escasos recursos.

En los últimos años el deterioro de la situación socio-económica ha incrementado los problemas y carencias nutricionales. En conjunto a esto la falta de coordinación entre promotores de salud, la organización comunal y el Centro de Salud, ha agravado aún mas la situación, ya que se carece de estadísticas a nivel de las unidades de salud que permitan conocer la verdadera magnitud del problema. Agudiza esto la ausencia de un Programa Educativo acerca del manejo de los niños desnutridos.

El aumento creciente de la Morbi-Mortalidad en niños menores de cinco años debido a enfermedades infecciosas, ha impulsado al Ministerio de Salud a asumir el reto de trabajar arduamente en la disminución de la incidencia de la desnutrición en beneficio de la población infantil.

Los datos de este estudio permitirán identificar la incidencia de la desnutrición en el sector, así como también las prácticas familiares en el manejo de los niños desnutridos , lo que permitirá elaborar un programa educativo, a la vez adecuar las orientaciones que el personal de salud brinda a los familiares que acuden a los servicios de salud con el fin de reforzar las prácticas favorables y modificar aquellas que perjudiquen el estado de recuperación nutricional del niño.

III. OBJETIVOS

GENERALES:

Identificar las prácticas alimentarias que ejercen las madres en los niños menores de 5 años, del Barrio Villa Austria. SILAIS Oriental de Managua. Agosto- octubre 1994.

ESPECIFICOS.

- 1.- Identificar la prevalencia de la desnutrición de los niños menores de 5 años del Barrio Villa Austria.
- 2.- Determinar las características biológicas y la ingesta alimentaria de los niños.
- 3.- Determinar las características socio- económicas y los tabúes y creencias sobre alimentación y nutrición que tienen las madres.
- 4.- Identificar el tipo de actores sociales que brindan orientación alimentario-nutricional a las madres.

IV. MARCO REFERENCIA

El estado nutricional es la condición del cuerpo resultante de la utilización de los nutrientes esenciales disponibles. Puede ser normal, a riesgo de desnutrición, desnutrido y obeso dependiendo de la ingesta de nutrientes, de las necesidades y de la capacidad del organismo para utilizarlos.³

En los países en desarrollo, la situación de ruralidad, las prácticas de alimentación, los bajos ingresos, el bajo nivel de educación de la madre, la baja disponibilidad local o intrafamiliar de los alimentos, y los hábitos alimentarios deficientes llevan a estos países a altas tasas de desnutrición y a otras enfermedades por deficit.⁴

Puesto que el estado nutricional del individuo depende de factores interrelacionados tales como: disponibilidad, consumo y utilización biológica de los alimentos; la evaluación del mismo se hace a través de un conjunto de datos clínicos, bioquímicos y antropométricos, siendo estos últimos los más utilizados.⁵

³ Nutrición en salud pública. Les bulletins du centre international de l'enfance. Francia. No.32, 1989.

⁴ Valiente, S; Olivares, S; y Harper L. alimentación, nutrición y agricultura. 1a. Edición, Santiago de Chile, 1986.

⁵ *Ibid.* 3 lo cit

EVALUACION ANTROPOMETRICA

El crecimiento físico es un indicador directo del estado nutricional del niño. Los factores que pueden afectar el crecimiento físico son los que alteran la relación entre el consumo y la utilización biológica de los nutrientes (alta incidencia de infecciones o estado de salud del paciente), la baja ingesta de alimentos, edad y los factores culturales y socioeconómicos.^{6,7}

El valor de estas técnicas consiste en que proporcionan datos de índole cuantitativa. Nos permiten dos cosas: 1) comparar los datos de un individuo con las normas obtenidas de poblaciones de diversos tamaños (información que puede tener valor de diagnóstico y pronóstico, además de ofrecer una base válida para recomendar un cambio. 2) obtener registros longitudinales sobre la persona, que permiten averiguar la tasa de crecimiento y otros parámetros de maduración y pérdida o aumento de peso.⁸

La información disponible en países en vías de desarrollo indica que el efecto de los factores ambientales adversos sobre el retardo en el crecimiento es más marcado en los primeros años de vida. En esas edades, los niños con ingesta alimentarias moderadamente deficientes en relación con sus requerimientos, pueden compensarla incrementando la absorción y utilización de los

⁶ Obaldía, V.N. Estado nutricional y prácticas alimentarias en niños preescolares de uno a cinco años, que asisten al centro de salud de tole, República de Panamá. Guatemala, Mayo de 1981.

⁷ Cusminsky, M.; Lejarraga, H.; Mercer, R.; Marrell, M. y OMS/OPS. Manual de crecimiento y desarrollo del niño. Serie Paltex, 1986, pág 2.

⁸ Taylor, K. Luean, A; Nutrición clinica. Interamericana. 1991. México. pp.20



nutrientes; disminuyendo el crecimiento físico y limitando su actividad física. Si la deficiencia nutricional se mantiene por un período prolongado o se exagera, se puede producir una detención del crecimiento y la utilización de las reservas orgánicas para obtener la energía y nutrientes necesarios ⁹.

En estos niños con retardo de crecimiento los signos clínicos de la deficiencia nutricional se harán evidentes y el riesgo de muerte será considerablemente mayor. ¹⁰

Es por eso que es muy importante la vigilancia del crecimiento físico del niño, ya que este nos dará la señal de alarma para reconocer los problemas que interfieren en su crecimiento y realizar intervenciones nutricionales oportunas.

VENTAJAS Y DESVENTAJAS¹¹

Entre las medidas antropométricas más usadas existen ventajas y desventajas, los cuales permiten al investigador elegir el indicador más acertado de acuerdo a los objetivos de su investigación.

⁹ Ibíd 4 op cit

¹⁰ Ibíd 4 op cit

¹¹ Organización Mundial de la Salud (OMS). Medición del cambio del estado nutricional: directrices para evaluar el efecto nutricional de programas de alimentación suplementaria destinados a grupos vulnerables. Ginebra. 1983. pp.125

PESO/EDAD:

VENTAJAS

- * En programas de vigilancia nutricional es un indicador que fundamentalmente identifica desnutrición aguda y crónica.
- * Sensibles a pequeños cambios (aún cuando algunas variables influyen en pequeñas fluctuaciones en el peso)
- * La medida es objetiva y repetible.
- * La pesada es relativamente fácil para trabajadores de la salud con poca experiencia en el manejo pero adecuada capacitación.

DESVENTAJAS

- * No es sensitivo para niños que presentan retardo en el crecimiento.
- * No estima la duración de la desnutrición.
- * Sobreestima el problema de la desnutrición como es el caso de los niños con un peso esperado para la edad bajo, que no necesariamente presentan desnutrición, ya que su peso actual es adecuado a su estatura.

TALLA/EDAD

VENTAJAS

- * Describe cuadro de la historia nutricional pasada, interpretada comúnmente como enanismo nutricional o mal nutrición calórica proteica recuperada.
- * La medida es objetiva, repetible y tiene una variabilidad.
- * Con un costo mínimo se puede elaborar una tabla para longitud y para talla fácilmente transportable.

DESVENTAJAS

- * En proyectos de vigilancia del crecimiento, podría utilizarse en combinación con el peso/edad y el peso/estatura, ya que los cambios en la estatura ocurren con relativa lentitud.
- * Más fácil para los trabajadores no capacitados aprender a tomar la estatura que el peso de un niño .
- * Requiere de dos personas para tomar medidas.

PESO/ESTATURA

VENTAJAS

- * Buen indicador para distinguir aquellos niños armónicos con un peso adecuado para la estatura, de aquellos que están delgados o con exceso de peso para su estatura.
- * El indicador no requiere de datos de edad que a menudo son imprecisos y difíciles de obtener.
- * Las medidas son objetivas y repetibles.
- * Mejor criterio para seleccionar aquellos individuos con mayor necesidad de la aplicación de medidas de intervención nutricional.

DESVENTAJAS

- * Depende de los puntos de corte seleccionados para peso/estatura que puede sub-estimar la desnutrición. Por clasificar como normales aquellos niños que presentan retraso en estatura y son delgados.

- * Tiempo de entrenamiento para pesar y medir es mucho mas largo y puede complicarse por el tiempo que requiere un trabajador de salud en hacerlo.
- * Requiere de dos personas para tomar la estatura.

CIRCUNFERENCIA BRAQUIAL:

VENTAJAS:

- * La medición se hace con instrumentos sencillos y de bajo costo (cinta braquial o brazaletes) que pueden ser fabricados en gran escala.
- * Es fácil y rápido efectuar esa medición; un personal no profesional o un miembro cualquiera de la comunidad lo puede hacer con una capacitación mínima.
- * No requiere conocer con precisión la edad del niño: basta ubicarlo en unos límites de edad.
- * Se está empleando para la identificación de grupos de niños con problemas de desnutrición o en riesgo de tenerlos o para vigilancia del estado de nutrición de la población infantil.

DESVENTAJAS:

- * En caso de desnutrición severa su valor predictivo alcanza el de otros indicadores, como el de peso por edad, su capacidad para reconocer una desnutrición moderada depende de la precisión del instrumento utilizado para medir el perímetro braquial. Por esta razón se deberá complementar la información

proporcionado por otros indicadores de crecimiento y estado nutricional.

* Las dificultades principales aparecen cuando el instrumento utilizado carece de precisión o cuando su uso es inadecuado.

Para evaluar el estado nutricional de una comunidad, el método de tamizaje es el más apropiado, ya que permite seleccionar a individuos con alto riesgo de padecer el problema y establecer un diagnóstico presuntivo sobre la desnutrición, la elección del indicador o prueba a utilizar en el Tamizaje debe estar basado en la utilidad de este indicador y algunas características como ser una herramienta práctica, útil y conveniente, especialmente para identificar el peso bajo lo normal en los niños pequeños.

La circunferencia de la parte superior del brazo, o perímetro braquial es considerada como una buena prueba para este método, ya que el volumen de los músculos y grasas que componen la estructura muscular del niño, disminuye muy rápidamente si se deteriora el su estado nutricional. En el primer año de vida, la circunferencia del brazo del niño bien nutrido aumenta alrededor de 5 cm, alcanzando aproximadamente los 15 cm. Luego se mantiene relativamente constante entre el primer y el quinto año de vida, creciendo sólo alrededor de 2 cm, lo que permite observar fácilmente todo cambio debido a problemas nutricionales en ese lapso y, sobretodo, es útil para reconocer una desnutrición aguda.

Las medidas tradicionales del valor diagnóstico de una prueba son la sensibilidad y la especificidad. Estas miden la discriminación diagnóstica de la prueba comparada con la del

criterio de referencia, que, por definición, tiene una sensibilidad y una especificidad de 100 %. La sensibilidad mide la proporción de los individuos con la enfermedad que son identificados correctamente por la prueba y la especificidad mide la proporción de los individuos sanos que son correctamente identificados como tales por la prueba.¹²

La sensibilidad de este indicador consiste en que los niños de 1 a 5 años de edad muestran una circunferencia braquial de aproximadamente 16 cm., y se dice que son definitivamente desnutridos aquellos cuya circunferencia es menor de 12.5 c.m.¹³

Los estudios de Echeverri y col., han demostrado una sensibilidad de 70 y 85 %. al aplicar una "cinta de Perímetro braquial" y además una buena correlación con la clasificación del indicador Peso/edad ¹⁴

En relación al resto de indicadores antropométricos este es un método rápido, fácil de realizar, no requiere de un equipo caro o sofisticado y no se necesita saber con gran exactitud la edad de los niños.¹⁵

¹² Riegelman, R. Hirsch, R. Como estudiar un estudio y probar una prueba: lectura crítica de la literatura médica. Publicación científica 531. Organización Panamericana de la Salud. Washington. 1992.

¹³ Naciones Unidas. Como pesar y medir niños. Determinación del estado nutricional de niños pequeños mediante encuestas de hogares. Nueva York, 1988.

¹⁴ Ministerio de Salud Pública. Cinta Nacional de Perímetro braquial. Instrumento de Evaluación Nutricional. Fundación Ciencia. Ecuador. 1983.pp 277

¹⁵ Ibid 13 lo cit.

La desnutrición calórica-proteica en Centroamérica sigue ocasionando muchas muertes y daños, más que el conjunto de todas las otras causas, quien se ve más afectado siempre es el niño, debido a su carácter de dependencia de terceros y alto requerimiento de nutrientes en las primeras etapas de la vida.¹⁶

FACTOR SOCIO-ECONOMICO Y CULTURAL

Varios autores coinciden con el hecho de que el nivel educativo determina la manera que la madre selecciona, prepara y distribuye los alimentos disponibles en respuesta a la presión sociocultural.

La alimentación que recibe el niño durante su primer año de vida juega un papel sumamente importante para su crecimiento y desarrollo en las etapas subsiguientes de su vida.

En un estudio en Gran Bretaña se encontró que los niños alimentados artificialmente, tenían tasas de morbilidad más altas que los alimentados exclusivamente al pecho materno, no solo en cuanto a desórdenes gastrointestinales sino también a infecciones parenterales, tales como enfermedades de las vías respiratorias y otitis media; además las infecciones duraron más tiempo.¹⁷

¹⁶ Ritchie A.S. Jean. Estudiemos la nutrición. London School of Hygiene and Tropical Medicine, 1968.

¹⁷ Ibíd 4 op cit

En 1984 en tres maternidades del norte de Francia se estudió las influencias y las motivaciones de la elección de la lactancia materna, en relación a la edad de la madre y el nivel educativo de las mismas. En el grupo de edad de 15- 30 años clasificadas por el estudio como jóvenes eran las que menos duraban dando lactancia materna a los niños y las que más se inclinaban a la lactancia artificial¹⁸. Igual comportamiento presentaron grupos similares en un estudio a nivel nacional en el Centro de Salud Francisco Buitrago. Las motivaciones que predominaban en las madres que habían escogido el biberón, eran el fracaso de la lactancia materna, el miedo a los problemas estéticos, los problemas de destete y la duda sobre la capacidad física para amamantar, todos problemas prevenibles mediante el uso de la educación nutricional.

De 128 madres que participaban en el estudio solo el 11 % pertenecían al nivel secundario y eran las que implementaban la lactancia materna y sus hijos tenían un estado nutricional normal, sin embargo el 66 % proporcionaban lactancia artificial y sus hijos mantenían su estado nutricional en riesgo o desnutrición¹⁹

También se demostró que la duración de la lactancia materna en Turquía es generalmente mas larga en el medio rural. Su disminución en el medio urbano con introducción más temprana de alimentos

¹⁸ Avellán, J. et al. Prácticas alimentarias utilizadas durante el primer año de vida por madres multíparas, nivel cultural y socioeconómico y su efecto sobre el estado nutricional de los niños menores de 5 años que asisten al centro de salud Francisco Buitrago. Universidad centroamericana. Managua.1992.

¹⁹ Ibíd 18 lo cit.

suplementarios está asociado frecuentemente a la elevación del nivel de vida y educación de las madres ²⁰

La epidemiología de la desnutrición, esta fuertemente influenciada por el grado de instrucción de las madres, el saneamiento ambiental y el nivel socioeconómico de la familia.²¹

La situación de pobreza en Nicaragua se ha incrementado tanto en términos absolutos como relativos; en 1990 el 46 % de los hogares de Managua resultaron en estado de pobreza , pero no sólo hay más pobres, sino que los pobres son más pobres, puesto que se ha incrementado en mayor medida el número de " miserables " (que no satisfacen tres o más necesidades básicas) y el de los "extremadamente pobres" (que no satisfacen dos necesidades básicas). ²²

En general la alimentación de la población urbana en términos de calorías, recibe su mayor aporte de alimentos como el Arroz, frijoles, aceite y azúcar, consumidos por el 97 % de los hogares. Sin embargo una parte importante de los alimentos consumidos provienen del procesamiento agro-industrial.^{23, 24}

²⁰ Ibíd 3 op cit

²¹ Ibíd 4 op cit

²² Consejo Consultivo Nacional. Situación nutricional de Nicaragua. Managua, Noviembre, 1991.

²³ Ibíd 4 op cit

²⁴ Programa Alimentario Nutricional (PAN). II Encuesta de consumo aparente. Región III. Managua. Diciembre 1991.

Muchas son las personas dispuestas a aceptar considerables sacrificios para adquirir los productos más caros, convencidos de que, por ser más caros, serán de mejor calidad y tendrán un mayor valor nutritivo.²⁵

A esta realidad no escapa nuestro país, donde en los últimos años se ha dado un incremento de la exportación de productos alimenticios sin prestar atención al contenido nutricional de los mismos, esto asociado a la inexistencia de una ley de protección al consumidor que garantice la legitimidad de los productos y su contenido nutricional.

Además de la relación entre las prácticas alimentarias y el estado nutricional es de mucha importancia que la población tenga conocimientos en Alimentación y Nutrición para que estos sean aprovechados adecuadamente en beneficio del estado de salud y nutrición. Generalmente existen conceptos erróneos de los valores nutritivos y de los requerimientos alimentarios por la falta de orientación en este campo.²⁶

En los últimos años 20 años ha aumentado el interés por los alimentos y por la nutrición entre el público en general. Tal actitud brinda la oportunidad de que haya mayor información errónea sobre el tema.

²⁵ Valiente, S; Boj, T; y Espinoza F. Enseñanza de nutrición en agricultura. 2da. Edición, Santiago de Chile: Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA), 1988.

²⁶ Ibíd 25 op cit

El prescindir de los hechos nutricionales, la ciencia médica y las medidas de salud esta creando nuevos problemas en la educación de este aspecto de la salud. El personal de salud especialmente Médicos y nutricionistas afrontan todos los días el reto de combatir la difusión de ideas equivocadas relativas a "terapias" nutricionales, aditivos alimentarios e inocuidad de los comestibles.

La Nutrición, ciencia relativamente joven, es deformada por las modas de la dieta. Al enseñar esta disciplina, se ha puesto siempre de relieve el nexo tan estrecho que hay entre una buena alimentación y la salud, una mala alimentación y la enfermedad.²⁷

En Nicaragua, diversos estudios han contribuido a identificar los conocimientos que en alimentación y nutrición poseen diferentes grupos de la población, otros trabajos investigativos explican la relación entre las prácticas alimentarias y el estado nutricional de los mismos; dentro de los resultados obtenidos resalta siempre la falta de orientación alimentaria y nutricional y se recomienda la integración de este componente en los diferentes sectores de la educación sea esta formal o informal.²⁸

²⁷ Ibíd 8 op cit

²⁸ Ibíd 22 op cit

Esta recomendación esta basada en el hecho de que la Asesoría Nutricional es el proceso mediante el cual se puede ayudar más eficazmente a la población para que adopten hábitos y prácticas alimentarias más adecuadas y a su vez aprovechen al máximo los alimentos disponibles en sus hogares.²⁹

Sin embargo a nivel de las unidades de salud, se carece de un programa de educación popular dirigido a las madres con niños a riesgo o desnutridos para ayudarles a la recuperación del estado nutricional normal.

²⁹ Mason, M; Wenberg, B; y Welsch, P. Dietética clinica. Editorial Limusa, Mexico, 1991.

V. DISEÑO METODOLOGICO

El presente es un estudio descriptivo de corte trasnversal, realizado en el Barrio Villa Austria, área de influencia del Centro de salud Villa Venezuela, SILAIS Oriental- Managua durante el período comprendido de agosto a octubre de 1994. Dicho Barrio se localiza en el sector anexo a la Colonia Primero de Mayo. El sector esta formado por 502 casas.

El universo esta constituido por 464 niños menores de 5 años que viven en el barrio a los cuales se les realizó un tamizaje utilizando la circunferencia braquial como diagnóstico presuntivo y se obtuvo a 61 niños con riesgo o desnutrición, a fin de comparar los resultados se contabilizó el número de casas encuestadas en la primera etapa y se procedió a levantar la información en un número similar de hogares (56 Casas) dando una muestra total de 117 niños (23%). La unidad de análisis de este estudio son los niños menores de 5 años. La fuente de información primaria será la madre de estos niños a las cuales se les aplicará el instrumento de recolección de datos.

Los procedimientos efectuados son los siguientes:

Coordinación con el equipo de dirección del Centro de Salud y la carrera de Nutrición de la Universidad Centroamericana.

- * Prueba del formulario y estandarización de los encuestadores. El formulario, se probó en una muestra de 20 madres. Dicha prueba se realizó en el Barrio Georgino Andrade perteneciente al área de influencia del Centro de salud Villa Venezuela.
 - Cada investigador llenó cinco formularios para validar las preguntas y comenzar con el proceso de estandarización.
 - En conjunto con el tutor y asesor se valoró esta actividad, identificando los principales problemas encontrados por los encuestadores tanto en la formulación de preguntas como en la redacción y/o elaboración de las mismas.
 - Se realizaron las modificaciones necesarias al formulario y con este procedimiento se cumplió con el proceso de validación y estandarización de las encuestas.
- * Se capacitó a los estudiantes de Nutrición en la toma de medidas antropométricas y llenado de los instrumentos.
- * Primera recolección de datos: Se realizó un tamizaje por medio de visitas domiciliarias utilizando la toma de circunferencia braquial a todos los niños del Barrio; para obtener el diagnóstico presuntivo del niño se relacionó el resultado obtenido en centímetro con la tabla de Interpretación de la circunferencia braquial. (anexo 4). Una medición antropométrica aislada tiene valor en las pruebas de tamizaje para seleccionar niños de alto riesgo. Sin embargo si se desea identificar niños con problemas nutricionales antes que el daño nutricional se evidencie, deben obtenerse medidas antropométricas que sirvan para confirmar el diagnóstico

encontrado.

Una vez tomada la circunferencia braquial, y de obtener como resultado riesgo o desnutrición, se procedía a confirmar el diagnóstico mediante el indicador peso/edad.

* Segunda recolección de datos: Se contabilizó el número de casas donde se encontró a niños con riesgo o desnutrición y se procedió a encuestar igual número de hogares donde vivían niños que resultaron normales según el diagnóstico presuntivo. Las casas fueron escogidas al azar.

* La entrevista a la madre se realizó en ambos hogares. En caso de no estar presente la madre se entrevistó en orden de prioridad a la abuela, padre o persona adulta encargada de cuidar al niño.

La recolección de los datos se hizo en un período de tres semanas y fue efectuada por un equipo de 4 encuestadores y la supervisión del investigador principal. Diariamente se reunió el investigador con los encuestadores a fin de revisar las encuestas que se recolectaban ese día, para comprobar si eran llenadas adecuadamente, y valorar el avance de esta fase del estudio.

Para garantizar la confiabilidad y validez de los datos el investigador, diseñó en el cuestionario un acápite que proporciona la dirección de los encuestados, de tal forma que se podía corroborar los datos recogidos, se realizaron al azar 5 encuestas de las recogidas diariamente.

* Para la recolección de los datos se utilizaron dos instrumentos:

- El primero dirigido a la recolección de datos de los niños, recogió las variables acerca de las características biológicas: Sexo, edad, diagnóstico presuntivo y estado nutricional. (anexo 2)

- El segundo recogió la información acerca de las características sociales, económicas y biológicas de las madres; así como también acerca de la práctica alimentaria utilizada en la dieta del niño. (anexo 3).

El método de recolección fue la entrevista y el instrumento fue el cuestionario con preguntas cerradas. Las variables fueron las siguientes:

* Edad, nivel educativo y estado civil de la madre.

* Ingreso económico: número de personas que habitan en la casa, cantidad de personas que trabajan y presupuesto destinado a la alimentación.

* Prácticas alimentarias : Ingesta alimentaria, grupo de alimentos y preparaciones utilizadas, tabúes y creencias alimentarias.

* Orientación alimentaria Nutricional suministrada a las madres de los niños: profesional y no profesional.

Procesamiento de datos

Se dio inicio al procesamiento por medio de la codificación de las preguntas del cuestionario e introducción a una base de datos y análisis estadístico por medio de computadora utilizando para tal efecto el paquete de EPI INFO (Eped, Check, Enter y Analysis).

Plan de Análisis

Se realizó distribución de frecuencias de:

- * Variables del niño: Diagnóstico presuntivo, clasificación nutricional, grupo etáreo y sexo.
- * Variables de la madre y familia: edad, estado civil y nivel educativo de las madres así como también el gasto alimentario familiar.
- * Variables de la ingesta alimentaria, grupo de alimentos, preparaciones y razones usadas por las madres en la alimentación del niño.
- * Tipo de actores que brindan orientación a las madres.

Se realizarán los siguientes cruces de variables:

- Ingesta Alimentaria vs. Estado nutricional.
- Ingesta Alimentaria vs. características sociales, biológicas y económicas de la madre.
- Estado nutricional vs. características biológicas de los niños.

* Se calculó la sensibilidad, la especificidad y el valor predictivo de la prueba de tamizaje, mediante las siguientes fórmulas:

Sensibilidad = $\frac{a}{a + c}$ = Proporción de individuos con la enfermedad según la prueba de oro e identificados como positivos por la prueba en estudio.

Especificidad = $\frac{d}{b + d}$ = Proporción de individuos sanos según la prueba de oro e identificados como positivos por la prueba en estudio.

Valor Predictivo Total (V.P.T.) = Probabilidad de que un resultado cualquiera (positivo o negativo) sea realmente desnutrido.

$$V.P.T = \frac{A + D}{N}$$

* Se obtuvo Test de significancia estadística mediante la Prueba de Ji Cuadrado.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES del Niño:

* Edad del niño: Edad en meses cumplidos del niño.

- 0 - 12 meses - 13 - 36 meses - 37 - 60 meses

* Sexo del niño: Estado biológico del niño.

-Femenino - Masculino

* Diagnóstico Presuntivo: Resultado antropométrico según indicador circunferencia braquial, obtenido en centímetros e interpretado según tabla de UNICEF.

- Desnutrido - Riesgo - Normal

* Estado nutricional: Resultado antropométrico según indicador Peso/edad tomando como referencia los Niveles críticos según tabla del INCAP

- Desnutrición severa < - 3 Desviación Estándar

- Desnutrición moderada - 2 a -3 Desviación estándar

- Desnutrición leve - 1 a - 2 Desviación estándar

- Normal - 1 a + 1 Desviación estándar

Variables de la Madre y familia:

* Nivel educativo: Es el nivel de escolaridad alcanzado por la madre.

- Analfabeta - Alfabeta - Primaria
- Secundaria - Técnica - Universidad

* Edad de la madre: Edad en años cumplidos al momento de la entrevista.

- 15 - 24 años - 25 - 34 años - 35- 54 años

* Estado civil de la madre: Es el estado civil en que se encuentra la madre al momento de la entrevista.

- Soltera - Casada - Unión libre
- Viuda - Divorciada

* Gasto alimentario familiar: Se refiere a la cantidad de dinero del presupuesto total de la familia destinado a la adquisición de alimentos.

- Mas de la mitad - La mitad - Menos de la mitad.

Variables de la Práctica Alimentaria:

* Ingesta alimentaria (Variable Principal)

Es la acción de la madre en relación a la cantidad de alimentos suministrados al niño desnutrido.

- Aumenta - Mantiene
- Disminuye - Suspende.

* Grupo de Alimento: Es el grupo de alimentos que la madre proporciona en la dieta del niño desnutrido.

- Lactancia materna - Lactancia artificial
- Carne - Fruta
- Vegetal - Grasa
- azúcar - alimentos industriales

* Tipo de preparación de alimento: Es la forma en que la madre cocina el alimento del niño desnutrido.

- Sopa - Atol - Refresco - Puré
- Fritura - Cocido - Asado

* Tabúes y creencias: Razones por las cuales las madres dan ciertos alimentos a los niños desnutridos.

- Aumentar peso - Por costumbre
- No le hace daño. - Se recupera más rápido
- Barato - lo enferma más
- Orientación profesional - es caro
- Orientación no profesional. - no le gusta
- perdida de apetito

* Tipo de Orientación alimentario- nutricional: Son todos los actores sociales que brindan orientaciones alimentario nutricionales a las madres.

- Orientación Profesional:
médico, nutricionista y enfermera
- Orientación No profesional:
vecino, familia y ella misma

VI. RESULTADOS

El Barrio Villa Austria se caracteriza por poseer una cobertura del 98 % de agua potable, la basura es recolectada por el camión en el 77.9 % de las casas, el 44 % posee tuberías de aguas negras, en la mayoría de las calles del barrio se observa aguas servidas. Esta comunidad, cuenta también con una Olla Comunal que proporciona alimentación complementaria a los niños del sector. Villa Austria cuenta con un total de población infantil menor de 5 años de 464 niños, de estos la prueba de tamizaje captó a 61 menores con riesgo o desnutrición, a fin de comparar los datos de los niños con diferente situación nutricional se procedió a encuestar a 56 niños con estado nutricional normal. En total se encuestó a 117 niños hijos de 104 madres, de las cuales se obtuvo la información que a continuación se analiza.

Para facilitar una mejor comprensión de los datos, los resultados se presentan según:

- 1.- Características biológicas y socioeconómicas de las madres y familias.
- 2.- Características biológicas de los niños.
- 3.- Estado nutricional de los niños.
- 4.- Ingesta alimentaria de los niños.

1.- Características biológicas y socioeconómicas de las madres y familias.

Los grupos etáreos de las madres son descritos en el cuadro no. 1, siendo el grupo de edad con mayor población el de 25 a 34 años con 43.3 % , siguiéndole las mujeres de 15 a 24 años con 36.5 %.

El nivel educativo primaria representa el 51 % de la población total de madres, continuando las alfabetas y las de nivel secundaria con 29 y 13 % respectivamente. Solamente una de las madres posee nivel universitario. (ver cuadro No.2)

En relación al estado civil la categoría unión libre abarca 47 % de las madres, seguidas por el 27 % de las mujeres casadas y el 23 % de solteras.(ver cuadro No.3)

Al tabular el gasto alimentario de las familias se encontró que el 46 % ocupa más de la mitad del total del presupuesto familiar para la compra de alimentos y se observaron porcentajes similares (28 y 26 %) en relación a las familias que gastan menos de la mitad y la mitad del presupuesto en la adquisición de alimentos. Con respecto al número de personas que viven en las casas, es notorio señalar que en la mayor parte de las familias viven entre 4 a 6 personas (54 %)(ver cuadro No.4 y 5)

En el 80 % de las familias de 1 a 2 personas trabajan y sólo en el 8 % de las mismas no trabaja nadie, siendo los menores porcentajes el 6 y 7 % con 3 a 4 personas y mas de 4 personas respectivamente. (ver cuadro No. 6).

2.- Características biológicas de los niños.

De la población estudiada es mayor la cantidad de población infantil femenina con 50.4 % que el 49.6 % de población masculina.(ver cuadro No.7)

Las edades que agrupan a la mayoría de los niños corresponden a 13 - 36 meses con un 50 % , siguiéndole 37 - 60 meses con un 44 % y en menor porcentaje la población menor de 12 meses con 6 %.
(Ver cuadro No.8)

3.- Estado Nutricional de los niños

Al clasificar a los niños de acuerdo al diagnóstico presuntivo se obtuvo el 49.6 % de niños en riesgo de malnutrición y 47.9 % en estado normal, según este indicador el 2.6 % de los niños se encontraba desnutrido. (cuadro No. 9)

En la clasificación nutricional según el indicador peso/edad, los niños con desnutrición leve representaron el 44 % de la muestra total, así mismo la clasificación normal le precede con 35 % de los niños y un porcentaje mínimo de niños con desnutrición severa se ubica con 3%. (Ver cuadro No.10)

Al calcular la sensibilidad de la circunferencia braquial se obtuvo que detecta al 64 % de los niños enfermos (riesgo o desnutrición) dejando de percibir al 33 % de niños con problemas de malnutrición.

Con respecto a la especificidad esta prueba detecta al 68 % de los niños que poseen un estado nutricional normal, quedando el 32 % de la población infantil mal diagnosticada. (Cuadro No. 11 y 12)

Al relacionar el grupo etáreo con la clasificación nutricional, el mas afectado es el de 13 - 36 meses con 46 y 21 % de desnutrición leve y desnutrición moderada, en orden de importancia se destacan los niños de 37 - 60 meses con 46 % de desnutrición leve. El grupo de 0 -12 meses comprende el 57 % de niños con estado nutricional normal.(Cuadro No. 13)

De acuerdo al sexo, las niñas están más afectadas, que los niños , presentándose en este sexo los 3 únicos casos de desnutrición severa (100%) de toda la población en estudio. En relación al estado nutricional normal el 51 % de las niñas lo obtienen, superando al 49 % de los varones. (Ver cuadro No.14)

4.- Ingesta alimentaria de los niños.

La ingesta alimentaria cuando los niños están bajos de peso es mantenida en el 99 % de las madres, seguidas por el 44.4 % de madres que disminuyen y aumentan el consumo de alimentos del niño en esta etapa, sólo el 27.3 % suspenden la alimentación cuando el niño esta desnutrido. (Ver cuadro No.15).

Entre las razones que más argumentan las madres para mantener o aumentar la ingesta en el momento en que el niño esta bajo de peso, se encuentran: Porque le gusta al niño (88%), es más barato (34%), y se recupera más rápido (22 %); el 23 % de las madres

refiere disminuir o suspender los alimentos Porque no le gustan al niño y el 21 % porque son caros. (Ver cuadro No.16).

En el cuadro 17 se destacan los tipos de preparaciones que utilizan las madres, el 57 % coce los alimentos al niño y el 55 % les da fritura, el 50 % proporcionan sopa y la preparación menos utilizada son los asados y el atol con 5.1 y 3.4 % respectivamente.

La razón " Porque le gusta al niño" es dicha con mayor frecuencia por las madres para proporcionar cierto tipo de preparación (55%), seguidas con un 38 % por el hecho de ser la comida familiar. (Ver cuadro No.17 y 18)

Al preguntar sobre que tipo de personal orienta acerca de la alimentación y nutrición del niño se encontró que el 55 % no pide orientación. El 42 % de estas madres acude a Personal profesional, especialmente a la enfermera (18 %), médico (13 %) y nutricionista (11 %). (Ver cuadro No.19)

Los grupos de alimentos que las madres mantienen con mayor frecuencia cuando el niño esta bajo de peso, son los azucares (88%) y los cereales (83 %), seguidos por la lactancia materna con un 78 % ; las frutas (24 %) y los vegetales (22 %) son los tipos de alimentos que las madres aumentan en la dieta del niño, cuando este está desnutrido.

Los alimentos que son disminuidos en mayor porcentaje cuando el niño se encuentra bajo de peso, son los industriales (33 %) y las grasas (22 %). (Ver cuadro No.20).

De igual forma los grupos de vegetales (16 %) y carnes (14 %) son los más afectados en relación a la suspensión de la ingesta.

En todas las categorías del nivel educativo la ingesta de algunos grupos de alimentos es mantenida entre el 99 y el 100 % de las madres, sólo el 100 % de las madres universitarias (1) y el 57 % con nivel secundario utilizan el aumento de la ingesta como práctica alimentaria.

En relación a la disminución de los alimentos el 100 % de técnicas y universitarias (2 y 1 mujeres respectivamente) utilizan esta modificación como parte de la práctica con la alimentación de sus hijos desnutridos. El 38 y 37 % respectivo de madres en primaria o alfabetas disminuyen la ingesta.

La suspensión de los alimentos al niño es mayor en el nivel analfabeta y técnica (50 % ambas). Las madres universitarias y las de secundaria (0 y 14 % respectivamente) son las que menos suspenden los alimentos.(Ver cuadro No.21).

El cuadro No. 22, muestra que entre el 99 y 100 % de las madres mantienen la ingesta alimentaria de ciertos grupos de alimentos, la madre viuda (100 %) es la que aumenta los alimentos del niño, seguidas por las de unión libre (51 %). En cuanto a la disminución, ocupan los mayores porcentajes las madres divorciadas, las viudas y las solteras (100 y 50 %), el mayor porcentaje (31 %) de suspensión de los alimentos lo obtienen las madres bajo unión libre. (Cuadro No. 22)

Al vincular la ingesta alimentaria de acuerdo a los grupos de edad de las madres se encontró que el 44 % de madres en edades en los grupos de 25 - 34 años mantienen la ingesta de sus hijos, el aumento de la misma es realizada por el 43.5 % de este mismo grupo

etéreo, el 52 % de este mismo grupo disminuyen la cantidad de alimentos y en un 41 % los suspenden, al igual que las de 15 - 24 años. Las mujeres de 35 - 54 años con un 12 % son las que menos disminuyen la ingesta al igual que la suspensión de la alimentación con 18 %. (Ver cuadro No.23)

En el cuadro No. 24 se presenta la información correspondiente a la ingesta alimentaria suministrada por la madre de acuerdo al estado nutricional del niño, donde se observó que las madres con niños con estado nutricional normal mantienen la ingesta en un 35 %, y el 16 % suspende cierto tipos de alimentos. En los niños con desnutrición leve las ingestas alimentarias predominantes son la suspensión con (59%) y la disminución (56 %). De igual forma los niños con desnutrición moderada sufren una disminución del (25 %) y le suspenden los alimentos a (19 %) de ellos. En la desnutrición severa se observa que el 6 % de las madres suspende la alimentación de los menores.

En los hogares donde se gasta más de la mitad del presupuesto alimentario, un 56 % aumentan la ingesta, el 52 % disminuyen la alimentación de los niños, cuando se presenta una baja de peso en los mismos. Es notorio señalar que el 41 % de las familias con un gasto alimentario menor de la mitad del presupuesto familiar, suspende la alimentación de los menores. (Cuadro No. 25)

Al analizar la relación del número de personas que viven en las casas se observó que en todas las categorías de la variable se encontraron porcentajes similares en cuanto a la manutención de la ingesta (100 y 99 %), en las casas que viven entre 1 - 3

personas el 50 % aumenta la ingesta de los niños cuando estos presentan bajo peso, disminuyen (75 %) , y suspenden la alimentación en un 50 % . El 4 % de las familias donde viven más de 9 personas, disminuye la alimentación de los niños cuando estos se encuentran bajos de peso. (Cuadro No. 26).

Se encontró que todas las familias mantienen la ingesta alimentaria en un 99 y 100 % , en el aumento de la ingesta alimentaria predominan el 50 % de las familias donde trabajan entre 3 - 4 personas, contrarias al 12 % de las familias que nadie trabaja.

En relación a la disminución de alimentos un 37 % de las familias primero señaladas se encontró en esta ubicación y el menor porcentaje es ocupado por el 37 % de las familias donde nadie trabaja. Las familias donde laboran más de 4 personas no suspenden alimentos y las que más suspenden (37 %) son las familias donde todas las personas están desempleadas. (cuadro No.27)

VII. DISCUSION DE RESULTADOS

El Barrio Villa Austria se caracteriza por poseer condiciones higiénico sanitarias deterioradas lo que representa factores de riesgo para el deterioro de la salud y nutrición de la población infantil, agregándose a esto el hecho de que sólo el 28 % de las familias en estudio acuden a las unidades de salud para su atención.

En el estudio se destacan las madres jóvenes (menores de 34 años) con 79.8 %, y las de bajo nivel educativo, especialmente las de nivel primario.

Cabe señalar que el 26 % de madres son solteras, estas cifras son similares a la distribución porcentual a nivel nacional, donde un alto porcentaje de las mujeres ocupan jefatura de familia.

Es notorio señalar que los porcentajes de familias con más de 7 personas en la vivienda, son casi del 42 % , estos datos tienen relación con el hecho de que la mayoría de las familias en Nicaragua han sido catalogadas como familias ampliadas.

De la población estudiada es mayor la cantidad de niñas, comportamiento similar a la distribución por sexo a nivel nacional, aunque no se encontró diferencia estadística significativa.

La evaluación nutricional, esta dirigida a medir el impacto de la nutrición sobre la salud, el rendimiento o la supervivencia de la población, a identificar los grupos de riesgo dentro de una comunidad, a confirmar la utilidad clínica de los indicadores sobre el estado nutricional y a aportar guías para la identificación de

los factores causales.³⁰

La prevalencia de desnutrición en el área es de 13 % y el valor predictivo total de la prueba de la circunferencia braquial es de 65 %.

Al relacionar el grupo etáreo con la clasificación nutricional, el grupo de 0 -12 meses es el menos afectado esto se debe a que este recibe en su ingesta alimentaria lactancia materna como alimento principal, la que por el valor nutritivo que posee es un factor esencial para evitar el deterioro del estado de salud y nutrición.

La información sobre la ingesta alimentaria incluye la de los niños desnutridos y los niños con estado nutricional normal, este último grupo a fin de comparar las prácticas alimentarias de ambos grupos.

La ingesta alimentaria es mantenida en la mayoría de las madres, sin embargo también existen porcentajes altos que disminuyen o suspenden los alimentos cuando el niño esta bajo de peso.

Cada año sigue habiendo miles de niños que mueren, que tienen un desarrollo físico y mental deficiente o que pierden la vista porque se les priva de los alimentos que necesitan durante los primeros años decisivos de la vida. Puede muy bien ocurrir que en las localidades se disponga de los alimentos adecuados, pero que la alimentación de los niños esté condicionada por creencias falsas y

³⁰ Beal, V. Nutrición en el ciclo de vida. Limusa . México. 1983. pp. 81- 82.

a menudo peligrosas acerca de la nutrición.³¹

Un conocimiento adecuado de los métodos de preparación de alimentos es esencial en cualquier programa ideado para mejorar la alimentación infantil. Hay muchas formas de cocinar alimentos, pero, en la mayoría de los países tropicales están limitados por razones económicas, por la variedad de alimentos disponibles en el sector y por la cultura y tradición.³²

Son muchas las ideas antiguas que merecen ser bloqueadas, pero es igualmente indispensable detener el flujo de las nuevas ideas nocivas y modificar por completo las modernas tendencias peligrosas en materia de nutrición.³³

La razón " Porque le gusta al niño" es dicha con mayor frecuencia por las madres para proporcionar cierto tipo de preparación, sin embargo, aunque los gustos por el alimento cambian, la actitud general del niño hacia el alimento y su significado están basados en gran parte en sus experiencias durante los años preescolares.³⁴

La mayoría de las razones argumentadas son de índole económico, ya que es importante resaltar que sólo el 2 % de las madres argumenta la recuperación más rápida del niño para dar determinado tipo de preparación. Las preparaciones más usadas

³¹ Naturama. La Salud por la Nutrición. Enciclopedia científica de medicina natural. 5a. edición. Madrid. 1990. pp.474.

³² Jelliffe, B. Nutrición infantil en países en vías de desarrollo. Limusa. México. 1989. pp.31.

³³ *Ibid* 31 op cit

³⁴ *Ibid* 30 op cit

(cocido y sopa), son consideradas de bajo valor nutritivo, las primeras porque al momento de cocer los alimentos, el agua utilizada por lo general es eliminada al igual que las vitaminas hidrosolubles (Vitaminas Complejo B y C) y no se utiliza para otras preparaciones. En el caso de las sopas, la dilución a la que son sometidas los micro y macronutrientes afectan la calidad nutricional del alimento que ingieren las personas, esto unido a que los niños por ser los pequeños de la casa y por tener una capacidad estomacal menor en comparación con los adultos, ingieren una cantidad de alimentos mínima, viene a aumentar el deterioro en el estado nutricional de los niños.

Al preguntar sobre que tipo de personal orienta acerca de la alimentación y nutrición del niño se encontró que el 58 % es orientado por Personal No profesional, en la mayoría de estos casos se destaca la autororientación (55 %), al no consultar a nadie. Esto pone en peligro la salud y estado de nutrición del niño, ya que las madres pueden tomar algunas consideraciones erradas en el tratamiento de recuperación del niño, sobretodo considerando la influencia de la publicidad en nuestro medio y especialmente el bajo nivel educativo que poseen las madres.

En la alimentación del niño, especialmente aquellas con un estado nutricional deficiente es esencial la inclusión de alimentos de todos los grupos básicos. Al analizar este aspecto se encontró que los grupos de alimentos que las madres mantienen con mayor frecuencia son los carbohidratos (azúcares, cereales y frutas), al igual que la lactancia materna.

En este estudio se encontró que la ingesta de algunos grupos de alimentos es mantenida por casi el 100 % de las madres independientemente del nivel educativo, las madres universitarias y las de nivel secundario utilizan el aumento de la ingesta como práctica alimentaria.

Los azúcares que mantienen las madres son suministrados en su mayor frecuencia en forma de golosinas y caramelos, los que sólo aportan calorías vacías y ningún nutriente.

Con respecto al resto de grupos es valioso señalar el hecho de que las frutas y vegetales participen en la dieta del niño, ya que se sabe que los hábitos alimentarios del nicaragüense no contemplan la inclusión de estos alimentos en su menú, respecto al valor nutritivo de las frutas estas son excelentes fuentes de vitamina C y en algunos de los casos contienen al precursor de la vitamina A, por su parte los vegetales, además de contener los nutrientes arriba mencionados, también contienen vitaminas del complejo B y Minerales. En relación a los cereales, son el alimento principal de la dieta del país, constituyen fuentes excelentes de calorías y aportan cantidades apreciables de proteínas de origen vegetal, aunque son bajas en contenido del aminoácido esencial lisina, además son buenas fuentes de hierro y del complejo vitamínico B., en el caso de que los cereales se disminuyen, son especialmente en forma de frijoles.³⁵ El aporte de estos micronutrientes especialmente de Vitamina A, toma importancia fundamental, debido

³⁵ Ibíd 32 op cit.

a que la carencia de este, es considerado un problema de salud pública por el Ministerio de Salud.

Un aspecto importante de resaltar es que la lactancia materna es mantenida en un porcentaje importante de la población infantil, a su vez esta población infantil menor de 12 meses son los que presentan mayor porcentaje de estado nutricional normal (57 %) lo que demuestra que dicho grupo es una valiosa y tradicional fuente de alimento limpio, digestible y especialmente adaptado para el niño, con proteínas de alta calidad. Su composición de aminoácidos es tal que se ha usado como norma de referencia para conocer el valor nutritivo de los alimentos proteicos. Aún cuando a la mayoría de los niños se les suministra lactancia materna, existe un porcentaje que le proporcionan lactancia artificial, hay que señalar que el consumo de leche en polvo y de bebidas para lactantes, se esta extendiendo como consecuencia de las campañas masivas de publicidad y a la falta de control en la venta de alimentos sustitutos de la leche materna.

Una dieta inadecuada puede ser producida por diversas causas, entre estas por la falta de conocimiento de los mejores alimentos para los diferentes grupos de edad, particularmente en lo que respecta a las necesidades dietéticas de los niños, tales como el requerimiento de las proteínas durante esta fase de desarrollo rápido; otro factor que incide es el conocimiento erróneo del valor nutritivo de los alimentos, ya que este puede formar parte de la estructura de la cultura local o tradicional o ser una importación

reciente en la comunidad. ³⁶

Los alimentos que son disminuidos en mayor porcentaje son los industriales y las grasas. La disminución de la ingesta de alimentos industriales es un fenómeno halagador ya que se sabe que este tipo de productos ha ido sustituyendo los alimentos frescos. Con respecto a las grasas, éstas son relativamente caras en todos los países, pero debido a su alto valor calórico representan "calorías compactas" que pueden ser importantes para los niños cuya dieta, consta de alimentos a base de carbohidratos de bajo contenido calórico. Además las grasas de la leche poseen un alto contenido de Vitamina A y Vitamina D. ³⁷

Otro grupo disminuido por las madres en gran cantidad es el de las carnes (huevos, queso, carne de res y pollo), estos alimentos son los más caros y difíciles de obtener y en algunos de los casos, sólo se usan como productos de prestigio. En todo el mundo existe gran número de tabúes, supersticiones y prejuicios en materia de alimentos, a menudo de naturaleza restrictiva. Con frecuencia, éstos están dirigidos hacia las mujeres y los infantes y tienden a limitar sus raciones de proteína animal. ³⁸

De acuerdo a diferentes revisiones bibliográficas, el nivel socioeconómico, reflejado por el ingreso y la educación, afecta la conducta de los padres hacia sus niños. Las madres de grupos

³⁶ *Ibíd* 32 *op cit*

³⁷ *Ibíd* 32 *op cit.*

³⁸ *Ibíd* 32 *op cit*

socioeconómicos inferiores tienden a ser más flexibles con sus hijos, complacen más las preferencias de alimentos, dejan que coman alimentos o golosinas a cualquier hora del día, con mayor frecuencia usan los alimentos como recompensa y los retiran como castigo y se preocupan menos porque coman poco. Por el contrario, las madres de niveles mas altos, son más rígidas y exigentes, tienen un patrón de alimentación más establecido durante el día y con menor frecuencia usan la comida como recompensa o castigo.³⁹. Así mismo se señala el hecho de que a mayor nivel educativo, mayor conocimiento e influencia positiva de estos en relación a la ingesta alimentaria. En el estudio el análisis de esta información demuestra que el nivel educativo no es un indicador fundamental de la adecuación o no de la ingesta alimentaria. Aquí se aplica más el hecho de que son los conocimientos alimentarios nutricionales que posea la madre o la persona que prepara y alimenta a los niños, los que determinan la práctica antes dicha.

Las madres al margen del estado civil que poseen, mantienen la ingesta alimentaria. En cuanto a la disminución, ocupan los mayores porcentajes las madres jefes de familia.

Al vincular la ingesta alimentaria de acuerdo a los grupos de edad de las madres se encontró que independientemente de la edad las madres realizan las diferentes modificaciones de los grupos de alimentos, los grupos de 25 - 34 años mantienen y aumentan la ingesta alimentaria cuando el niño esta bajo de peso, sin embargo

³⁹ Ibid 32 Op cit

son estas mismas las que en un 52 % disminuyen la cantidad de alimentos y en un 41 % los suspenden.

La edad de las madres se encuentra vinculada a la experiencia y a la consolidación de tabúes y creencias, ya que las personas de mayor edad son las que con mayor frecuencia aplican prácticas basadas en estos ritos, sin embargo las mujeres de 35 - 54 años son las que menos disminuyen o suspenden la ingesta de los niños cuando estos tienen bajo peso (Ver cuadro No.23)

En la recuperación nutricional del niño es esencial el aumento de la ingesta alimentaria, pudiendo esta mantenerse si se llega a encontrar un estado nutricional normal. El hecho de disminuir o suspender los alimentos tiene como consecuencia un deterioro aún mayor del estado de mal nutrición; así mismo niños que se encuentran normales o en riesgo y se les disminuye o suspende ciertos grupos de alimentos, son grupos más susceptibles a caer en un déficit nutricional, se observó que las madres con niños con desnutrición leve o moderada, las ingestas alimentarias predominantes son la suspensión y la disminución. Estos valores nos demuestran cómo influye en el deterioro del estado de salud y nutrición el hecho de disminuir o suspender la cantidad de alimentos.

El ingreso monetario y por ende el gasto alimentario son factores determinantes en el tipo de ingesta alimentaria suministrada a los niños, ya que de estos factores depende el poder adquisitivo de las familias. Independientemente del gasto alimentario la mayoría de las familias mantienen la ingesta

alimentaria de ciertos grupos de alimentos.

En los hogares donde se gasta más de la mitad del presupuesto alimentario, un 56 % aumentan la ingesta, aunque contradictorio estas mismas familias son las que en un 52 % disminuyen la alimentación de los niños. Es notorio señalar que el 41 % de las familias con un gasto alimentario menor de la mitad del presupuesto familiar, suspende la alimentación de los menores.

Es de suponer que las familias donde trabaja mayor cantidad de personas proporcionen una ingesta alimentaria más adecuada a los niños, debido a que su nivel económico es más alto. Sin embargo estas familias a pesar de que son las que aumentan y mantienen en mayor porcentaje la mayoría de los grupos de alimentos, son también las que más disminuyen los mismos.

Las familias que menos disminuyen la alimentación del niño cuando este se encuentra desnutrido es ocupado por las familias donde nadie trabaja. Esto se debe a que ya su ingesta alimentaria es reducida. Las familias donde laboran más de 4 personas no suspenden alimentos y las que más suspenden son las familias donde todas las personas están desempleadas, las razones obviamente son de carácter económico.



VIII. CONCLUSIONES.

- 1.- El 13 % de la población infantil menor de 5 años del barrio Villa Austria se encuentra con algún grado de desnutrición.
- 2.- De las características socioeconómicas destacan la mayor parte de mujeres con nivel primario y las que ocupan jefatura de familia, estas últimas madres son las que más disminuyen la ingesta alimentaria de sus hijos, cuando estos tienen bajo peso.
- 3.- No existe un cuidado especial para la alimentación del niño, agravando la situación el hecho de que la mayoría son orientadas por personal no profesional.
- 4.- Entre las causas más importantes que provocan la desnutrición en el sector destacan: la crisis económica y la falta de conocimientos alimentarios nutricionales, ya que la razón más argumentada es porque son más baratos y no por el valor nutritivo de los alimentos.
- 5.- Las familias más numerosas son las que más suspenden la cantidad de alimentos del niño con bajo peso; las razones obviamente son de carácter económico. ya que los alimentos suspendidos son los de mayor valor económico en el mercado.

- 6.- No se encontró influencia del nivel educativo ni del estado civil de las madres con respecto a la práctica alimentaria.

- 7.- Las madres de 25 - 34 años son las que más disminuyen o suspenden la alimentación del niño, no así las mayores de 35 años, este grupo no destaca con porcentajes elevados en la manutención o aumenta de la ingesta, sin embargo son las que menos disminuyen o suspenden la alimentación (12 y 18 %)

- 8.- Los niños desnutridos son a los que más se les disminuye o suspende la ingesta alimentaria, lo que perjudica el estado de salud y nutrición e impide la recuperación nutricional óptima de los menores.

IX. RECOMENDACIONES.

- 1.- Brindar seguimiento a los niños a riesgo y desnutrición del sector, a fin de evitar un aumento de la prevalencia de desnutrición y por ende un mayor deterioro de la situación de salud del área.

- 2.- Establecer un mecanismo de coordinación entre el Centro de Salud y Personal de las Olla Comunal a fin de fomentar el sistema de referencia y contrarreferencia e incluir a estos niños con déficit nutricional en programas de alimentación complementaria.

- 3.- Promocionar el Control de Crecimiento y Desarrollo (CCD), a fin de elevar la cobertura del mismo y brindar orientación alimentaria nutricional de carácter profesional a las madres.

4.- Que el personal del Programa Materno Infantil, elabore un Programa de Educación dirigido a las madres que incluya temas sobre:

- Importancia de la Atención Primaria de Salud: Asistencia a los programas de C. C.D.
- Valor nutritivo de los alimentos.
- Alimentación del niño desnutrido.
- Multimezclas y alimentos ricos en calorías.
- Economía doméstica.
- Alternativas de consumo.

X. BIBLIOGRAFIA

- 1.- Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO). Alimentación, Nutrición y agricultura. Educación sobre nutrición y aspectos de población en el desarrollo rural. Roma. FAO.1992
- 2.- Nutrición en salud pública. Les bulletins du centre international de l'enfance. Francia. No.32, 1989.
- 3.- Valiente, S; Olivares, S; y Harper L. alimentación, nutrición y agricultura. 1a. Edición, Santiago de Chile, 1986.
- 4.- Obaldía, V.N. Estado nutricional y prácticas alimentarias en niños preescolares de uno a cinco años, que asisten al centro de salud de tole, República de Panamá. Guatemala, Mayo de 1981.
- 5.- Cusminsky, M.; Lejarraga, H.; Mercer, R.; Marrell, M. y OMS/OPS. Manual de crecimiento y desarrollo del niño. Serie Paltex, 1986, pág 2.
- 6.- Taylor, K. Luean, A; Nutrición clínica. Interamericana. 1991. México. pp.20

- 7.- Organización Mundial de la Salud (OMS). Medición del cambio del estado nutricional: directrices para evaluar el efecto nutricional de programas de alimentación suplementaria destinados a grupos vulnerables. Ginebra. 1983. pp.125
- 8.- Riegelman, R. Hirsch, R. Como estudiar un estudio y probar una prueba: lectura crítica de la literatura médica. Publicación científica 531. Organización Panamericana de la Salud. Washington. 1992.
- 9.- Naciones Unidas. Como pesar y medir niños. Determinación del estado nutricional de niños pequeños mediante encuestas de hogares. Nueva York, 1988.
- 10.- Ministerio de Salud Pública. Cinta Nacional de Perímetro braquial. Instrumento de Evaluación Nutricional. Fundación Ciencia. Ecuador. 1983.pp 277
- 11.- Ritchie A.S. Jean. Estudiemos la nutrición. London School of Hygiene and Tropical Medicine, 1968.

- 12.- Avellán, J. et al. Prácticas alimentarias utilizadas durante el primer año de vida por madres multíparas, nivel cultural y socioeconómico y su efecto sobre el estado nutricional de los niños menores de 5 años que asisten al centro de salud Francisco Buitrago. Universidad centroamericana. Managua.1992.

- 13.- Consejo Consultivo Nacional. Situación nutricional de Nicaragua. Managua, Noviembre, 1991.

- 14.- Programa Alimentario Nutricional (PAN). II Encuesta de consumo aparente. Región III. Managua. Diciembre 1991.

- 15.- Valiente, S; Boj, T; y Espinoza F. Enseñanza de nutrición en agricultura. 2da. Edición, Santiago de Chile: Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA), 1988.

- 16.- Mason, M; Wenberg, B; y Welsch, P. Dietética clinica. Editorial Limusa, Mexico, 1991.

- 17.- Beal, V. Nutrición en el ciclo de vida. Limusa . México. 1983. pp. 81- 82.

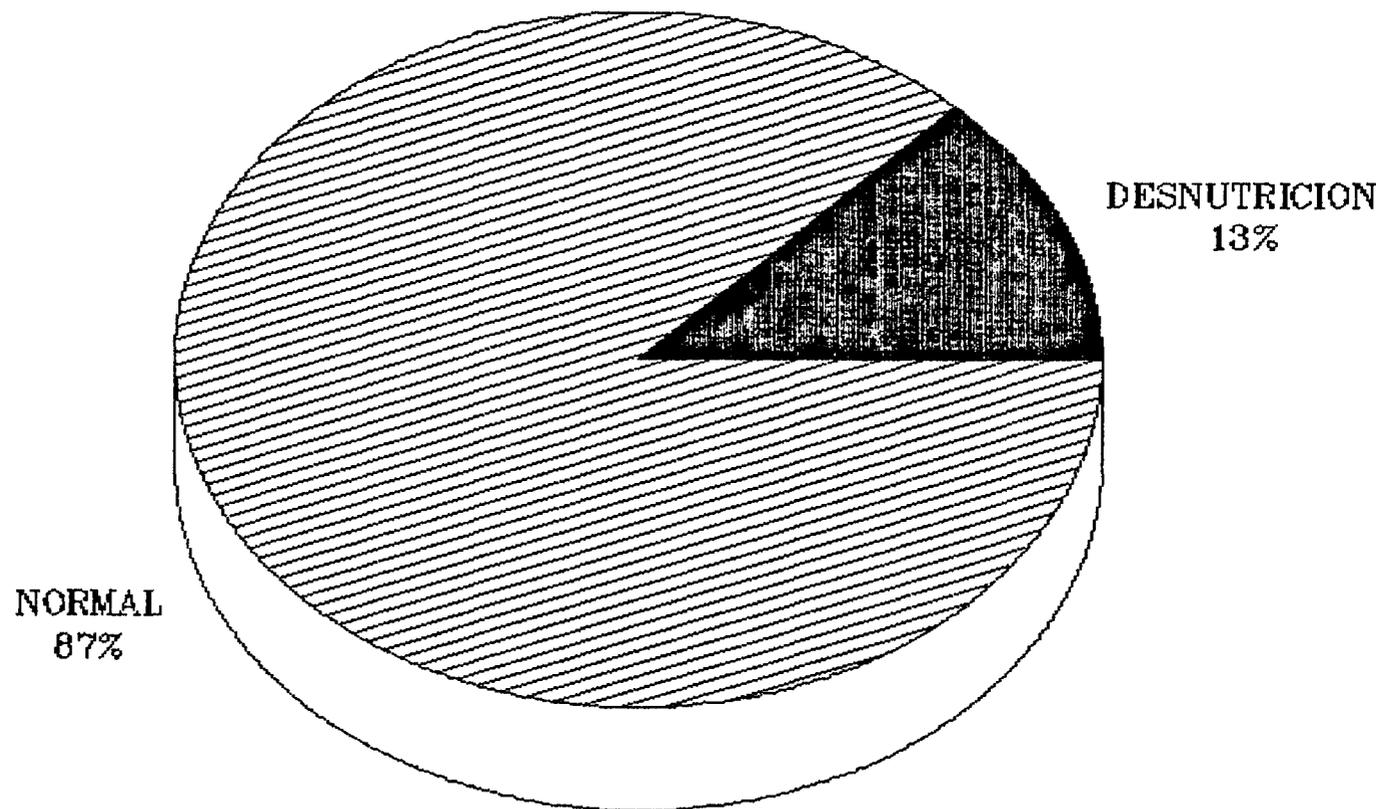
- 18.- Naturama. La Salud por la Nutrición. Enciclopedia científica de medicina natural. 5a. edición. Madrid. 1990. pp.474.

- 19.- Jelliffe, B. Nutrición infantil en países en vías de desarrollo. Limusa. México. 1989. pp.31.
- 20.- Atkin, L; Supervielle, t. et al. Paso a Paso. Como evaluar el crecimiento y desarrollo de los niños. UNICEF. Editorial Pax, Mexico, 1987.

XI. GRAFICOS

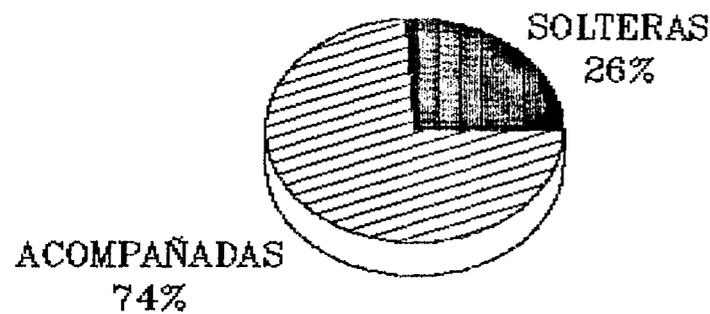
- 1.- Prevalencia de la desnutrición en el Barrio Villa Austria.
- 2.- Características de las madres.
- 3.- Orientación alimentaria nutricional
- 4.- Ingesta alimentaria y Número de personas que viven en las familias.
- 5.- Ingesta alimentaria y edad de las madres.
- 6.- Ingesta alimentaria y estado nutricional de los niños.

PREVALENCIA DESNUTRICION BARRIO VILLA AUSTRIA

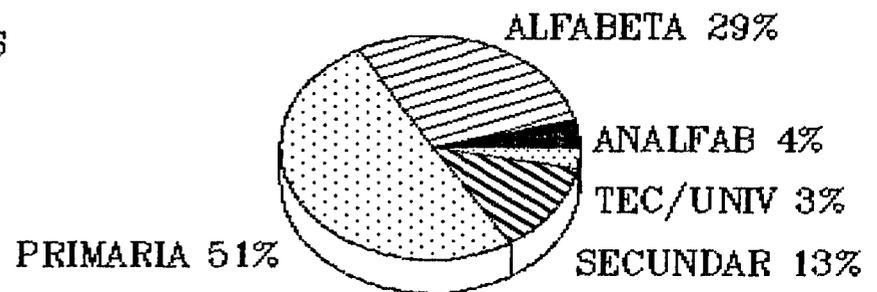


MANAGUA. OCTUBRE. 1994

CARACTERISTICAS DE LAS MADRES BARRIO VILLA AUSTRIA



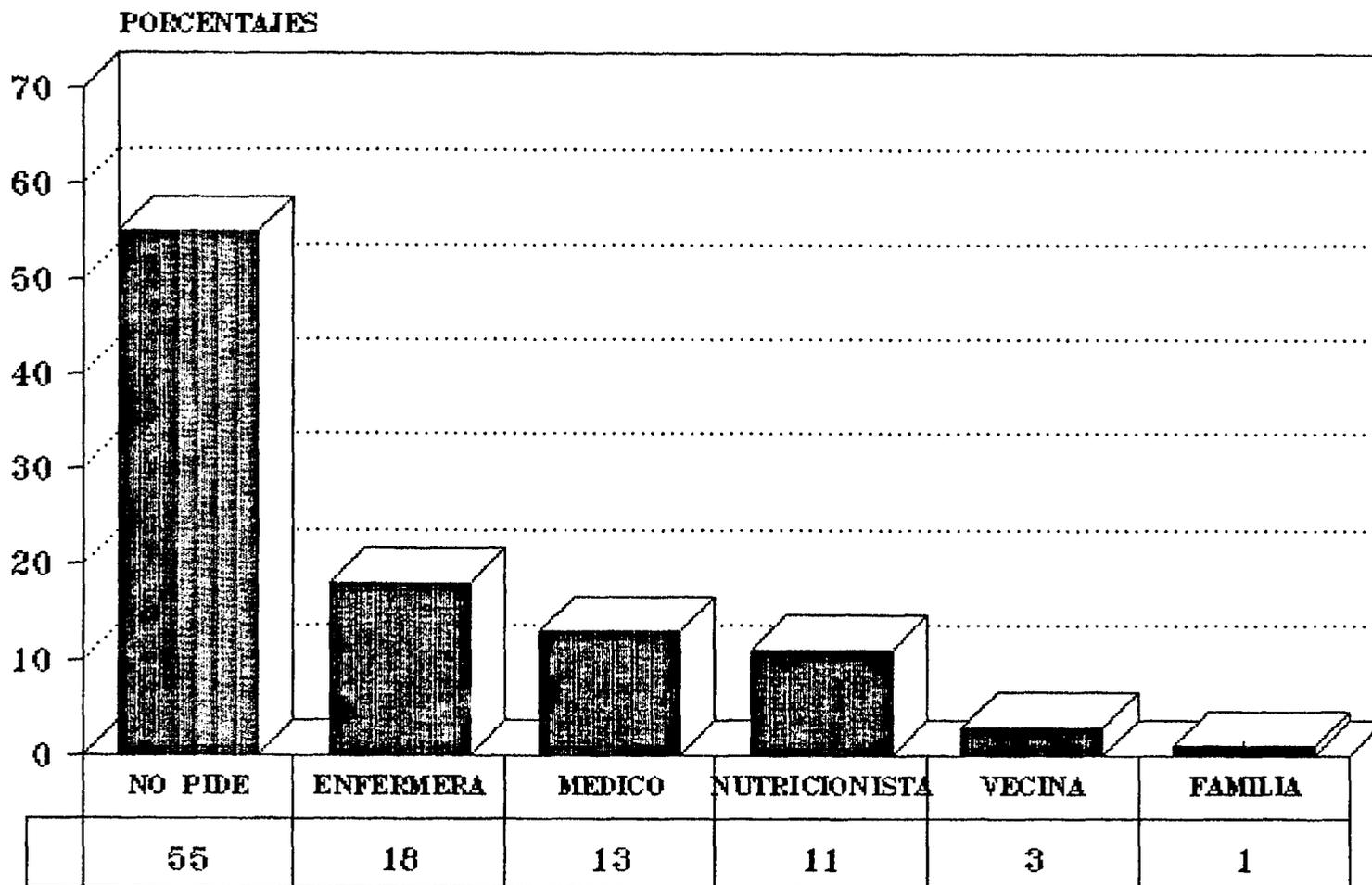
ESTADO CIVIL



NIVEL EDUCATIVO

TIPO DE ORIENTACION

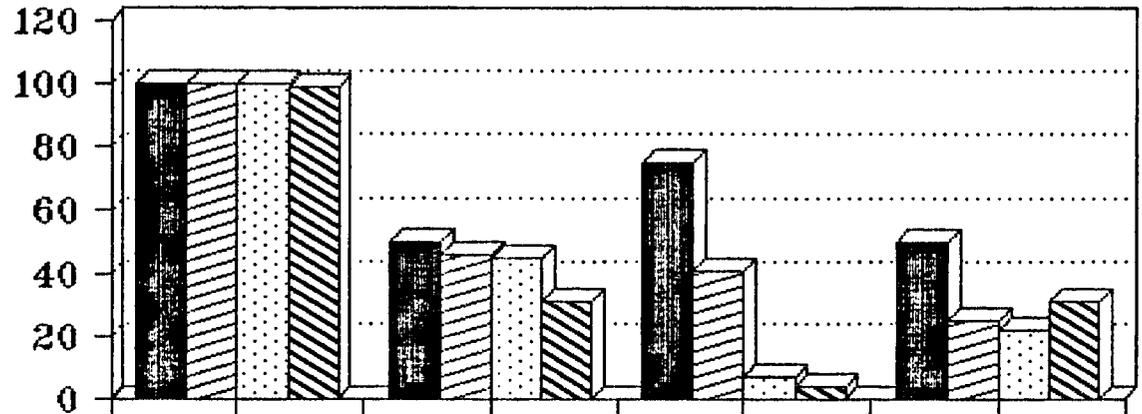
BARRIO VILLA AUSTRIA



MANAGUA. OCTUBRE.1994

INGESTA ALIMENTARIA Y NO. PERSONAS VIVEN BARRIO VILLA AUSTRIA

PORCENTAJES



	MANTIENE	AUMENTA	DISMINUYE	SUSPENDE
1 - 3	100	50	75	50
4 - 6	100	46	41	25
7 - 9	100	45	7	22
> 9	99	31	4	31

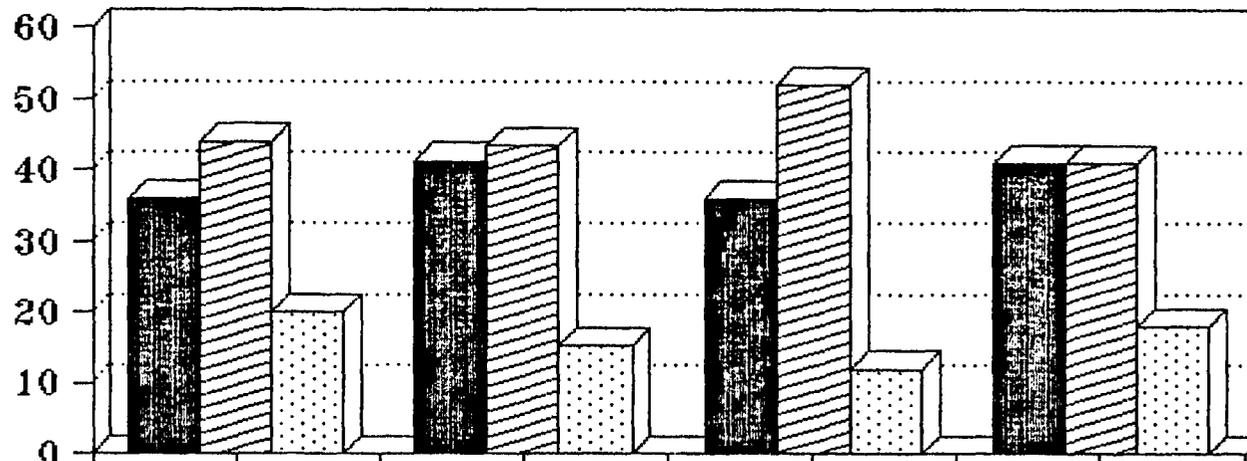
INGESTA ALIMENTARIA

NO. PERSONAS VIVEN



INGESTA ALIMENTARIA Y EDAD MADRES BARRIO VILLA AUSTRIA

PORCENTAJES



	MANTIENE	AUMENTA	DISMINUYE	SUSPENDE
15 - 24 A.	36	41.3	36	41
25 - 34 A.	44	43.5	52	41
35 - 54 A.	20	15.2	12	18

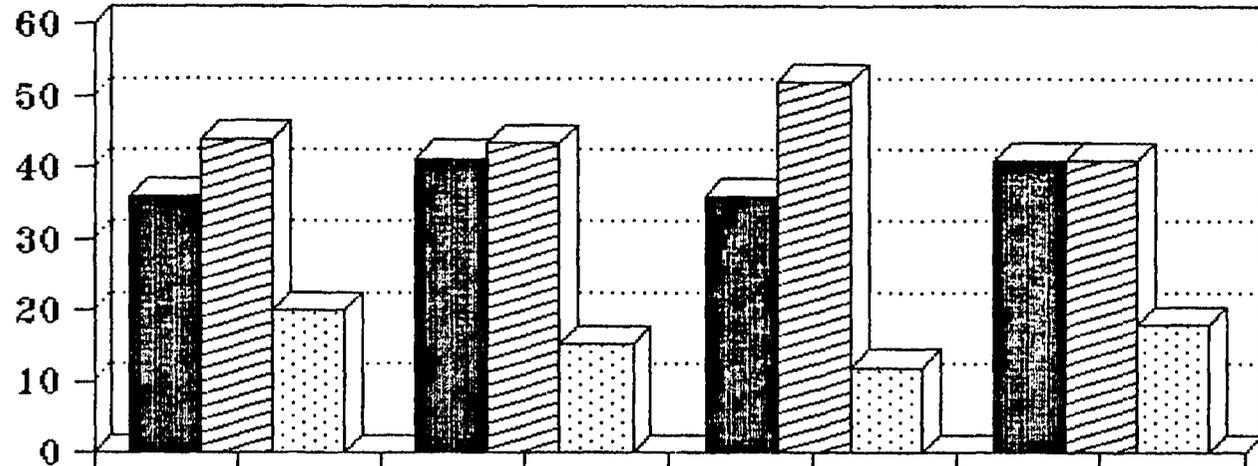
INGESTA ALIMENTARIA

EDAD MADRES

15 - 24 A.
 25 - 34 A.
 35 - 54 A.

INGESTA ALIMENTARIA Y EDAD MADRES BARRIO VILLA AUSTRIA

PORCENTAJES



	MANTIENE	AUMENTA	DISMINUYE	SUSPENDE
15 - 24 A.	36	41.3	36	41
25 - 34 A.	44	43.5	52	41
35 - 54 A.	20	15.2	12	18

INGESTA ALIMENTARIA

EDAD MADRES

15 - 24 A.
 25 - 34 A.
 35 - 54 A.

XII. ANEXOS

- 1.- Cuadros

- 2.- Instrumento de recolección de datos antropométricos de los niños menores de 5 años del Barrio Villa Austria.

- 3.- Prácticas alimentarias utilizadas por madres de los niños menores de 5 años del Barrio Villa Austria

- 4.- Tabla : interpretación de la circunferencia braquial

CUADRO 1.

Grupos etáreos de las madres de niños
menores de 5 años del Barrio Villa Austria.
Managua. Octubre. 1994

EDAD	No.	%
15-24 AÑOS	38	36.5
25-34 AÑOS	45	43.3
35-54 AÑOS	21	20.1
TOTAL	104	100

CUADRO 2.

Nivel educativo de las madres de niños
menores de 5 años del Barrio Villa Austria.
Managua. Octubre. 1994

NIVEL EDUCATIVO	No.	%
ANALFABETA	4	4
ALFABETA	30	29
PRIMARIA	53	51
SECUNDARIA	14	13
TECNICA	2	2
UNIVERSITARIA	1	1
TOTAL	104	100

CUADRO 9

Clasificación nutricional según Diagnóstico presuntivo
en niños menores de 5 años del Barrio Villa Austria
Managua. Octubre. 1994

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO	No.	%
NORMAL	56	47.9
RIESGO	58	49.6
DESNUTRIDO	3	2.6
TOTAL	117	100

CUADRO 10

Clasificación nutricional según Peso/edad
en niños menores de 5 años del Barrio Villa Austria
Managua. Octubre. 1994

CLASIFICACION NUTRICIONAL	No.	%
NORMAL	41	35
DESNUTRICION LEVE	52	44
DESNUTRICION MODERADA	21	18
DESNUTRICION SEVERA	3	3
TOTAL	117	100

CUADRO 11.

Relación del Diagnóstico presuntivo con el Estado nutricional de niños menores de 5 años del Barrio Villa Austria. Managua. Octubre. 1994

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO (C.B)	TOTAL	ESTADO NUTRICIONAL (PESO/EDAD)							
		NORMAL		D. LEVE		D. MODERADA		D. SEVERA	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
NORMAL	56	28	50	24	43	3	5	0	0
RIESGO	58	12	20	27	46	17	29	3	5
DESNUTRIDO	3	1	33.3	1	33.3	1	33.3	0	0

CUADRO 12.

Sensibilidad y Especificidad del Indicador antropometrico Circunferencia Braquial. Barrio Villa Austria. Managua. Octubre. 1994.

CIRCUNFERENCIA BRAQUIAL	PESO/EDAD		TOTAL
	+	-	
+40	49	13	62
-41	27	28	55
TOTAL	76	41	117

$$\text{SENSIBILIDAD} = \frac{A}{A + C} = \frac{49}{76} \times 100 = 64$$

$$\text{ESPECIFICIDAD} = \frac{D}{B + D} = \frac{28}{41} \times 100 = 68$$

$$\text{VALOR PREDICTIVO TOTAL} = \frac{A + D}{N} = \frac{49 + 28}{117} = 0.65$$

⁴⁰ + = Niños en Riesgo y Desnutrición.

⁴¹ - = Niños en estado Normal.

CUADRO 13.

Grupos etáreos y clasificación nutricional
de los niños menores de 5 años del Barrio Villa Austria
Managua. Octubre. 1994

GRUPOS ETAREOS	TOTAL	ESTADO NUTRICIONAL							
		NORMAL		D. LEVE		D. MODERADA		D. SEVERA	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
0- 12 MESES	7	4	57	1	14	2	29	0	0
13 - 36 MESES	58	17	29	27	46	12	21	2	3
37 -60 MESES	52	20	38	24	46	7	14	1	2
TOTAL	117	41	35	52	44	21	18	3	3

CUADRO 14.

Estado nutricional según sexo de
los niños menores de 5 años del Barrio Villa Austria
Managua. Octubre. 1994

ESTADO NUTRICIONAL	TOTAL	SEXO			
		MASCULINO		FEMENINO	
		No.	%	No.	%
NORMAL	41	20	49	21	51
D. LEVE	52	26	50	26	50
D. MODERADA	21	11	52	10	48
D. SEVERA	3	0	0	3	100
TOTAL	117	57	49	60	51

CUADRO 15.

Ingesta alimentaria que realizan
las madres de niños menores de 5 años del
Barrio Villa Austria
Managua. Octubre. 1994
N=117

INGESTA ALIMENTARIA	No.	%
MANTIENE	116	99.1
AUMENTA	52	44.4
DISMINUYE	52	44.4
SUSPENDE	32	27.3

CUADRO 16.

Razones que dan las madres para proporcionar
la ingesta alimentaria de los niños menores de 5 años
del Barrio Villa Austria
Managua. Octubre. 1994
N=117

RAZONES	No.	%
PORQUE LE GUSTA	103	88
MAS BARATO	40	34
NO LE GUSTA AL NIÑO	27	23
RECUPERA MAS RAPIDO	26	22
ES CARO	25	21
POR COSTUMBRE	20	17

CUADRO 17.

Preparaciones que utilizan las madres
en la ingesta alimentaria de los niños menores de 5 años
del Barrio Villa Austria
Managua. Octubre. 1994
N=117

PREPARACIONES	No.	%
COCIDO	67	57
FRITURA	65	55
SOPA	59	50
REFRESCO	34	29
PURE	8	7
ASADO	6	5.1
ATOL	4	3.4

CUADRO 18.

Razones que dan las madres para
dar ciertas preparaciones en la ingesta alimentaria
de los niños menores de 5 años
del Barrio Villa Austria
Managua. Octubre. 1994
N=117

RAZONES	No.	%
LE GUSTA AL NIÑO	64	55
COMIDA FAMILIAR	45	38
MAS BARATO	14	12
RAPIDO DE PREPARAR	5	4
RECUPERA RAPIDO	2	2
NO LE HACE DAÑO	1	1

CUADRO 19.

Tipo de orientación que reciben
 las madres de niños menores de 5
 años del Barrio Villa Austria
 Managua. Octubre. 1994

ORIENTACION	No.	%
NO PIDE ORIENTACION	64	55
ENFERMERA	21	18
MEDICO	15	13
NUTRICIONISTA	13	11
VECINA	3	3
FAMILIA	1	1
TOTAL	117	100

CUADRO 20.

Ingesta alimentaria de los niños
según grupos de alimentos. Barrio Villa Austria
Managua. Octubre. 1994

GRUPO DE ALIMENTOS	TOTAL	INGESTA ALIMENTARIA							
		MANTIENE		AUMENTA		DISMINUYE		SUSPENDE	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
LECHE MATERNA	14	11	78	1	7	1	7	1	7
LECHE ARTIFICIAL	91	67	74	6	6	11	12	7	8
CEREALES	101	84	83	10	10	4	4	3	3
GRASAS	27	16	59	5	18	7	22	0	0
CARNES	95	48	50	17	18	17	18	13	14
FRUTAS	74	46	62	18	24	6	8	4	6
VEGETALES	68	33	49	15	22	9	13	11	16
AZUCARES	33	29	88	1	3	2	6	1	3
ALIMENTOS INDUSTRIALES	46	25	54	4	9	15	33	2	4

CUADRO 21.

Ingesta alimentaria de los niños según
nivel educativo de las madres. Barrio Villa Austria
Managua. Octubre. 1994

NIVEL EDUCATIVO	TOTAL	INGESTA ALIMENTARIA							
		MANTIENE		AUMENTA		DISMINUYE		SUSPENDE	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ANALFABETA	4	4	100	1	25	2	50	2	50
ALFABETA	30	30	100	11	37	11	37	9	30
PRIMARIA	53	52	98	24	45	20	38	13	24
SECUNDARIA	14	14	100	8	57	6	43	2	14
TECNICA	2	2	100	1	50	2	100	1	50
UNIVERSITARIA	1	1	100	1	100	1	100	0	0
TOTAL	104	103	99	46	44	42	40	27	26

CUADRO 22.

Ingesta alimentaria de los niños según Estado Civil de las madres. Barrio Villa Austria Managua. Octubre. 1994

ESTADO CIVIL	TOTAL	INGESTA ALIMENTARIA							
		MANTIENE		AUMENTA		DISMINUYE		SUSPENDE	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
SOLTERA	24	23	96	10	42	12	50	7	29
VIUDA	2	2	100	2	100	1	50	0	0
DIVORCIADA	1	1	100	0	0	1	100	0	0
UNION LIBRE	49	49	100	25	51	16	33	15	31
CASADA	28	28	100	9	32	12	43	5	18
TOTAL	104	103	99	46	44	42	40	27	26

CUADRO 23.

Ingesta alimentaria de los niños según edad de las madres. Barrio Villa Austria. Managua. Octubre. 1994

INGESTA ALIMENTARIA	TOTAL	GRUPOS DE EDAD					
		15 - 24 AÑOS		25 - 34 AÑOS		35 - 54 AÑOS	
		No.	%	No.	%	No.	%
MANTIENE	103	37	36	45	44	21	20
AUMENTA	46	19	41.3	20	43.5	7	15.2
DISMINUYE	42	15	36	22	52	5	12
SUSPENDE	27	11	41	11	41	5	18

CUADRO 24.

Ingesta alimentaria según
Estado nutricional en niños menores de 5 años
del Barrio Villa Austria
Managua. Octubre. 1994

INGESTA ALIMENTARIA	TOTAL	ESTADO NUTRICIONAL							
		NORMAL		D. LEVE		D. MODERADA		D. SEVERA	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
MANTIENE	116	41	35	51	44	21	18	3	3
AUMENTA	52	14	27	23	44	13	25	2	4
DISMINUYE	52	10	19	29	56	13	25	0	0
SUSPENDE	32	5	16	19	59	6	19	2	6

CUADRO 25.

Ingesta alimentaria de los niños según Gasto Alimentario
de las familias del Barrio Villa Austria
Managua. Octubre. 1994

GASTO ALIMENTARIO	TOTAL	INGESTA ALIMENTARIA							
		MANTIENE		AUMENTA		DISMINUYE		SUSPENDE	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
MENOS DE LA MITAD	29	29	100	6	21	9	31	12	41
LA MITAD	27	27	100	13	48	8	30	4	15
MAS DE LA MITAD	48	47	98	27	56	25	52	11	23
TOTAL	104	103	99	46	44	42	40	27	26

CUADRO 26.

Ingesta alimentaria de los niños según número de personas que viven en las familias del Barrio Villa Austria Managua. Octubre. 1994

NO. PERSONAS	TOTAL	INGESTA ALIMENTARIA							
		MANTIENE		AUMENTA		DISMINUYE		SUSPENDE	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
1 - 3	4	4	100	2	50	3	75	2	50
4 - 6	56	56	100	26	46	23	41	14	25
7 - 9	31	31	100	14	45	12	7	7	22
> DE 9	13	12	99	4	31	4	4	4	31
TOTAL	104	103	99	46	44	42	40	27	26

CUADRO 27.

Ingesta alimentaria de los niños según número de personas que trabajan en las familias del Barrio Villa Austria Managua. Octubre. 1994

NO. PERSONAS	TOTAL	INGESTA ALIMENTARIA							
		MANTIENE		AUMENTA		DISMINUYE		SUSPENDE	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
0	8	8	100	1	12	3	37	3	37
1 - 2	83	82	99	39	47	33	40	23	28
3 - 4	6	6	100	3	50	3	50	1	17
> DE 4	7	7	100	3	43	3	43	0	0
TOTAL	104	103	99	46	44	42	40	27	26

ANEXO 2

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS
ANTROPOMETRICOS DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL
BARRIO VILLA AUSTRIA. MANAGUA.

I. Datos generales del niño

Nombre / _____ / Edad / __ / __ /

Sexo / __ /

Circunferencia braquial / _____ /

II. DIAGNOSTICO PRESUNTIVO SEGUN CIRCUNFERENCIA BRAQUIAL

DESNUTRIDO RIESGO NORMAL	
--------------------------------	--

III. CLASIFICACION NUTRICIONAL SEGUN PESO/EDAD

DESNUTRIDO RIESGO NORMAL	
--------------------------------	--

ANEXO 3

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS
PRACTICAS ALIMENTARIAS UTILIZADAS POR MADRES
DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS.
BARRIO VILLA AUSTRIA MANAGUA.

I. Datos Generales de la Madre:

Nombre y Apellido: /_____/

Dirección: /_____/

Edad : /__/ /__/

Nivel educativo de la madre:

Analfabeta /__/

Alfabeta /__/

Primaria /__/

Secundaria /__/

Técnico /__/

Universitario /__/

Estado civil de la madre:

soltera /__/

casada /__/

unión libre /__/

viuda /__/

divorciada /__/

II. GASTO ALIMENTARIO

1.- Cuantas personas viven en la casa:

1 - 3 /__/

4 - 6 /__/

7 - 9 /__/

2.- Cuantas personas trabajan:

0 /__/

1 - 2 /__/

3 - 4 /__/

mas de 4 /__/

3.- De dinero que entra a la casa. Cuanto destinan al gasto de alimentación:

Mas de la mitad /__/

la mitad /__/

menos de la mitad /__/

III. Prácticas Alimentarias :

4.- Cuando su niño esta bajo de peso. A quien pide orientación?

nutricionista /___/
médico /___/
enfermera /___/
vecino /___/
familia /___/
no pide orientación /___/

5.- Cuando su niño esta bajo de peso, su alimentación es ?

la misma /___/
aumenta /___/
disminuye /___/
suspende /___/

6.- Que grupo de alimentos mantiene?

Leche materna /___/
Leche industrial /___/
Cereales /___/
Grasas /___/
Carnes /___/
Frutas /___/
Vegetales /___/
Azucares /___/
Alimentos industriales /___/

7.- Porque razón mantiene la alimentación del niño?

se recupera mas rápido /___/
es mas barato /___/
por orientación profesional /___/
por orientación no profesional /___/
porque no le hace daño /___/
porque le gusta /___/

8.- Que grupo de alimentos aumenta?

Leche materna /___/
Leche industrial /___/
Cereales /___/
Grasas /___/
Carnes /___/
Frutas /___/
Vegetales /___/
Azucares /___/
Alimentos industriales /___/

9.- Porque razón aumenta estos grupos de alimentos?

se recupera mas rápido /___/
es mas barato /___/
por orientación profesional /___/
por orientación no profesional /___/
porque no le hace daño /___/
porque le gusta /___/

10.- Que grupo de alimentos disminuye?

Leche materna /___/
Leche industrial /___/
Cereales /___/
Grasas /___/
Carnes /___/
Frutas /___/
Vegetales /___/
Azucares /___/
Alimentos industriales /___/

11.- Porque razón disminuye estos grupos de alimentos ?

porque no le gusta al niño /___/
lo enferma mas /___/
le hace daño /___/
es caro /___/
por orientación profesional /___/
por orientación no profesional /___/
por costumbre /___/
por perdida de apetito /___/

12.- Que grupo de alimentos suspende?

Leche materna /___/
Leche industrial /___/
Cereales /___/
Grasas /___/
Carnes /___/
Frutas /___/
Vegetales /___/
Azucares /___/
Alimentos industriales /___/

13.- Porqué razón suspende estos grupos de alimentos?

porque no le gusta al niño /___/
lo enferma mas /___/
le hace daño /___/
es caro /___/
por orientación profesional /___/
por orientación no profesional /___/
por costumbre /___/
por perdida de apetito /___/

14.- Cuál es la forma más frecuente de preparar los alimentos al niño

sopa	/__/
atol	/__/
refresco	/__/
puré	/__/
fritura	/__/
cocido	/__/
asado	/__/

15.- Porqué da esta (s) preparación (es) al niño?

le gusta al niño	/__/
mas barato	/__/
comida de la familia	/__/
esta pequeño	/__/
mas rápida de preparar	/__/
recupera mas rápido	/__/
no le hace daño	/__/

ANEXO 4

INTERPRETACION DE CIRCUNFERENCIA BRAQUIAL⁴²

EDAD EN MESES	CLASIFICACION NUTRICIONAL		
	DESNUTRICION	RIESGO	NORMAL
0 - 3	< 10.6 C.M.	10.6 - 12 C.M.	12.1 - 17 C.M.
4 - 7	< 12.3 C.M.	12.3 - 14 C.M.	14.1 - 17 C.M.
8 - 11	< 13.3 C.M.	13.3 - 14.5 C.M.	14.6 - 18 C.M.
12 - 23	< 13.5 C.M.	13.5 - 15 C.M.	15.1 - 18.5 C.M.
24 - 47	< 14.5 C.M.	14.6 - 16 C.M.	16.1 - 18.5 C.M.
48 - 59	< 15.0 C.M.	15.0 - 16.5 C.M.	16.6 - 19 C.M.



⁴² Atkin, L; Supervielle, t. et al. Paso a Paso. Como evaluar el crecimiento y desarrollo de los niños. UNICEF. Editorial Pax, Mexico, 1987.