



**ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DE
CHIMBORAZO
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA
ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DIETETICA**

**“NUTRICION Y SEGURIDAD ALIMENTARIA EN LA
COMUNIDAD DE ATAPO QUILLOTORU, CANTON
GUAMOTE, PROVINCIA DE CHIMBORAZO 2007-
2008”**

TESIS DE GRADO

**Previa la obtención del Título de:
NUTRICIONISTA DIETISTA**

Paola Patricia Hurtado Falconí

**Riobamba- Ecuador
2007-2008**

CERTIFICADO

La presente investigación fue revisada y autorizada su presentación.

Dra. Susana Villacreses V.
DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICADO

El tribunal de Tesis certifica que: el presente trabajo de Investigación titulado “NUTRICION Y SEGURIDAD ALIMENTARIA EN LA COMUNIDAD DE ATAPO QUILLOTORU, CANTON GUAMOTE, PROVINCIA DE CHIMBORAZO 2007-2008”; de responsabilidad de Paola Patricia Hurtado Falconí ha sido revisado y se autoriza su publicación.

Dra. Susana Villacreses V.
DIRECTORA DE TESIS

Dra. Patricia Chico L.
MIEMBRO DE TESIS

18 de Febrero del 2010.

AGRADECIMIENTO

A la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Facultad de Salud Pública, Escuela de Nutrición y Dietética por haberme dado la oportunidad de cursar mis estudios y haberme proporcionado docentes valiosos para mi preparación y desenvolvimiento profesional.

A las Doctoras Susana Villacreses V., Directora de Tesis y Patricia Chico L. Miembro de Tesis que me ayudaron como soporte técnico y humano con calidez en todas las etapas de esta investigación; labor por la cual les atribuyo mi cariño y respeto.

DEDICATORIA

Dedico este proyecto de Tesis principalmente a Mi Madre.

También a todos los niños que viven en condiciones de pobreza e ignorancia, que fueron la razón por la cual escogí esta carrera y que representan a una humanidad decadente que necesita una luz, un servicio, un sacrificio, al Cristo.

A mi familia, a mis abuelitos, Cristóbal y Gladys, tíos, primos, a mis padres Gladys y Patricio, mi hermano Diego, a mi esposo César; a todos ellos por ser el apoyo, la motivación y el empuje para la conclusión de este trabajo.

A todas las personas que conforman la Cultura Gnóstica y a ella misma que fue es y será una dádiva para mi existir.

A los V.M.L.B, que me ayudan SIEMPRE.

RESUMEN

La Investigación “NUTRICION Y SEGURIDAD ALIMENTARIA EN LA COMUNIDAD DE ATAPO QUILLOTORU, CANTON GUAMOTE, PROVINCIA DE CHIMBORAZO 2007-2008” fue un trabajo realizado en 6 meses aplicada a 25 madres y 44 niños y niñas menores de 5 años, es de tipo descriptivo-longitudinal en el que se utilizó la metodología de Desviación Positiva cuya premisa básica es el cambio de comportamiento y Estado Nutricional de niños y niñas en función del uso de los recursos y prácticas del medio.

Se intervino en Estilos de Vida Sanitarios; Conocimientos, Hábitos y Prácticas Alimentarias; Disponibilidad de Alimentos y Estado Nutricional. Luego de la Evaluación Final se encontró que los estilos de vida sanitarios cambiaron significativamente, particularmente en higiene tanto de los utensilios como de la vivienda y personal; en los conocimientos se dieron cambios particularmente sobre los signos de peligro de muerte en niños y niñas, en hábitos y prácticas alimentarias el cambio de comportamientos se reflejó en la introducción de alimentos a partir de los 6 meses y en la utilización de verduras nativas en las preparaciones, en cuanto a la disponibilidad de alimentos, se instalaron siembras de col y zanahoria, alimentos que se introdujeron en las preparaciones, sin embargo este componente no fue permanente debido al desinterés de las familias y falta de continuidad en la entrega de las semillas.

El Estado Nutricional fue el indicador de impacto utilizado en la investigación encontrándose una disminución del 4 % en la Desnutrición Global (Peso//Edad); en el indicador Talla//Edad no se vieron cambios y la desnutrición aguda se disminuyó un 2% (Peso//talla).

SUMMARY

The investigation "NUTRITION AND ALIMENTARY SECURITY IN THE COMMUNITY ATAPO QUILLOTORU, GUAMOTE CANTON, CHIMBORAZO PROVINCE 2007-2008" was a work carried out in 6 months applied to 25 mothers and 44 children under 5. It is a descriptive-longitudinal type in which the Positive Deviation Methodology whose basic premise is the behavior change and the Nutritional Status of children in function of the use of resources and the environment practices was used. The intervention was performed in the Sanitary Life Styles, Knowledge, Alimentary Habits an Practices, Food availability and Nutritional Status. After the final Evaluation it was found that the sanitary life styles changed significantly, particularly in hygiene in both the utensils and housing and personnel; in the knowledge there were changes particularly on the death danger signals in boys and girls, in alimentary habits and practices. The behavior change was reflected in the food introduction from 6 months ad the use of native vegetables in the preparations. As to the food availability, cabbage and carrot cultures were carried out; food was introduced in the preparations; however this component was not permanent due to the lack of interest of the families and lack of continuity in the seed delivery. The nutritional status was an impact indicator used in investigation resulting in a decrease by 4% in global malnutrition (Weight/Age), in the Height/Age indicator there were no changes and the acute malnutrition diminished by 2% (Weight/Height).

ÍNDICE DE CONTENIDOS

I. INTRODUCCION.....	6
II. OBJETIVOS.....	8
A. GENERAL.....	8
B. ESPECIFICOS.....	8
III. MARCO TEÓRICO.....	9
A. SITUACIÓN NUTRICIONAL EN LOS NIÑOS y NIÑAS.....	9
B. SEGURIDAD ALIMENTARIA.....	13
C. SALUD Y SOCIEDAD.....	16
1. Constitución Política 1998.....	16
2. Objetivos de desarrollo del milenio.....	20
4. Enfoque de derechos.....	21
D. PROGRAMAS DEL ESTADO Y DE LAS ONG.....	24
1. Aliméntate Ecuador.....	25
2. Programa Nacional De Alimentación Y Nutrición – Pann 2000.....	25
3. Fondo de Desarrollo Infantil (FODI).....	26
4. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).....	26
5. Instituto Nacional de la niñez y de la familia (INNFA)	27
6. Plan- Programa Ecuador Chimborazo (ONG).....	27
E. EDUCACION ALIMENTARIA NUTRICIONAL.....	29
1. Programa de Desviación Positiva y Talleres Hogareños.....	30
2. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).....	35
IV. METODOLOGIA.....	39
A. LOCALIZACION Y TEMPORALIZACION.....	39

B. VARIABLES.....	39
1. Identificación.....	39
2. Definición.....	39
3. Operalización.....	40
C. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION.....	45
D. POBLACIÓN, MUESTRA O GRUPOS DE ESTUDIO.....	46
E. DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS.....	46
1. Revisión de la Línea de Base.....	46
2. Acercamiento.....	48
3. Intervención.....	48
4. Evaluación de Impacto.....	51
V. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	53
A. LINEA DE BASE.....	53
B. ACERCAMIENTO.....	56
C. INTERVENCION.....	57
1. Talleres Hogareños.....	57
2. Visitas Domiciliarias.....	68
D. EVALUACION DE IMPACTO.....	72
1. Estilos de Vida Sanitarios.....	72
2. Hábitos y prácticas Alimentarias.....	84
3. Disponibilidad de Alimentos.....	93
4. Evaluación del Estado Nutricional de Niños y Niñas menores de 5 años...	93
VI. CONCLUSIONES.....	99
VII. RECOMENDACIONES.....	102
VIII. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	104
IX. ANEXOS.....	109

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRAFICO 01: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MADRES y DE LOS NIÑOS SEGÚN UN LAVADO ADECUADO DE MANOS.....	72
GRAFICO 02: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE NIÑOS Y NIÑAS SEGÚN EL NUMERO DE VECES QUE SE BAÑA.....	74
GRAFICO 03: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE NIÑOS Y NIÑAS SEGÚN NUMERO DE VECES QUE SE CAMBIA DE ROPA A LA SEMANA.....	75
GRAFICO 04: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE FAMILIAS SEGÚN VIVIENDAS QUE SE ENCUENTRAN EN ORDEN Y ASEO.....	76
GRAFICO 05: DISTRIBUCIÓN DE FAMILIAS SEGÚN LA TENENCIA DE ANIMALES DENTRO DE LA VIVIENDA.....	77
GRAFICO 06: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MADRES SEGÚN LA LIMPIEZA ADECUADA DE LOS UTENSILIOS.....	78
GRAFICO 07: NUMERO DE MADRES QUE HIERVEN EL AGUA PARA EL CONSUMO.....	79
GRAFICO 08: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MADRES SEGÚN EL CONOCIMIENTO DE LOS SIGNOS DE PELIGRO DE MUERTE DE LOS NIÑOS Y NIÑAS.....	81
GRAFICO 09: DISTRIBUCIÓN EN EL MANEJO QUE DAN LAS MADRES EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DEL NIÑO Y LA NIÑA.....	82
GRAFICO 10: DISTRIBUCIÓN DE FAMILIAS SEGÚN EL CUIDADO DE SUS NIÑOS Y NIÑAS PARA EVITAR ACCIDENTES DENTRO DEL HOGAR.....	83
GRAFICO 11: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MADRES SEGÚN EL NÚMERO DE VECES QUE DAN DE LACTAR A SUS HIJOS E HIJAS EN EL DÍA.....	85
GRAFICO 12: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MADRES QUE DAN DE LACTAR EN LA ENFERMEDAD.....	86
GRAFICO 13: DISTRIBUCION DE MADRES SEGÚN LA INTRODUCCION DE	

ALIMENTOS DESDE LOS 6 MESES A NIÑOS NIÑAS.....	87
GRAFICO 14: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MADRES QUE INCLUYEN EN LA ALIMENTACIÓN DEL NIÑO Y NIÑA NUTRIINFA.....	88
GRÁFICO 15: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE NIÑOS Y NIÑAS SEGÚN EL NÚMERO DE COMIDAS AL DÍA.....	89
GRAFICO 16: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MADRES QUE AYUDAN AL NIÑO O NIÑA A COMER.....	90
GRAFICO 17: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN MADRES QUE INCLUYEN VERDURAS NATIVAS EN SUS PREPARACIONES.....	91
GRAFICO 18: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN LAS MADRES QUE TRATAN ADECUADAMENTE A SUS NIÑOS EN LA DIARREA.....	92
GRÁFICO 19: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE NIÑOS Y NIÑAS SEGÚN EL ÍNDICE PESO// EDAD.....	94
GRÁFICO 20: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE NIÑOS Y NIÑAS SEGÚN EL ÍNDICE PESO//TALLA.....	96
Gráfico 21: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE NIÑOS Y NIÑAS SEGÚN EL ÍNDICE TALLA//EDAD.....	97

ÍNDICE DE TABLAS

CUADRO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	40
CUADRO 2: CUADRO COMPARATIVO DE COMPORTAMIENTOS ENCONTRADOS EN LAS MADRES DESVIADORAS POSITIVAS Y EN LAS MADRES DESVIADORAS NEGATIVAS.....	53
CUADRO 3: TALLERES DE PREPARACIÓN DE ALIMENTOS: INGREDIENTES, OBJETIVOS Y MENSAJES CLAVES UTILIZADOS.....	57
CUADRO 5: PREPARACIONES QUE SE DA AL NIÑO Y LA NIÑA EN EL PROCESO DE LA DIARREA.....	92
CUADRO 6.: ALIMENTOS QUE NO SE DAN AL NIÑO Y LA NIÑA EN EL PROCESO DE DIARREA.....	93

I. INTRODUCCION

La salud y nutrición de los niños y niñas es muy importante para la realización óptima de sus actividades y desenvolvimiento, la falta de hábitos adecuados que promueven su salud y nutrición conduce a un consumo inadecuado de alimentos y prácticas insanas que son causa básica de enfermedades y hasta de muerte prematura. (1)

En el Ecuador, la desnutrición afecta a un gran porcentaje de la niñez; cifras al respecto señalan que en el 2004 la desnutrición crónica se colocó en 23,2% (2) mientras que en Chimborazo los niños y las niñas presentan el 52% (3)

En el País los indígenas son un grupo poblacional históricamente excluido, lo que se corrobora con las tasas de desnutrición. Los niños y niñas que provienen de hogares cuyos jefes hablan una lengua nativa presentan una tasa de desnutrición crónica del 43.7%, frente al 15.1% en hogares con jefes de habla hispana. (1)

En el Cantón Guamote la tasa de mortalidad en los niños menores de cinco años es el 22.6% por cada 1000 nacidos vivos con un total de 112 niños fallecidos en una población de 4454 niños. La desnutrición crónica está en 4% en 185 pacientes, desnutrición leve 16% de 18 pacientes, riesgo de desnutrición 3.5% de 8 pacientes, sobrepeso 33% de 185 pacientes. (Fuente: Plan Chimborazo del 2007)

Por otra parte, la soberanía alimentaria se entiende como el derecho de cada pueblo a definir sus propias políticas agrarias y alimentarias de acuerdo a objetivos de desarrollo sostenible y seguridad alimentaria.

La situación alimentaria y nutricional del Ecuador refleja la realidad socioeconómica; el potencial productivo y la capacidad de transformar y comercializar alimentos que satisfagan los requerimientos nutricionales de la población. La producción de alimentos y el rendimiento de los principales productos de consumo, su relación con los mercados (de productos, de trabajo, y financieros) son importantes para establecer el potencial que la seguridad alimentaria y nutricional ofrece a la sociedad ecuatoriana como una estrategia de desarrollo. (4)

En consideración de lo planteado anteriormente, PLAN - Unidades de Programas Chimborazo, implementó un programa de Nutrición y Seguridad Alimentaria en niños y niñas menores de cinco años, en la comunidad Atapo Quillotoru a fin de mejorar el estado nutricional y prevenir problemas de salud.

El desarrollo del proyecto está centrado en acciones para mejorar el estado nutricional de los niños y niñas menores de cinco años, optimizar la disponibilidad y consumo de alimentos, por medio de Educación alimentaria Nutricional, Talleres Hogareños, Huertos familiares y Visitas Domiciliarias, mediante estas acciones se incorporan adecuados hábitos y prácticas alimentarias y de salud.

II. OBJETIVOS

A. OBJETIVO GENERAL

Implementar un programa de Nutrición y Seguridad Alimentaría en niños y niñas menores de cinco años, en la Comunidad de Quillotoru, Cantón Guamote, Provincia de Chimborazo, durante el periodo 2007-2008.

B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Utilizar la información de la Línea de Base como fundamento del plan de intervención.
2. Desarrollar un plan de intervención que permita incorporar correctos hábitos y prácticas alimentarias de salud mediante Talleres Hogareños, Visitas Domiciliarias, estrategia de AIEPI y la creación de huertos familiares para mejorar la disponibilidad de alimento.
3. Evaluar el impacto del proyecto.

III. MARCO TEORICO

A. SITUACIÓN NUTRICIONAL EN LOS NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE CINCO AÑOS EN ECUADOR

El estado nutricional en las niñas y los niños de cinco años es el indicador mas claro de las condiciones sociales: muestra el estado de bienestar general del niño evaluado en su condición biológica y revela la calidad de protección integral que recibe; colectivamente revela la seguridad alimentaria familiar y la protección social al más vulnerable de los grupos humanos.

Durante los años sesentas y setentas, Ecuador dejo de ser el “último de los pobres y el más inequitativo de los estados en la región, con situación infrapromedial en su nivel de vida”, y se convirtió en un país con tendencia a la industrialización y limitaciones marcadas en el impulso a la competitividad.

A pesar de haber configurado un sistema nacional en nutrición y salud, subvencionado y con gestión centralizada en el Ministerio de Salud Pública, en los últimos 20 años, no se tomaron decisiones trascendentes para enfrentar el evidente problema nutricional de los menores de cinco años y lograr optimizar el conocimiento de la madres, efectivizar las políticas sociales y los planes de salud y educación de las décadas previas, y la actividad de organizaciones a favor de la infancia.

Los estudios del país muestran grandes diferencias en la prevalencia de desnutrición en función de variables geográficas, socioeconómicas, étnicas. Los grupos con peores índices nutricionales son los niños y niñas de la Sierra, del sector rural. Según los últimos datos disponibles (2000 y 2004) existe menor proporción de desnutrición global en los menores de 6 meses, hecho compatible con las conclusiones del estudio mundial para las nuevas curvas de crecimiento de la OMS; la desnutrición se incrementa a partir del segundo semestre de vida, alcanza su máxima prevalencia en el segundo año de vida, y disminuye después en forma importante. La desnutrición crónica, que impacta durante todo el ciclo vital en la salud, el rendimiento escolar y la productividad laboral, se mantiene en valores altos.

El crecimiento de los menores de cinco años en un apropiado estado nutricional, dado por el equilibrio entre el estado de salud y la ingestión alimentaria. Las enfermedades, en especial las infecciosas (prevalentes en países en desarrollo como el Ecuador) provocan deterioro en el crecimiento. La valoración del crecimiento mediante índices e indicadores nutricionales requiere de normas de antropometría y curvas de normalidad, utilizados como referencia y estándares.

Desde inicios de la colonización española, la población originaria de lo que hoy es Ecuador fue sometida a dietas crónicamente carenciales y trabajo extenuante, y consiguió sobrevivir a cambio de sacrificios biológicos, tales como la reducción de la estatura ancestral, extendida desnutrición energético- proteica, deficiencias de micronutrientes y desarrollo subóptimo, que afectan al progreso social y económico.

Los niños y niñas y las familias mas afectados son los más pobres, de hogares indígenas, los que viven en áreas rurales y en la Sierra (con especial intensidad en algunas provincias como Bolívar y Chimborazo). (5)

En el Ecuador, al igual que otros países de América Latina, atraviesa por una transición nutricional y epidemiológica, consecuencia de la inequidad, el crecimiento urbano, la influencia del patrón de alimentación occidental urbana moderna y el sedentarismo.

En este contexto, coexisten problemas de deficiencias nutricionales específicas, desnutrición crónica con problemas de sobrepeso y obesidad vinculados a Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT) (diabetes, infarto cardíaco, derrame cerebral, hipertensión arterial, algunos tipos de cáncer, entre otras). La doble carga de la enfermedad (desnutrición, sobrepeso y /u obesidad) muchas veces afecta a la misma persona en una familia o a uno o más miembros de la misma familia.

La desnutrición crónica muestra la relación de baja talla respecto a la edad. Es el resultado de desequilibrios nutricionales sostenidos en el tiempo, durante los primeros años de vida de los niños. La desnutrición crónica expresa con un retardo en la talla y un daño irreversible en la potencialidad del desarrollo intelectual de los niños y de las niñas, además de crear una disposición a contraer enfermedades infecciosas que contribuyen a una mayor desnutrición; siendo esto el resultado de prácticas inadecuadas de lactancia materna y alimentación

complementaria, sumados a las malas condiciones sanitarias, debidas a la falta de higiene y a enfermedades habituales en ambientes pobres e insalubres. Su prevalencia es una medida de la pobreza endémica y constituye en mejor indicador que las estimaciones del ingreso per cápita.

En el Ecuador, el porcentaje de niños y niñas de 0 a 59 meses afectado por desnutrición crónica (-2 a -3 Desviaciones Estándar) es de 23.2% (ENDEMAIN 2004). Del 23.2% de niños y niñas afectados por desnutrición crónica, el 5.9% presenta desnutrición crónica severa (bajo -3 a -4 D.E) (ENDEMAIN, 2004).

Dentro del país no existen estudios recientes, que muestren la deficiencia en micronutrientes en la población; no obstante, hay pequeños estudios que han evaluado el estado del hierro en niños y niñas y otros micronutrientes en adultos mayores y existen los datos del “Diagnóstico de la Situación alimentaria, Nutricional y de Salud de la Población Ecuatoriana Menor de Cinco Años” encuesta DANS de 1988.

La encuesta DANS 1988 reportó que el 22 % de los niños menores de cinco años sufrían de anemia por falta de hierro. En esta encuesta, se observó que la prevalencia de anemia afectaba, en mayor proporción, a los niños de 6 a 12 meses (70% de los niños evaluados) y al 46% de los niños de 12 a 24 meses. Los niños más afectados fueron aquellos que viven en el área rural de la sierra.

B. SEGURIDAD ALIMENTARIA

La situación alimentaria y nutricional del Ecuador refleja la realidad socioeconómica; el potencial productivo y la capacidad de transformar y comercializar los alimentos que satisfagan los requerimientos nutricionales de la población a todo nivel. La producción de alimentos y el rendimiento de los principales productos de consumo, su relación con los mercados (de productos, de trabajo y financieros) son importantes para establecer el potencial que la seguridad alimentaria y nutricional ofrece a la sociedad ecuatoriana como una estrategia de desarrollo.

Esta problemática amerita políticas multisectoriales. Más que ninguna otra área, la alimentación y nutrición, conjuga las condiciones para desarrollar una intervención que integre aspectos sociales y económicos. Ecuador está frente al reto de recuperar su economía bajo el esquema poco flexible de la dolarización, se apunta a modernizar la producción, mejorando la tecnología e incrementando los canales de comercialización.

Los problemas ligados a la producción, productividad y desarrollo de mercados son cruciales para un país eminentemente agrícola en el modelo económico actual. Una política nacional de seguridad alimentaria busca integrar el desarrollo agropecuario con nuevas iniciativas de desarrollo rural, suplementación alimentaria y micronutrientes con procesos de educación y comunicación activa de la comunidad en la lucha contra el hambre.

La soberanía alimentaria es un concepto político introducido en 1996 por Vía Campesina en Roma, con motivo de la Cumbre Mundial de la Alimentación de la Organización para la Alimentación y la Agricultura (FAO).

Se entiende como el derecho de cada pueblo a definir sus propias políticas agrarias y alimentarias de acuerdo a objetivos de desarrollo sostenible y seguridad alimentaria. Ello implica la protección del mercado doméstico contra los productos excedentarios que se venden más baratos en el mercado internacional, y contra la práctica de la venta por debajo de los costos de producción.

Este nuevo concepto, constituye una ruptura con relación a la organización actual de los mercados agrícolas puesta en práctica por la OMC. En contraste a la seguridad alimentaria definida por la FAO, que se centra en la disponibilidad de alimentos, la soberanía alimentaria incide también en la importancia del modo de producción de los alimentos y su origen. Resalta la relación que tiene la importación de alimentos baratos en el debilitamiento de producción y población agraria locales. (7)

Las Leyes De La Seguridad Alimentaria En Ecuador:

Artículo 1.- Se determina como política de Estado y acción prioritaria del Gobierno Nacional a la seguridad alimentaria y nutricional, comprendida como un derecho humano que garantiza la capacidad de abastecimiento con garantía de acceso físico y económico de todos los habitantes a alimentos sanos, nutritivos,

suficientes, inocuos, de buena calidad y concordantes con la cultura, preferencias y costumbres de la población, para una vida sana y activa.

Artículo 2.- Establece el Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, que contará con la participación de un conjunto de instituciones y organizaciones públicas, privadas y comunitarias, que actuarán conjuntamente, con el propósito de coordinar esfuerzos, impulsar acciones y canalizar recursos, para que las actividades relacionadas con la producción, disponibilidad, estabilidad del suministro, acceso y consumo de alimentos para la población ecuatoriana se realicen de manera coordinada y adecuada en los niveles, nacional, provincial, cantonal, parroquial y comunitaria, e incorporen el enfoque intercultural y de género.

Artículo 3.- El sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, sus políticas, programas, proyectos y acciones se regirán por los siguientes principios:

- Participación Social
- Equidad
- Sostenibilidad
- Soberanía Alimentaria

Artículo 4.- El Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional tendrá los siguientes componentes de intervención:

- Disponibilidad (producción, adquisición, etc.)
- Distribución
- Estabilidad
- Acceso
- Consumo

Artículo 5.- El CONASAN (Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional) coordinará con los organismos competentes el diseño de programas de estudio en educación alimentaria y nutricional, de aplicación obligatoria en los establecimientos de educación fiscales, privados, municipales y fiscomicionales; así como las acciones de promoción y prevención, dirigidas a la población en general, y propiciará el apoyo de los medios de comunicación para el cumplimiento de estos objetivos. (4)

C. SALUD Y SOCIEDAD

1. Constitución Política 1998

Inspirado en su historia milenaria, en el recuerdo de sus héroes y en el trabajo de hombres y mujeres que, con su sacrificio, forjaron la patria; fiel a los ideales de libertad, igualdad, justicia, progreso, solidaridad, equidad y paz que han guiado sus pasos desde los albores de la vida republicana, proclama su voluntad de consolidar la unidad de la nación ecuatoriana en el reconocimiento de la diversidad de sus regiones, pueblos, etnias y culturas, invoca la

protección de Dios, y en ejercicio de su soberanía, establece en esta Constitución las normas fundamentales que amparan los derechos y libertades, organizan el Estado y las instituciones democráticas e impulsan el desarrollo económico y social.

a. De La Salud

Art. 42.- El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaría, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia.

Art. 43.- Los programas y acciones de salud pública serán gratuitos para todos. Los servicios públicos de atención médica, lo serán para las personas que los necesiten. Por ningún motivo se negará la atención de emergencia en los establecimientos públicos o privados. El Estado promoverá la cultura por la salud y la vida, con énfasis en la educación alimentaria y nutricional de madres y niños, y en la salud sexual y reproductiva, mediante la participación de la sociedad y la colaboración de los medios de comunicación social. Adoptará programas tendientes a eliminar el alcoholismo y otras toxicomanías.

Art. 44.- El Estado formulará la política nacional de salud y vigilará su aplicación; controlará el funcionamiento de las entidades del sector; reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de las medicinas tradicional y alternativa, cuyo ejercicio será regulado por la ley, e impulsará el avance científico-tecnológico en el área de la salud, con sujeción a principios bioéticos.

Art. 45.- El Estado organizará un sistema nacional de salud, que se integrará con las entidades públicas, autónomas, privadas y comunitarias del sector. Funcionará de manera descentralizada, desconcentrada y participativa.

Art. 46.- El financiamiento de las entidades públicas del sistema nacional de salud provendrá de aportes obligatorios, suficientes y oportunos del Presupuesto General del Estado, de personas que ocupen sus servicios y que tengan capacidad de contribución económica y de otras fuentes que señale la ley. La asignación fiscal para salud pública se incrementará anualmente en el mismo porcentaje en que aumenten los ingresos corrientes totales del presupuesto del gobierno central. No habrá reducciones presupuestarias en esta materia.

b. Promoción de la Salud

La nueva Constitución Ecuatoriana expedida en 1998, por la Asamblea Nacional Constituyente, en el Título III DE LOS DERECHOS, GARANTÍAS Y DEBERES en la sección cuarta “De la Salud”, en el artículo 42, 43, al igual que en el capítulo 2 “De los derechos civiles”, artículo 23, numeral 6, 7, 20, 25 hacen referencia

manifiesta sobre la promoción de la salud como eje fundamental para el desarrollo del talento humano y ejercicio de los derechos.

La Ley de Descentralización expedida en 1996 en el Congreso Nacional, también posiciona en la gestión local a la promoción de la salud, facultando a los Municipios en las intervenciones relevantes en salud, con énfasis en promoción de la salud.

A partir de mayo del 2002 el país cuenta con Políticas Nacionales de salud, definidas en el Congreso Nacional por la salud y la Vida, con el liderazgo del Consejo Nacional de Salud en un marco de un amplio consenso de consulta intersectorial e interinstitucional y con participación de las 22 provincias del país, tanto del sector público como del privado.

En este enunciado de Políticas, uno de los tres capítulos constituye políticas de promoción de la salud a nivel estatal, el Ministerio de Salud Pública en su estructura cuenta con la Dirección Nacional de Promoción y Atención Integral, en la que se ha estructurado una Unidad funcional para impulsar la promoción de la salud en el sector. A nivel provincial/local, existe un creciente número de municipios que han incluido a la promoción de la salud en sus planes de desarrollo, 8 municipios del país, están trabajando en la estrategia de Municipios

La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia que procura garantizar una atención de calidad en cuanto a la niñez, ya que entre sus prestaciones ha

incorporado la atención a las personas víctimas de violencia intrafamiliar, mediante el fortalecimiento de la Red de Servicios del Ministerio de Salud Pública. Para el próximo año 80 de 218 municipios asumirán la gestión de la aplicación de la Ley, para lo cual los municipios, de acuerdo a lo estipulado en la Ley, asignarán el 10% del presupuesto para actividades de promoción de salud y traslado de emergencias. (7)

1. Objetivos de desarrollo del milenio

Estos objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) fueron fijados en el año 2000, por 191 países miembros de las Naciones Unidas para cumplirlos como meta en el año 2015.

Los objetivos del desarrollo humano (ODM)

- Erradicar la pobreza extrema y el hambre
- Lograr la enseñanza primaria universal
- Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer
- Reducir la mortalidad infantil
- Mejorar la salud materna
- Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades
- Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente
- Fomentar una asociación mundial para el desarrollo. (8)

2. Enfoque de derechos

En términos generales se constata que estamos acostumbrados a relacionar los Derechos Humanos con el ejercicio de los derechos civiles y políticos, es decir aquellos que estén vinculados a la relación individuo- estado y referidos particularmente al ámbito público. Casi nunca consideramos un incumplimiento de los derechos humanos, la existencia de la pobreza, la falta de trabajo, de vivienda digna, la insalubridad, la falta de servicio de salud, educación, recreación y en general la carencia colectiva de servicios de públicos para atender las necesidades prioritarias de los ecuatorianos. Estos son los llamados derechos económicos, sociales y culturales que son también los derechos humanos.

También se insiste que los derechos humanos son por naturaleza, supra estatales y se declara que ellos existen con antelación a la forma interna (Constitución) y que su respeto y cumplimiento es una obligación del Estado y la sociedad en su conjunto.

En el Ecuador no se cumplen los derechos humanos particularmente los derechos económicos, sociales y culturales cuando constatamos que la pobreza alcanza al 52 % de la población según datos del Banco Mundial 1995 de esta el 53% de personas están bajo de la línea de pobreza y el 15 % es indigente. Esta situación impacta diferenciadamente y en mayor proporción al sector rural, a las diferentes etnias, a las mujeres, niños, niñas, ancianos, y ancianas.

El enfoque de derechos humanos exige reconocer que las personas con las que nos relacionamos son seres humanos, sujetos, capaces de enriquecer la vida, el proyecto, los sueños, las estructuras, nuestros esquemas. Los otros/as tienen los mismos derechos que tenemos nosotros y no podemos hacer distinciones que impidan el ejercicio de los derechos de los otros, por razones de edad, de género, de clase social, de creencias religiosas, etcétera (no discriminación). (10)

a. Derechos de la niñez y adolescencia

Los objetivos generales de los derechos de la niñez y la adolescencia son:

Establecer e impulsar políticas públicas basadas en los siguientes principios de interés superior de niños y niñas:

- Niños y Niñas sujetos de derechos
- Ciudadanías sociales de niños y niñas adolescentes.
- Desarrollo integral de niños, niñas y adolescentes como prioridad nacional.
- Respeto a la diversidad anticultural y de género
- Unidad familiar.
- No discriminación.

Establecer y promover políticas públicas básicas de carácter universal, de amplia cobertura y largo enlace en los temas de:

- Educación (garantizando una educación de calidad)
- Salud y nutrición.
- Recreación
- Agua y Saneamiento ambiental
- Vivienda.

Establecer y promover políticas de protección especial, orientadas a niños y niñas que se encuentren en situación de riesgo y sufriendo una violación a sus derechos humanos por:

- Maltrato y abuso Sexual
- Explotación de trabajo infantil
- Explotación sexual infractores, Etc.

Establecer y promover políticas de garantía, orientadas a ser exigibles los derechos de los niños y niñas y adolescentes que cuenten con:

- Una administración de justicia especializada, ágil, independiente e imparcial que garantice plenamente los derechos de la niñez y adolescencia.
- Una dirección nacional de política especializada, para niños, niñas y adolescentes.
- Defensorías municipales de la niñez
- Defensoría de pueblo delegadas, de niños, niñas y adolescentes. (11)

b. Derecho a la alimentación y Nutrición

El derecho a una calidad de vida que asegure la salud, alimentación y nutrición, vivienda, vestido, atención médica y otros servicios sociales necesarios.

Artículo 42

«El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción, y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria...»

Artículo 43

«El Estado promoverá la cultura por la salud y la vida, con énfasis en la educación alimentaria y nutricional de madres y niños...»

Artículo 49

«Los niños y adolescentes... El Estado les asegurará y garantizará el derecho... a la salud integral y nutrición.» (7)

D. PROGRAMAS DEL ESTADO Y DE LAS ONG.

Los siguientes programas de estado ayudan especialmente a los niños y niñas menores de cinco años.

1. Aliméntate Ecuador

Contribuir al desarrollo humano sustentable promoviendo una cultura alimentaría que fomente el consumo de alimentos saludables y de producción local además atiende a la población objetivo en forma directa con la entrega de raciones alimenticias diversificadas según las regiones socio-culturales del país y provistas, de forma preferente y soberana, por la producción local.

Los beneficiados son el 80% de nuestros recursos se invierten en niños de 2 a 5 años, el 20% se invierte en adultos mayores de 65 años y discapacitados de todas las edades. (12)

2. Programa Nacional De Alimentación Y Nutrición – Pann 2000

El programa contribuye a la prevención de la desnutrición y retraso en el crecimiento y los daños de malnutrición por carencia de micro nutrientes en niñas y niños, desde el vientre materno hasta los 36 meses de edad.

El programa quiere prevenir el retraso en el crecimiento y los daños de malnutrición por carencia de micronutrientes de los infantes (vitamina A, hierro y zinc).

La estrategia con respecto a las niñas y niños de 6 a 24 meses consiste en dar mi papilla; sustentar el uso óptimo de este complemento a través de educación

nutricional, fortaleciendo con este componente a las unidades de salud, y realizar desde el inicio, el monitoreo y evaluación de las actividades programadas. (13)

3. Fondo de Desarrollo Infantil (FODI)

El Fondo de Desarrollo Infantil, es una entidad adscrita al Ministerio de Bienestar Social, que financia los programas y proyectos que se ejecutan a favor de la infancia, mediante un modelo de gestión descentralizado, focalizado, competitivo y transparente de asignación de recursos, en el marco del cumplimiento de la universalidad de los derechos de los niños y niñas de 0 a 5 años. (14)

4. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)

El Fondo de Naciones Unidas para la infancia trabaja para lograr que la niñez desarrolle su potencial. En el Ecuador la niñez y la adolescencia son los sectores más frágiles de una población afectada por la pobreza. UNICEF da asistencia técnica al gobierno y aboga por un aumento en la inversión social en el país para que los niños cuenten con todos los servicios sociales básicos que garanticen el derecho a la salud, nutrición, educación básica y desarrollo infantil y protección. (15)

5. Instituto Nacional de la niñez y de la familia (INNFA)

El INNFA es programa que ayuda a contribuir a la protección integral de niños, niñas, adolescentes, en especial de los grupos vulnerables y excluidos de derechos, con la participación y corresponsabilidad del Estado, la sociedad y la familia.

En lo que respecta a Desarrollo Infantil trabaja en las modalidades Centros de Desarrollo Infantil y Creciendo con Nuestros Hijos, también ejecuta las modalidades Acción Ciudadana por la Ternura, Protección y Educación al Niño y Niña Trabajadores, Acción Médica Solidaria y Discapacidades dentro del área de Protección Especial. (16)

6. Plan- Programa Ecuador Chimborazo (ONGs)

La cobertura de los programas en la provincia de Chimborazo están entre ellas PLAN es una organización internacional de desarrollo, humanitaria, enfocada en la niñez, sin afiliación religiosa política o gubernamental. Su cimiento básico es el patrocinio de niños y niñas.

En Ecuador es uno de los países de programas más antiguos de PLAN International. Trabaja desde 1963 en el Guasmo y el suburbio de Guayaquil. Hoy tiene oficinas de campo en Quito, Guayaquil, Cuenca, Portoviejo, Loja y Guaranda. Trabaja en

sectores urbanos y rurales de las provincias de Pichincha, Cotopaxi, Chimborazo, Bolívar, Cañar, Azuay, Loja, Guayas y Manabí.

Los objetivos de cada programa resumen, a su vez, las metas propuestas en salud, saneamiento, nutrición, educación, derechos de la infancia y medio ambiente. Se apunta también a cumplir con cinco objetivos estratégicos:

- Mejorar salud y nutrición de los niños y sus madres, mediante la promoción de acciones comunitarias y de servicios de cuidado de la salud, y el apoyo al Ministerio correspondiente para una mejor cobertura de servicios.
- Asegurar la adquisición efectiva de habilidades de aprendizaje y para la vida, en todos los niños/as, incrementando cobertura y calidad de la educación preescolar y básica.
- Reducir la pobreza extrema entre las familias, especialmente en los hogares que tienen como jefe a una mujer y en aquellos con niños/as trabajadores, elevando el ingreso económico, mejorando la seguridad alimentaria y reforzando actividades productivas sostenibles.
- Garantizar a cada hogar el acceso y el uso adecuado de los recursos de agua, facilidades de higiene y un medio ambiente saludable, por medio del apoyo en la instalación y operación sostenible de sistemas comunitarios de agua potable y saneamiento.

- Reducir la incidencia del abuso infantil y los riesgos de niños/as trabajadores entre las familias de las comunidades PLAN, mediante la promoción de los derechos de la niñez. (17)

E. EDUCACION ALIMENTARIA NUTRICIONAL

La Educación Nutricional se plantea como disciplina por un lado, enmarcada en la llamada Educación para la Salud y por otro, basada en el seguimiento de un modelo biopsicosocial de salud donde convergen multitud de estudios desde la epidemiología o la psicología del aprendizaje hasta la psicología social, la sociología y la antropología dibujando un panorama interdisciplinario que se ocupa del desarrollo y la integración de ciencias biomédicas, sociales y conductuales.

Asimismo, la Nutrición Comunitaria se define como el conjunto de actividades vinculadas a la Salud Pública dentro del marco de la Nutrición Aplicada y la promoción de la salud.

Los comportamientos y los estilos de vida nos son asuntos exclusivamente individuales e íntimos, los estilos de vida no se reducen a decisiones individuales, sino que dependen de los límites impuestos por el entorno físico, socio-cultural e influenciado directamente por sus medios económicos.

Bajo este supuesto, tendremos en cuenta que la educación nutricional deberá intervenir en los distintos contextos en los que interactúan niñas y niños menores de cinco años.

La complejidad de los cambios de actitudes y comportamientos motivan la reflexión sobre esta disciplina para contribuir a su perfeccionamiento, haciendo necesaria la intervención de todos y cada uno de los agentes que integran el hecho alimentario y elevándose a factores económicos y políticos, que, por otro lado, son los más difíciles de modificar debido a los intereses en juego. Un ejemplo de ello lo tenemos en la publicidad alimentaria o en los intereses de la industria alimentaria que cada vez más promocionan productos que provocan la confusión. Todo ello debe hacernos reflexionar sobre la educación nutricional y su importancia. (18)

1. El Programa Desviación Positiva (DP) Talleres Hogareños

La metodología de Desviación Positiva nace en los Estados Unidos desde el año 1998 mediante un libro publicado por la Nutricionista Marian Zeitlin de la Tufts University donde compila una serie de estudios que muestran la existencia de una desviación positiva en niños que viviendo en comunidades pobres están mejor alimentados que el resto; concepto que rápidamente se difunde a varios investigadores quienes al aplicarlo demuestran impresionantes resultados en ámbitos tan dispares como las comunidades indígenas de África, poblados de Camboya, hospitales, administraciones públicas diversas, Ong's y más

recientemente en empresas de todo el mundo, teniendo resultados que previenen la desnutrición incluso años después de finalizado el programa.(19)

a. Metas de un Programa DP/Talleres Hogareños

1. Rehabilitar rápidamente a la población infantil desnutrida identificada en la comunidad
2. Empoderar a las familias para que por su cuenta en el hogar sigan una rehabilitación sostenible de estas niñas y niños
3. Prevenir futuras desnutriciones en toda la población infantil nacida en la comunidad, cambiando las normas comunitarias de cuidado, alimentación y salud de niñas y niños.

b. Generalidades de la Desviación Positiva / Talleres Hogareños

El programa DP/Talleres Hogareños combina dos enfoques comprobados que reducen exitosamente la desnutrición infantil y promueven el desarrollo normal de los niños y niñas al nivel de comunidad.

c. El Enfoque de Desviación Positiva

La Desviación Positiva se basa en la premisa que algunas soluciones a los problemas que enfrentan las comunidades ya existen dentro de la comunidad y

únicamente necesitan descubrirse. Debido a que el cambio de conducta es un proceso lento, la mayor parte de los profesionales en salud pública concuerdan en que las soluciones que se extraen de la comunidad misma resultan más sostenibles que las que se importan del mundo exterior. El proceso DP/Talleres Hogareños incursiona en el conocimiento local para el tratamiento y prevención exitosa de la desnutrición y difunde ese conocimiento a toda la comunidad.

La Desviación Positiva constituye un enfoque basado en las “fortalezas” o “recursos” que se fundamenta en la creencia que en cada comunidad existen ciertos individuos (Personas Desviadoras Positivas) cuyas prácticas especiales o poco comunes les permiten encontrar mejores formas de prevenir la desnutrición, quienes contrastan con sus vecinos con los cuales comparten los mismos recursos y enfrentan los mismos riesgos. Utilizando un proceso dinámico denominado Investigación de Desviación Positiva el personal del programa invita a los miembros de la comunidad a que participen en el descubrimiento de esas prácticas únicas que contribuyen a un resultado nutricional más positivo en los niños y niñas. Después el personal del programa junto con los miembros de la comunidad diseñan la intervención que les permitirá a las familias con hijas(os) desnutridas(os) aprender y practicar tanto éstas como otras conductas beneficiosas.

En cada comunidad, independientemente que estén ubicadas al interior de los Estados Unidos o en las zonas marginales de Manila, Addis Abeba, Cairo, o en las aldeas rurales empobrecidas de Myanmar o Nicaragua, existen Personas

Desviadoras Positivas, quienes demuestran ciertas conductas y prácticas que les han permitido resolver problemas exitosamente y superar barreras increíbles. Este enfoque de Desviación Positiva se ha utilizado extensamente en pro de la atención materno-infantil. Y en la lucha contra la desnutrición.

d. El Enfoque de Talleres Hogareños

Dentro del enfoque de Talleres Hogareños, las(os) voluntarias(os) de la comunidad y personas al cuidado de menores desnutridas(os) practican nuevas formas de cocinar los alimentos y prácticas mejoradas de alimentar, y cuidar la higiene y salud de las(os) menores que han tenido éxito en la rehabilitación de otras niñas y niños desnutridas(os). Se seleccionaron estas prácticas por ser producto de los resultados de las Investigaciones de Desviación Positiva y de las conductas altamente recomendadas por las(os) expertas(os) en salud pública.

Las(os) voluntarias(os) involucran activamente a la madre y a las niñas y niños en el proceso de rehabilitación y aprendizaje en el seno confortable del hogar y trabajan para lograr que las familias mantengan dentro del hogar una situación nutricional mejorada. La sesión de Talleres Hogareños consiste en un período de doce días de rehabilitación nutricional y educación, seguida de visitas domiciliarias a las personas que cuidan a las(os) menores.

El enfoque de Talleres Hogareños promueve el cambio de conducta y además empodera a los padres y personas encargadas de las(os) menores a asumir la

responsabilidad de la rehabilitación nutricional de sus hijas(os) utilizando los conocimientos y recursos locales. Después de dos semanas de recibir una dieta de alimentos adicionales alta en calorías las(os) menores se muestran más vigorosos y con mayor apetito. Los visibles cambios en las niñas y niños, aunados al método de “aprender haciendo”, aumentan la confianza de las personas encargadas de las(os) menores, y su capacidad para alimentarles, cuidarles y para buscar prácticas orientadas a mejorar su higiene y salud. Las mejores prácticas, independientemente del nivel de educación de la madre, aumentan el crecimiento y desarrollo de la (el) menor. Este enfoque reduce exitosamente la desnutrición en las comunidades meta al brindar la oportunidad a los miembros de la comunidad de descubrir la sabiduría de las madres Desviadoras Positivas y practicar este conocimiento durante las sesiones diarias de Talleres Hogareños.

El método de Desviación Positiva/Talleres Hogareños constituye una herramienta de movilización comunitaria muy efectiva, ya que estimula a las comunidades a tomar acción, y promueve la participación de los miembros de diferentes niveles sociales para que trabajen juntos en la solución del problema y en el descubrimiento de la solución desde el seno de la comunidad. Se centra en maximizar los recursos, habilidades y estrategias existentes para resolver el problema mediante el uso extensivo de metodologías participativas y el proceso de Aprendizaje y Acción Participativa.

Aun cuando es requisito adaptar el DP /Talleres Hogareños a las necesidades locales y a pesar de que muchos de los pasos de implementación también son

flexibles, existen ciertos elementos esenciales inamovibles que deben incluirse para mantener la efectividad del enfoque DP /Talleres Hogareños. (20)

2. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)

El componente de AIEPI para el hogar y la comunidad consiste en el aprovechamiento óptimo de una plataforma multisectorial para promover la salud y nutrición infantil, con tres elementos esenciales que se relacionan entre sí.

- Sociedad entre los establecimientos (y sus servicios) de salud y las comunidades que atienden
- Atención e información apropiada y accesible, por parte de los proveedores de salud de la comunidad
- Promoción integrada de las conductas familiares claves para la salud y nutrición infantil.

La estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) ha sido clave en este proceso, pues su objetivo es reducir la muerte y los episodios de enfermedad en este grupo etéreo debido a dolencias comunes y prevenibles, basándose para ello en un conjunto de acciones de diagnóstico, tratamiento, prevención y promoción, que se brindan tanto en los servicios de atención primaria de salud, como en el hogar y la comunidad. AIEPI es considerada en la actualidad la estrategia más eficiente para reducir la carga de

enfermedad y discapacidad en la población, y contribuir a un crecimiento y desarrollo saludables durante los primeros cinco años de vida. En este sentido, su implementación y desarrollo en los países de la Región es uno de los objetivos prioritarios en el marco de los ODM. (20)

Las 16 prácticas de AIEPI cuentan principalmente para el crecimiento físico y el desarrollo mental, para la prevención de enfermedades, para buscar atención, estas son las siguientes:

1. Amamante a los lactantes de manera exclusiva por lo menos seis meses. (Las madres que son VIH positivas deberán recibir asesoramiento sobre otras opciones para alimentar al bebé, teniendo presente las normas y recomendaciones de la OMS/UNICEF/ONUSIDA sobre infección por VIH y alimentación del lactante).
2. A partir de los seis meses de edad, aproximadamente, suministre a los niños alimentos complementarios recién preparados, de alto contenido nutricional y energético, continuando al mismo tiempo con la lactancia materna hasta los dos años o más.
3. Proporcione a los niños cantidades suficientes de micronutrientes (vitamina A y hierro, en particular), ya sea en su régimen alimentario o mediante el suministro de suplementos.

4. Promueva el desarrollo mental y social del niño, respondiendo a su necesidad de atención, y procure estimularlo mediante la conversación, juegos y otras interacciones físicas y emocionales apropiadas.
5. Lleve a los niños en las fechas previstas a que reciban el esquema completo de vacunas (BCG, DPT, VOP y antisarampionosa) antes de que cumplan un año.
6. Deseche las heces (inclusive las de los niños) de manera segura y lávese las manos con agua y jabón después de la defecación y antes de preparar los alimentos y dar de comer a los niños.
7. Proteja a los niños en las zonas donde la malaria es endémica, asegurándose que duerman con mosquiteros tratados con insecticida.
8. Adopte y mantenga los hábitos apropiados para la prevención y atención de las personas infectadas por el VIH/SIDA, especialmente los huérfanos. Para el cuidado apropiado en el hogar.
9. Continúe alimentando y dando líquidos a los niños, especialmente leche materna, cuando están enfermos.
10. Administre a los niños enfermos el tratamiento casero apropiado para las infecciones.
11. Tome las medidas adecuadas para prevenir y controlar lesiones y accidentes en los niños.

12. Evite el maltrato y descuido de los menores y tome medidas adecuadas cuando ocurran.
13. Asegure que los hombres participen activamente en el cuidado de sus hijos y se involucren en los asuntos relacionados con la salud reproductiva de la familia.
14. Reconozca cuándo los niños enfermos necesitan tratamiento fuera del hogar y llévelos al personal de salud apropiado para que reciban atención.
15. Siga las recomendaciones dadas por el personal de salud en relación con el tratamiento, seguimiento y la referencia del caso.
16. Asegúrese que toda mujer embarazada reciba atención prenatal adecuada, consistente en un mínimo de cuatro visitas prenatales con un proveedor de servicios de salud apropiado y la administración de las dosis recomendadas de toxoide tetánico. La madre necesita apoyo con el apoyo de la familia y la comunidad para buscar atención apropiada, especialmente en el momento de dar a luz y durante el posparto y período de lactancia. (21)

IV. METODOLOGIA

A. LOCALIZACIÓN Y TEMPORALIZACIÓN

El estudio se realizó en la Provincia de Chimborazo, Cantón Guamote en la comunidad de Atapo Quillotoru, y tuvo una duración de 6 meses (Octubre 2007 – Abril 2008)

B. VARIABLES

1. Identificación:

- Estilos de vida sanitarios
- Hábitos y prácticas alimentarias
- Disponibilidad de alimentos
- Estado nutricional

2. Definición:

a. Estado nutricional.- Es el balance entre la ingesta de energía y de requerimientos de nutrientes en los individuos. Para el estudio del estado nutricional de los niños y niñas menores de 5 años se utilizaron los indicadores:

Peso// Talla, Peso//Edad, y Talla//Edad en niños y niñas menores de cinco años basados en los valores de referencia de la NCHS/OMS 2001.

b. Estilos de vida sanitarios.- Permitted medir las formas de comportamiento en salud e higiene y atención que tienen las madres con sus hijos.

c. Hábitos y prácticas alimentarias.- Mediante esta variable verificamos las formas de preparación, consumo y distribución intrafamiliar de los alimentos.

d. Disponibilidad de Alimentos.- Producción y disponibilidad de alimentos mediante la creación de Huertos Familiares.

3. Operacionalización:

Cuadro 1. Operacionalización De Variables

VARIABLE	CATEGORIA	INDICADOR
Estilos de vida sanitarios.	Higiene Personal	% de madres que se lavan las manos con agua y jabón.
		% de niños y niñas que se lavan las manos con agua y jabón.
		% de madres según el número de veces que

		bañan a los niños y niñas en la semana.
		% de madres según el número de veces que cambian de ropa al niño y niña en la semana.
	Higiene de la Vivienda	% de viviendas que tienen orden y aseo.
		% de familias que tienen animales dentro de la vivienda.
	Higiene de utensilios	% de madres que limpian adecuadamente los utensilios. Formas de higiene de los utensilios.
	Agua para consumo	% de madres que hierven el agua para consumo.
	Atención en salud.	Situaciones en las que las familias solicitan atención en el Centro de salud.
		Persona que decide llevarle al centro de salud cuando el niño y niña están enfermos.

		<p>Niños y niñas que se han desparasitado semestralmente.</p> <p>Tipo desparasitante</p>
	Conocimiento sobre signos de peligro de muerte.	% de madres que conocen los signos de peligro de muerte en sus hijos e hijas.
	Manejo en el tratamiento de la recuperación de enfermedades	<p>% de madres que dan un manejo adecuado en el tratamiento de la recuperación durante la enfermedad de sus hijos e hijas.</p> <p>Tipo de atención que brindan las madres después de una enfermedad.</p>
	Protección contra accidentes dentro del hogar	<p>% de madres que tiene cuidado con sus hijos e hijas para evitar accidentes dentro del hogar.</p> <p>Tipos de cuidado</p>
Hábitos y prácticas alimentarias.	Lactancia Materna	% de madres que dan exclusivamente de lactar a niños y niñas hasta los 6 meses.

		<p>% de madres según número de veces que la madre da de lactar al niño y niña menor de 6 meses en el día.</p>
		<p>% de madres que dan de lactar a sus niños y niñas durante la enfermedad.</p>
	Alimentación Complementaria	<p>% de madres que introducen alimentos a partir de los 6 meses a niños y niñas.</p> <p>Tipo de alimentos que se introduce partir de los 6 meses a sus hijos/hijas.</p> <p>Tipo de Preparaciones que ofrece a partir de los 6 meses al niño y a la niña.</p>
		<p>% de madres que incluyen en la alimentación el Nutriinfa.</p>
	Consumo de niñas y niños menores de 5 años	<p>% de madres según número de comidas en el día que dan a los infantes menores de 5</p>

		años.
		% de madres que ayudan a sus hijos/as a la hora de comer.
		% de madres que dan alimentos adecuados cuando el niño y niña presentan diarrea.
		Alimentos que ofrece al niño y niña cuando tiene diarrea
		Alimento que no le da al niño y niña en el proceso de la diarrea.
	Uso de Verduras nativas en las preparaciones	% de madres que utilizan verduras nativas en las preparaciones.
Disponibilidad de Alimentos	Alimentos que se siembran en la comunidad	Tipo de alimentos que se siembran en la comunidad
	Alimentos que se compran	Tipo de alimentos que se compran Lugar de adquisición de los alimentos
Estado Nutricional	Peso // Edad – Normal (+/-2 D.S) – Desnutrición leve(-2 D.S)	% de niños y niñas en relación del Peso// Edad

	<ul style="list-style-type: none"> - Desnutrición moderada (-3 D.S.) - Desnutrición severa (-4 D.S.) 	
	Talla//Edad <ul style="list-style-type: none"> - Normal (+/- 2 D.S) - Retardo leve (-2 D.S) - Retardo moderado (-3 D.S.) - Retardo severo (-4 D.S) 	% de niños y niñas en relación de la Talla//Edad
	Peso // Talla <ul style="list-style-type: none"> - Normal (+/- 2 D.S.) - Emaciación leve (-2 D.S.) - Emaciación moderada (-3 D.S) - Emaciación severa (-4 D.S.) 	% de niños y niñas en relación del Peso//Talla

C. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO.

La metodología de Investigación – acción fue el modelo utilizado, por tanto es un estudio descriptivo longitudinal.

D. POBLACIÓN, MUESTRA O GRUPOS DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el universo de los siguientes grupos:

- 44 Niños y Niñas menores de 5 años.
- 25 Madres de los niños y niñas menores de 5 años.

E. DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS

Plan- Unidad de Programas Chimborazo con el programa de Desviación Positiva dirigido a solucionar la desnutrición infantil en el cual busca la intervención de actores locales para asegurar una continuidad en los cambios implementados, continuó con dicho programa en una nueva fase que es la razón del presente proyecto y que consistió en intervenir por medio de Talleres de Preparación de Alimentos, Visitas Domiciliarias, y la creación de huertos familiares, para finalmente realizar una Evaluación de Impacto.

1. Revisión de la línea de base.

Se utilizó la información de la línea de base realizado por Docentes de la Escuela de Nutrición y Dietética de la Facultad de Salud Pública de la ESPOCH, quienes convergiendo en ideas comunes con el municipio de Guamote y Plan Internacional, presentaron una propuesta de trabajo basada en la metodología de Desviación positiva para enfrentar con éxito esta problemática, asumiéndose un compromiso ético que para hacerlo realidad requiere ser trabajado mediante una suma de fuerzas en procura de la consecución de derechos básicos elementales como son la seguridad y soberanía alimentaria, encontrando en las propias formas de vida de las familias de comunidades indígenas y campesinas, las soluciones para la prevención y el tratamiento de los problemas de salud y nutrición de niños y niñas. (22)

Mediante un nuevo análisis por medio de guías de observación, encuestas y una Evaluación Nutricional en el grupo de estudio se seleccionaron a 7 madres desviadoras positivas y 7 desviadoras negativas según los valores, conocimientos y prácticas encontradas. De estas madres se tomaron en cuenta aspectos para la aplicación del proyecto; estos fueron: lactancia materna, alimentación complementaria, consumo en el niño y niña menor de 5 años, uso de verduras nativas, atención de salud, estilos de vida sanitarios y disponibilidad de alimentos según los que se siembran en la comunidad y los que se adquieren.

2. Acercamiento

Plan – Chimborazo designó al coordinador de Núcleo de la zona Palmira como facilitador en este estudio realizado en la comunidad Atapo Quillotoru.

Por medio del facilitador, se hizo el acercamiento a todos los miembros de la comunidad, y principalmente a los voluntarios de Salud.

Junto a los voluntarios de Salud se planificaron varias reuniones para explicar y programar el desarrollo de la metodología de Desviación Positiva a la comunidad.

En estas reuniones se dieron los compromisos de las familias que se dispusieron a participar en esta etapa del programa, en donde los niños y niñas menores de 5 años se registraron para empezar la etapa de seguimiento.

3. Intervención

Se iniciaron los Talleres de preparación de alimentos donde se entregaron las semillas para la implementación de huertos familiares y finalmente las visitas domiciliarias.

a. Talleres de Preparación de Alimentos

Se planificaron 12 talleres hogareños que fueron distribuidos en el lapso de 3 semanas.

Antes del primer taller y al terminar cada uno de ellos, se sugería algunas preparaciones, siendo las madres las que escogían la de su preferencia. Por consiguiente las madres se distribuyeron en grupos según la cercanía de sus domicilios; en acuerdo común se escogía la casa de la madre que recibiría a su grupo para realizar la preparación.

Es así que, los alimentos tomados en las preparaciones fueron nativos, (propios de la zona); también alimentos que forman parte de la dieta tradicional que son adquiridos en los mercados zonales y una proporción de alimentos que no estaban dentro de su dieta pero que por su bajo costo, buena disponibilidad en los mercados, alto porcentaje calórico y como parte de la motivación a las madres se incluyeron en los talleres.

Se contó con el apoyo de los Voluntarios de Salud de Plan Internacional, la presencia de las madres inscritas y en muchos de los casos con sus familias.

Los mensajes claves en cada taller se introdujeron en forma de diálogo mientras se cocinaban y preparaban los alimentos.

Los mensajes en el momento de la preparación eran consecuentes de los procesos de la misma, en las prácticas positivas resaltantes se les daba un realce marcando la importancia de esa práctica para la salud de los infantes y sus familias.

Al finalizar los talleres se hizo una reunión para motivar a realizar las preparaciones elaboradas y aplicar los mensajes claves de consumo, higiene y atención en salud así mejorar la talla, el peso y el rendimiento escolar de los niños y niñas.

También se hizo un recuento y un análisis de los mensajes claves, y una lista de las desviaciones positivas encontradas en el momento de las preparaciones.

b. Visitas Domiciliarias

Después de realizados los talleres hogareños se procedió a realizar un acuerdo con las madres para la visita en sus hogares. Estas visitas tenían el fin de:

- Observar las prácticas de higiene, consumo y de salud fortalecidas y las que faltan optimizar.
- Capacitar a las madres mediante las prácticas de AIEPI Comunitario
- Reforzar los mensajes claves dados en los talleres.
- Promover el uso de alimentos cultivados en los huertos y nativos (de la zona) para mejorar la calidad de las preparaciones.

Se inició con las visitas a todas las madres cuyos menores de edad tenían desnutrición, inadecuados estilos de vida sanitarios, y en cuyas familias residían las peores prácticas alimentarias.

Se realizaron 3 visitas por hogar; siendo la primera para acompañar a la realización del almuerzo de ese día, observando las prácticas en el proceso de elaboración del platillo, después dialogando sobre las necesidades que se observaron en el niño y niña y como se puede mejorar mediante la aplicación de una de las prácticas AIEPI.

La segunda visita fue para intervenir en el menú del día con la añadidura de productos del huerto como la zanahoria y verduras nativas y así promover el mejoramiento de las defensas del infante y su familia por medio de alimentos que le dan colorido, textura, y mejoran el sabor de las comidas.

Finalmente se realizó la tercera visita en la que se reforzaron los mensajes claves dados en los 12 talleres de preparación mediante tarjetas con información gráfica de los mismos y se pudo observar el progreso en la implementación de una o más prácticas.

c. Acción para mejorar la disponibilidad de alimentos.

Las semillas donadas por el Ministerio de Salud de Chimborazo en un inicio de verduras y hortalizas fueron sembradas, pero a causa del clima lluvioso se perdieron la casi totalidad de la siembra, por lo que se adquirieron semillas de zanahoria y de col al considerar a la primera importante para el consumo de los niños por su aporte vitamínico y la col por ser un alimento básico en la dieta de esta Comunidad.

De esta manera se procedió a sembrar los productos en pequeñas huertas de 4 por 5 metros, para cumplir la meta de cosecharlas y utilizarlas en el consumo familiar y crear de esta práctica un hábito.

4. Evaluación de Impacto

La medición del Impacto del Proyecto fue determinada por mediciones antropométricas como por varios aspectos de la Línea de base. Estos son:

- Estilos de Vida Sanitarios (Atención de Salud, higiene de la vivienda, higiene de los utensilios, consumo y de Agua)
- Hábitos y prácticas alimentarias (frecuencia de consumo, consumo en el embarazo, recordatorio de 24 horas en los niños y niñas menores de 5 años)
- Estado Nutricional inicial, intermedio y final de los niños y niñas menores de 5 años según los Índices de Peso // Edad, Peso // Talla, Talla // Edad.

Las anteriores variables se operacionalizaron para evaluar el cambio de comportamiento de las madres de los niños menores de 5 años de la Comunidad Atapo Quillotoru.

a. Recolección de la Información, Tabulación y análisis.

Para conocer el Estado Nutricional de los niños menores de cinco años, se utilizaron Encuestas del Estado Nutricional (Anexo 01), utilizando los valores referenciales de la NCHS/OMS 2001, con los equipos: balanza y tallmetro (cinta métrica) y el programa electrónico "ANTHRO 2005".

Para identificar los Estilos de Vida Saludables y Hábitos y Prácticas Alimentarias se aplicaron diferentes instrumentos como: Guías de entrevistas a las madres de los niños y niñas menores de 5 años (anexo 02) y Guías de Observación (anexo 3) y el programa Excel 2007.

V. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A. LINEA DE BASE

Después de revisada la Línea de base se clasificaron los resultados de las situaciones encontradas en las madres desviadoras positivas.

Cuadro 2. Cuadro Comparativo de Comportamientos Encontrados en las Madres Desviadoras Positivas y en las Madres Desviadoras Negativas.

Comportamientos de Salud y Nutrición en Madres Desviadoras Positivas.	Comportamientos de Salud y Nutrición en Madres Desviadoras Negativas.
Se lavan las manos con agua y jabón.	No se lavan las manos con agua y jabón.
Sus niños y niñas se lavan las manos con agua y jabón	Sus niños y niñas no se lavan las manos con agua y jabón
Bañan a sus hijos e hijas de 3 a 5 veces por semana.	Bañan a sus hijos e hijas de 1 a 2 veces por semana.
Cambian de ropa a sus hijos e hijas de 5 a 7 veces por semana.	Cambian de ropa a sus hijos e hijas de 2 a 4 veces por semana.
Tienen en orden y aseo la vivienda.	No tienen en orden y aseo la vivienda.
Limpian adecuadamente los utensilios por medio de agua y cepillo con o sin ceniza.	No asean diariamente los utensilios y/o solo los enjuagan con poca agua.

No tienen animales dentro de la vivienda.	Tienen animales en la vivienda.
Hierven el agua para consumo	No hierven el agua para consumo
Llevan al centro de salud en caso de enfermedad de más de 3 días de duración y/o cuando el voluntario les aconseja; y al control de vacunación a sus hijos e hijas.	No llevan al centro de salud para el control de vacunación y /o en enfermedad a sus hijos e hijas.
Llevan junto con el padre y demás miembros de la familia al niño y la niña al centro de salud.	Madres que no llevan al niño y la niña al centro de salud. Lo hacen otros miembros familiares.
Niños que han sido desparasitados, 1 vez cada año con albendazol.	Niños que no han sido desparasitados.
Conocen peligros de muerte en los niños y niñas.	No conocen los signos de muerte en los niños y niñas.
Les dan un tratamiento de recuperación de enfermedades a los niños tales como: cuidarse de no ingerir alimentos pesados después de la diarrea, y contar con abrigo necesario después de la gripe y tos.	No dan ningún tipo de tratamiento, igual que cuando está sano.
Tienen cuidados para evitar accidentes en el hogar con sus hijos como: no permitir que se acerquen ni jueguen con el fuego de la cocina, las sustancias y objetos que pueden lastimar al niño y la niña se encuentran fuera de su alcance, se	No manifiestan tener cuidado en el hogar para evitar accidentes con sus hijos.

les explica la razón de las prohibiciones y no se les deja solos en casa	
Dan de lactar exclusivamente hasta los 6 meses a sus niños y niñas.	Dan de lactar exclusivamente hasta los 6 meses a sus hijos e hijas.
Dan de lactar de 5 a 8 veces diarias a los niños y niñas.	Dan de lactar de 3 a 4 veces al día a sus hijos e hijas
Dan de lactar a los niños y niñas en la enfermedad.	No dan de lactar a sus hijos e hijas en la enfermedad.
Introducen alimentos a partir de los 6 meses a los niños y niñas; estos alimentos son: cebada, huevo, nabo, col, avena, arroz, panela, col, quinua, plátano, leche, canela.	Dan alimentos a partir de los 8 meses a sus hijos e hijas.
Dan mi Papilla a sus niños y niñas.	No dan Mi papilla a sus niños y niñas.
Las madres dan de comer de 3 a 5 veces al día al niño/niña	Las madres dan de comer igual o menos de 3 veces al niño/niña.
Ayudan a comer a sus hijos e hijas.	No ayudan a comer a sus hijos e hijas
Dan alimentos adecuados cuando el niño y niña están con diarrea, como son: alimentos blandos en el caso de diarreas como coladas de arroz, no chanco, cuy, y bebidas calientes de tifo, y manzanilla, cuando tienen tos y gripe.	No dan alimentos adecuados al niño y niña cuando están enfermos.

Utilizan verduras nativas en las preparaciones.	No agregan verduras nativas en las preparaciones.
---	---

B. ACERCAMIENTO

En la socialización inicial con los líderes, voluntarios, madres de la comunidad se llevo a los siguientes acuerdos para trabajar con la metodología de Desviación Positiva y particularmente con la ejecución de los talleres de hogar.

- Apoyo a la comunidad en los CDI's Centros de Cuidado Infantil, por parte de Plan mediante la capacitación en salud y nutrición a las madres cuidadoras por medio de la Nutricionista Pasante.
- Talleres de Educación de salud y Nutrición en los niños de quintos y sextos y séptimos grados de la escuela de la Comunidad por parte de la nutricionista pasante
- Cultivar con las semillas que se les entregaría en forma de huertos caseros para el autoconsumo por parte de la Nutricionista Pasante.
- Los voluntarios de salud se comprometieron a apoyar hasta el final de esta fase de Desviación Positiva
- Las madres se comprometieron a asistir a los talleres de preparación y facilitar las visitas domiciliarias que sean necesarias.

- Los alimentos de preparación serán proporcionados por las madres, en la mayoría de las preparaciones, con excepciones de preparaciones que requieran alimentos no tradicionales en la dieta.
- Los alimentos no tradicionales de las preparaciones los proporcionará la Pasante de Nutrición.

C. INTERVENCIÓN

1. Talleres hogareños

a. Menús de los talleres de preparación de los alimentos:

Cuadro 3. Talleres de preparación de alimentos: ingredientes, objetivos y mensajes claves utilizados.

<u>TALLER Y SU PREPARACIÓN</u>	<u>INGREDIENTES</u> <i>(6 personas)</i>	<u>OBJETIVO DEL TALLER</u>	<u>MENSAJE CLAVE</u>
Taller N°1 LOCRO DE BERROS	<ul style="list-style-type: none"> •2 Lbs. de papas peladas y picadas •2 cdas. de cebolla blanca picada •2 cdas. de aceite con achiote •1 tz. de berros frescos 	Asegurar la utilización de verduras nativas en la alimentación	-Las verduras dentro de la alimentación nos aportan una gran cantidad de vitaminas y minerales ayudándonos a tener limpio el

		<p>picados</p> <ul style="list-style-type: none"> •2 tz. de leche •5 tz. de agua •Sal, comino al gusto 		estomago.
<p>Taller N°2</p> <p>COLADA</p> <p>DULCE</p> <p>HARINA</p> <p>CEBADA</p>	<p>DE</p> <p>DE</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Cdas. de arroz de cebada. •Tz. de leche •4 cdas. de azúcar •Canela al gusto 	<p>Impulsar la correcta limpieza en los procesos dentro de la preparación de alimentos</p>	<p>-El lavado de manos antes de cocinar, servir o comer impide las enfermedades que maltratan y debilitan la salud de los infantes.</p> <p>-Lavar vigorosamente los trastes sucios después de su utilización con abundante agua y cepillo.</p>
<p>Taller N°3</p> <p>COLADA</p> <p>GUAYABA</p>	<p>DE</p>	<ul style="list-style-type: none"> •4 cdas.de avena o hari de otro cereal •2 guayabas maduras y grandes •2 cdas. de azúcar 	<p>Integrar a los conocimientos de las madres los cuidados en el tratamiento y en el curso de enfermedades</p>	<p>-Cuando los wawas enferman de diarrea se les debe dar coladas suaves, casi sin azúcar que vengan a reforzar el estomago y evitar la deshidratación.</p>

			<p>-Después de las enfermedades como gripe o tos se debe seguir cuidando a los niños y niñas del frío mediante bebidas calientes y protegiéndolos del clima.</p> <p>-Después de enfermedades como la diarrea se debe seguir por un tiempo dándoles alimentos blandos y observar que se alimente bien sin que deje de comer.</p>
<p>Taller N°4</p> <p>MENESTRA DE LENTEJA Y ARROZ</p>	<ul style="list-style-type: none"> •2 tz. de lenteja •5 tz. de arroz •1 cuchara de sal •1 ajo machacado •1 tomate de carne •1 rama de ortiga •2 cucharas de aceite 	<p>Promover las prácticas positivas con respecto a la Lactancia Materna.</p>	<p>-Se debe dar de lactar solo leche materna hasta los 6 meses de edad para que el niño y la niña tengan siempre buena salud.</p>

			<p>-Cuando el niño y la niña enferman se debe continuar con la lactancia pues la leche de la madre les ayuda a mejorar en sus enfermedades.</p> <p>-Se debe introducir alimentos desde los 6 meses de edad en forma de papillas, coladas, purés; alimentos como: huevo, cebada, avena, trigo, papa, yuca, plátano, manzana, leche, jugo de carne, verduras cocinadas.</p>
<p>Taller N°5</p> <p>TORTILLA DE HUEVO</p>	<ul style="list-style-type: none"> •8 huevos •3 zanahorias picadas en círculos finos •Hojas de berro •1 tomate de carne 	<p>Optimizar el consumo de Nutriinfa</p>	<p>-El Nutriinfa es un alimento que tiene muchas vitaminas para que el niño y la niña se ayude a crecer sano y fuerte.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> •Sal •Orégano •Aceite 		<p>- No dejar de dar Nutriinfa al niño y niña; siempre el voluntario de salud debe entregarlo y si no lo hace y/o no llega se debe pedir a las autoridades de salud que lo envíen.</p>
<p>Taller N°6 YOGURT</p>	<ul style="list-style-type: none"> •2 litros de leche •12 rodajas de supan si borde 	<p>Promocionar las situaciones en las los servicios de salud ayudan a los niños y niñas</p>	<p>-Hay que llevar al niño y la niña al centro de salud a ponerse sus vacunas y sus refuerzos para que no contraiga enfermedades peligrosas que pueden enfermarlo para siempre</p> <p>-Cuando el niño y la niña lleva enfermo 3 días o más se lo debe</p>

			llevar a un control de salud.
Taller N°7 ELABORACIÓN DE MERMELADA	<ul style="list-style-type: none"> •Manzanas •cucharas de azúcar •1 pizca de canela •Clavo de olor 	Promocionar la participación y preocupación de los padres, madres y demás familiares en las situaciones en que los niños y niñas necesitan ir al centro de salud	-Es importante que los padres, la mamá y el papá lleven al centro de salud al niño/niña cuando este lo requiera.
Taller N°8 SOPA DE COL	<ul style="list-style-type: none"> •2 Lbs. de papas peladas y picadas •2 cdas. de cebolla blanca picada •2 cdas. de aceite con achiote •½ libra de queso •2 tz. de leche •tz. de agua •10 hojas de col •Sal, comino al gusto 	Asegurar el consumo de alimentos en horarios adecuados	<p>-Al wawa se le da la leche materna desde 5 veces al día hasta las veces que el lo pida</p> <p>-A los niños y niñas se les debe dar de comer 5 veces al día, las 3 comidas principales y colaciones a la media tarde y</p>

			media mañana
Taller N°9 CEVICHE	<ul style="list-style-type: none"> •pollo o un cuy •9 tomates •5 cebollas •2 ajos •Perejil •Jugo de 4 limones 	Promover la ayuda que deben dar las madres a sus niños y niñas a la hora de comer	<p>-Los niños no deben comer solos, se les debe vigilar que coman todo lo que se les sirve.</p> <p>-Se les debe acompañar y ayudar a comer los distintos alimentos para que coman más y mejore su salud.</p>
Taller N°10 BOLONES DE VERDE	<ul style="list-style-type: none"> •verdes grandes •½ cebolla picada finamente •6 pedazos de queso •cucharas de arroz •cucharas de aceite •sal, ajo al gusto 	Promover el consumo de agua hervida	-El agua hervida es la única apta para el consumo, ya que evita las enfermedades.
Taller N°11 LOCRO DE MELLOCOS	<ul style="list-style-type: none"> •1 libra de mellocos, lavados y picados •1 libra de papas, peladas y picadas •1 cda. de cebolla blanca picada 	Promover la mejoría en la limpieza del hogar y personal	-Una casa limpia, aseada, y en orden, aunque no tenga cosas de mucho valor, trae bienestar, salud y alegría a quienes

	<ul style="list-style-type: none"> •1 cda. de culantro pica •2 cdas. de aceite con achiote •1 tz. de leche •3 tz. de agua •3 cdas. de nata •Sal al gusto 		<p>viven y la visitan</p> <p>-Una casa limpia no debe mantener animales adentro ya que estos atraen enfermedades y roedores que son peligrosos para la salud de la familia.</p> <p>-La persona que cuida de su aseo personal mediante la muda de ropa diaria y el baño frecuente evita malos olores y enfermedades.</p>
<p>Taller N°12</p> <p>SOPA DE FIDEO CON VERDURAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> •1 ½ Libra de papas peladas y picadas •1 tz. de fideo lazo •½ tz. de vainitas •4 zanahorias peladas y picadas •2 cdas. de cebolla blanca picada •2 cdas. de aceite con 	<p>Promover precauciones para mantener la salud y vida del niño y la niña</p>	<p>-Cuando los niños y las niñas tienen fiebres altas, no se levantan de la cama, están decaídos, no mejoran de sus enfermedades después de 3 días de tratar de</p>

	<p>achiote</p> <ul style="list-style-type: none"> •2 tz. de leche •Sal, comino al gusto 		<p>curarles están corren el riesgo de morir.</p> <p>-Se debe notar cualquier cambio en el comportamiento del niño y niña porque podría mostrar que esta enfermo de algo grave.</p> <p>-Al niño y la niña no se le debe dejar solo en casa, junto a objetos que puedan herirlo.</p>
--	---	--	--

Los menús que se realizaron con las madres de los niños y niñas menores de cinco años se los llevo a cabo en diferentes hogares que sirvieron de centro de reunión de las madres, realizándose los días Jueves, Viernes, Sábados y Domingos en 3 semanas.

Es así que las 25 madres inscritas a los talleres de preparación de alimentos, asistieron a todos los talleres; como los voluntarios de salud, que estuvieron

presentes en todos los talleres interviniendo en el cumplimiento de los compromisos que las madres adquirieron.

En los talleres de preparación de alimentos, se instó a que se introduzcan los mensajes claves y las preparaciones dentro de la habitualidad de las madres y sus familias. Los mensajes utilizados fueron:

- Las verduras dentro de la alimentación nos aportan una gran cantidad de vitaminas y minerales ayudándonos a tener limpio el estomago.
- El lavado de manos antes de cocinar, servir o comer impide las enfermedades que maltratan y debilitan la salud de los infantes.
- Lavar vigorosamente los trastes sucios después de su utilización con abundante agua y cepillo.
- Cuando los wawas enferman de diarrea se les debe dar coladas suaves, casi sin azúcar que vengan a reforzar el estomago y evitar la deshidratación.
- Después de las enfermedades como gripe o tos se debe seguir cuidando a los niños y niñas del frío mediante bebidas calientes y protegiéndolos del clima.
- Después de enfermedades como la diarrea se debe seguir por un tiempo dándoles alimentos blandos y observar que se alimente bien sin que deje de comer.
- Se debe dar de lactar solo leche materna hasta los 6 meses de edad para que el niño y la niña tengan siempre buena salud.

- Cuando el niño y la niña enferman se debe continuar con la lactancia pues la leche de la madre les ayuda a mejorar en sus enfermedades.
- Se debe introducir alimentos desde los 6 meses de edad en forma de papillas, coladas, purés; alimentos como: huevo, cebada, avena, trigo, papa, yuca, plátano, manzana, leche, jugo de carne, verduras cocinadas.
- El Nutriinfa es un alimento que es gratis y que tiene muchas vitaminas para que el niño y la niña crezcan sanos y fuertes.
- No dejar de dar Nutriinfa al niño y niña; siempre el voluntario de salud debe entregarlo y si no lo hace y/o no llega se debe pedir a las autoridades de salud que lo envíen.
- Hay que llevar al niño y niña al centro de salud a ponerse sus vacunas y sus refuerzos para que no contraiga enfermedades peligrosas que pueden enfermarlo para siempre.
- Cuando el niño y niña lleva enfermo 3 días o más se lo debe llevar a un control de salud.
- Es importante que los dos padres, mamá y papá lleve al centro de salud al niño/niña cuando este lo necesite.
- Al wawa se le da la leche materna desde 5 veces al día hasta las veces que el lo pida.
- A los niños y niñas se les debe dar de comer 5 veces al día, las 3 comidas principales y colaciones a la media tarde y media mañana
- Los niños no deben comer solos, se les debe vigilar que coman todo lo que se les preparó.

- Se les debe acompañar y ayudar a comer los distintos alimentos para que coman más y mejore su salud.
- El agua hervida es la única apta para el nuestro consumo, ya que evita las enfermedades.
- Una casa limpia, aseada, y en orden, aunque no tenga cosas de mucho valor, trae bienestar, salud y alegría a quienes viven y la visitan.
- Una casa limpia no debe mantener animales adentro ya que estos atraen enfermedades y roedores que son peligrosos para la salud de la familia.
- La persona que cuida de su aseo personal mediante la muda de ropa diaria y el baño frecuente evita malos olores y enfermedades.
- Cuando los niños y las niñas tienen fiebres altas, no se levantan de la cama, están decaídos, no mejoran de sus enfermedades después de 3 días de tratar de curarles están corren el riesgo de morir.
- Se debe notar cualquier cambio en el comportamiento del niño/niña porque esto puede mostrar que esta enfermo/a de algo que podría ser grave.
- Al niño y niña no se le debe dejar solo en casa, junto a objetos que puedan herirlo.

2. Visitas Domiciliarias

Se realizaron 3 visitas domiciliarias a todas las madres que participaron en los talleres de preparación de alimentos.

a. Primera Visita:

En la primera visita que se realizó en los domicilios de las madres que participaron en los talleres hogareños se intervino mediante:

- **Observación de las prácticas de higiene, consumo y de salud fortalecidas y por optimizar.**
- **Capacitación a las madres en las prácticas de AIEPI alusiva a la situación de salud del niño y la niña y la madre.**

Es así que según la situación del niño/niña, madre y entorno se aplicaron una o más de las siguientes prácticas de de AIEPI, y estas son:

- Amamante a los lactantes de manera exclusiva por lo menos 6 meses
- A partir de los 6 meses de edad, aproximadamente, suministre a los niños alimentos complementarios recién preparados, de alto contenido nutricional y energético, continuando al mismo tiempo con la lactancia materna hasta los dos años o más
- Proporcione a los niños y niñas cantidades suficientes de micronutrientes (vitamina A y Hierro en particular), ya sea en su régimen alimentario o mediante el suministro de suplementos

- Promueva el desarrollo mental y social del niño y niña, respondiendo a su necesidad de atención, y procure estimularlo mediante la conversación, juegos y otras interacciones físicas y emocionales apropiadas
- Lleve a los niños y niñas en las fechas previstas a que reciban el esquema completo de vacunas (BCG, DPT, VOP y antisarampionosa) antes de que cumplan un año
- Deseche las heces (inclusive las de los niños y niñas) de manera segura y lávese las manos con agua y jabón después de la defecación y antes de preparar los alimentos y dar de comer a los niños y niñas.
- Continúe alimentando y dando líquidos a los niños y niñas, especialmente leche materna, cuando estén enfermos.
- Reconozca cuando los niños y niñas enfermos necesitan tratamiento fuera del hogar y llévelos al personal de salud apropiado para que reciban atención.

b. Segunda Visita: Preparación de alimentos cultivados en los huertos y nativos de la zona para mejorar la calidad de las preparaciones.

Solo 12 de las 25 familias a las que se les dieron semillas, crearon sus huertos. Estos fueron de 4 a 5 m cuadrados donde se cultivaron zanahoria y col, productos que se utilizaron para la preparación de platillos en las visitas domiciliarias.

También se utilizo alimentos nativos en las preparaciones como fueron berro, nabo y ortiga.

Con los alimentos de los huertos y los nativos se pretendió enriquecer la dieta, promoviendo su riqueza vitamínica y se motivo a utilizarlos en todas las preparaciones que sean posibles ya que no determinan un mal sabor, si no más bien le dan una mejor sazón y color.

c. Tercera visita: Refuerzo de los mensajes claves dados en los talleres

Los 12 mensajes claves fueron reforzados en esta visita, que inició con un diálogo de lo que se recuerda se aprendió en los talleres, luego se procedió a mostrar 6 tarjetas (anexo 04) que contienen los mensajes claves gráficamente y se pidió que antes de leer los pies de los gráficos se interpretase recordando lo aprendido.

Así se logro observar los conocimientos adquiridos en los 12 talleres, y se les obsequió las tarjetas.

Estas tarjetas fueron elaboradas en cartulinas de colores con dibujos acordes recolectados de revistas de plan y otras entidades de salud, impresas en laser negro y se titulan:

- 1) Lactancia
- 2) Alimentación en el niño y niña
- 3) Higiene
- 4) Atención en salud y cuidados

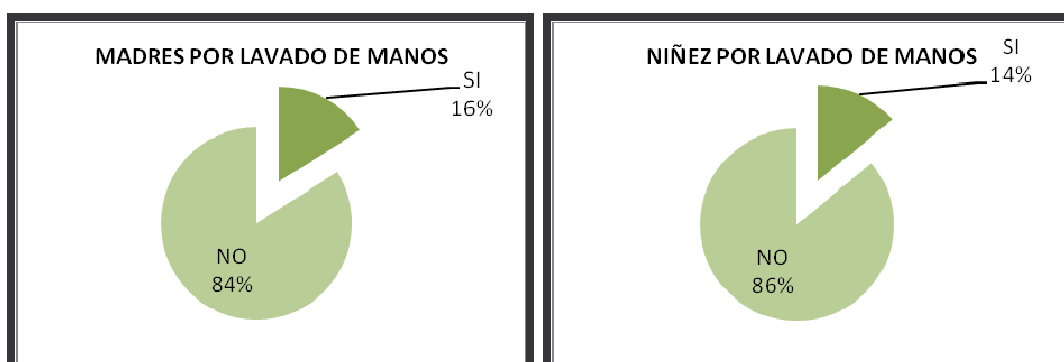
EVALUACIÓN DE IMPACTO

1. Estilos de Vida Sanitarios

a. Higiene Personal

GRAFICO 01: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MADRES y LOS NIÑOS SEGÚN UN LAVADO ADECUADO DE MANOS.

Evaluación Inicial



Evaluación Final

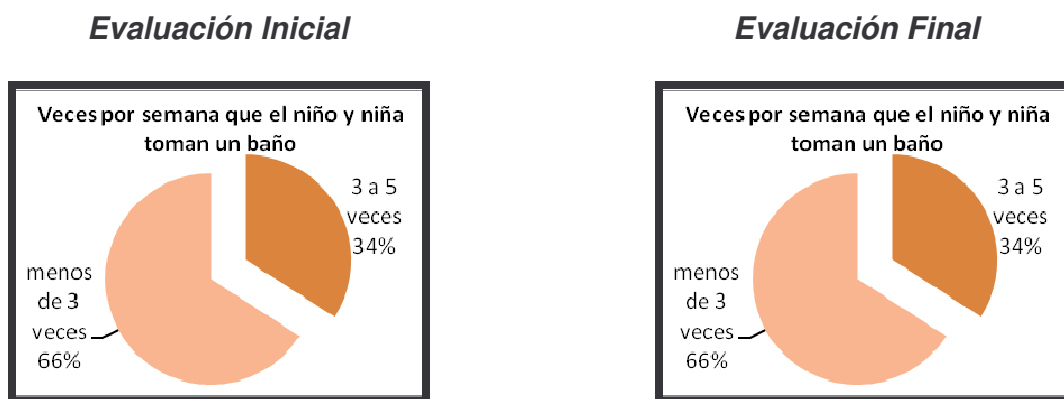


El lavado de manos frecuentemente, en momentos como la preparación de alimentos, después de realizar las deposiciones, al llegar al hogar después de la jornada de trabajo, después de manipular los animales etc., garantiza la prevención de enfermedades peligrosas de tipo infecciosas que ponen en peligro la salud de la madre y de sus familias.

Esta práctica materna influye totalmente con la práctica de los niños y niñas, aún con los que se encuentran en los Centro De Cuidado Infantil, donde las madres Cuidadores les profieren estas prácticas pero que en la observación de las mismas dentro del hogar se ven anuladas; así lo advierten los porcentajes en los que sol un 16% de lavado de manos en las madres y un 14 % en los niños y niñas en la evaluación inicial.

Después de la intervención aumentó a 24% y 20% en madres y niños/niñas respectivamente lo que nos señala que los mensajes claves influyeron en el comportamiento de esta práctica teniendo un efecto mayor en las madres, quienes transmitirán este mensaje a sus hijos.

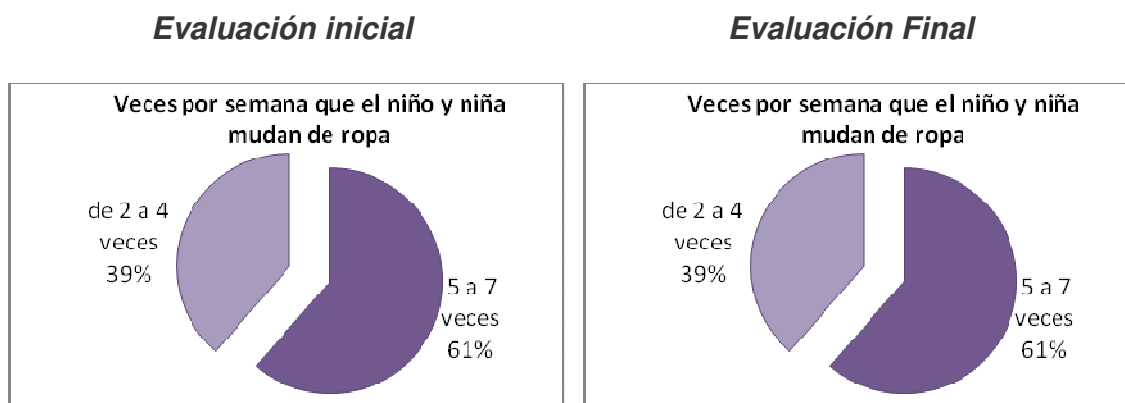
GRAFICO 02: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE NIÑOS Y NIÑAS SEGÚN EL NUMERO DE VECES QUE SE BAÑA



EL Baño diario es una norma de mostrar un alto nivel de aseo e higiene. Mediante la práctica de baño diario se elimina el sudor, los residuos de las funciones fisiológicas, el exceso de tierra y polvo en los cuerpos lo que limita la proliferación de bacterias y por ende la repercusión con enfermedades.

En Atapo Quillotoiro los niños y las niñas toman el baño tres a cinco a veces por semana en un 34% y menor de tres veces por semana en un 66% ; es un resultado que no ha cambiado desde la evaluación inicial debido a que las madres no ven un mayor atentado a la salud por no implementar esta práctica y la consideran innecesaria, razón por lo cual se deberá seguir trabajando en optimizar este hábito.

GRAFICO 03: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE NIÑOS Y NIÑAS SEGÚN NUMERO DE VECES QUE SE CAMBIA DE ROPA A LA SEMANA



La muda de ropa diaria en la ciudad como en la zona rural es importante para limitar el contagio de microorganismos que se desarrollan en ropa sucia donde prolifera la tierra, el polvo, restos de alimentos, excrementos de animales, etc que son precursores de una mala presencia en el individuo y por ende una baja valoración de la vida y el cuidado de la misma, y sobretodo de enfermedades contagiosas y peligrosas para la salud.

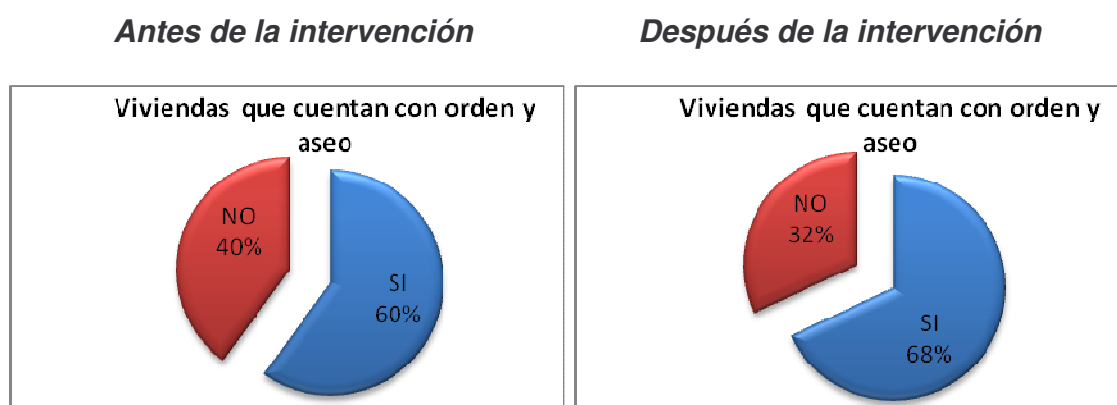
La práctica señalada no tuvo cambios después de la intervención ya que esta muy arraigada en los hábitos las madres.

Las madres que cambian de ropa a los niños y niñas de 3 a 4 veces por semana lo hacen cuando estos se ensucian demasiado y tras el baño; las mismas no son

sensibles a las ventajas de ropa limpia por lo cual es una práctica que requiere una intervención provista de mayor tiempo.

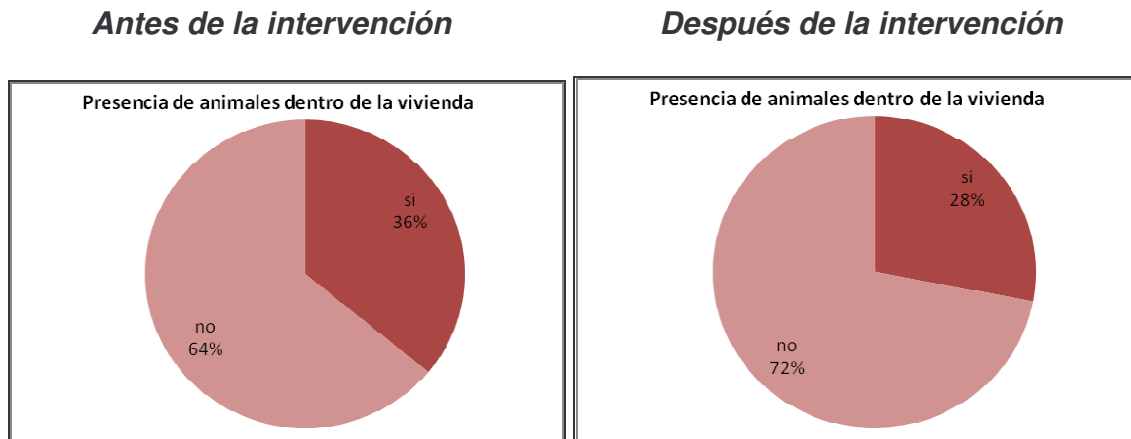
b. Higiene de la vivienda

GRAFICO 04: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE FAMILIAS SEGÚN VIVIENDAS QUE SE ENCUENTRAN EN ORDEN Y ASEO.



Las familias que al inicio tenían su vivienda en orden y aseo son el 60%, luego de la intervención aumentó en un 8 % el cual demuestra que las visitas domiciliarias y los mensajes claves pertinentes tuvieron un impacto en algunas familias. El resto pertenece a familias que no cuidan el aspecto de su hogar con presencia de basura en el area destinada a la cocina, restos alimentarios, y platos sucios, desechos en los pisos y objetos en desuso regados por toda la casa.

GRAFICO 05: DISTRIBUCIÓN DE FAMILIAS SEGÚN LA TENENCIA DE ANIMALES DENTRO DE LA VIVIENDA



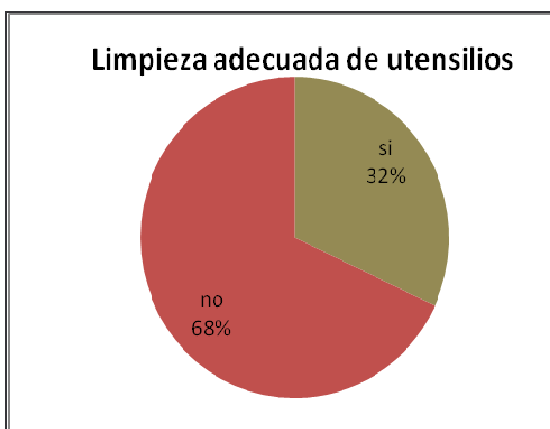
Una de las características del orden y aseo en el hogar es la no presencia de animales en el interior de ella ya que son portadores de parásitos y atraen roedores que son causantes de enfermedades infecciosas al ser humano; antes de la observación el 36 % de las familias tenían en sus hogares animales como perros, gatos, gallinas y cuyes y que el 64% no tenían ninguna clase de animal adentro del hogar; los que mantenían cuyes los tenían en corrales, y los demás animales no residían.

En la evaluación final 3 familias dejaron esta costumbre e incorporaron a sus animales en los exteriores de la vivienda; siendo este un 8% de cambio en esta práctica.

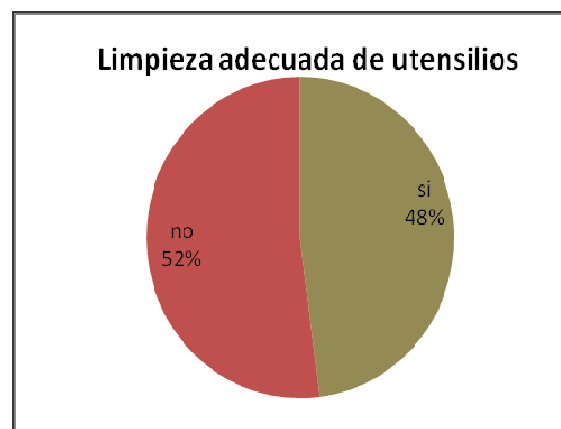
c. Higiene De Los Utensilios

GRAFICO 06: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MADRES SEGÚN LA LIMPIEZA ADECUADA DE LOS UTENSILIOS

Antes de la intervención



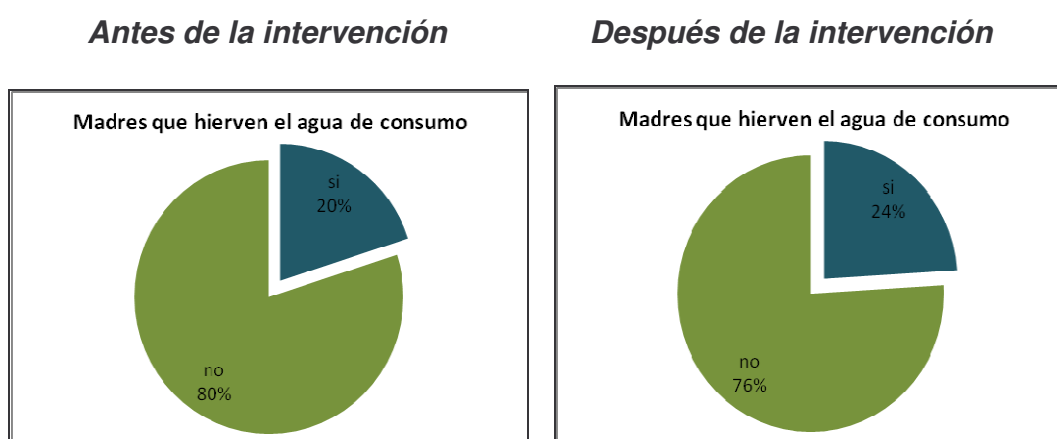
Después de la intervención



En el estudio se observó al igual que en la línea de base que todas las madres no utilizan ningún agente químico para lavar los utensilios, tampoco agua hervida, pero que se aseguran de lavar con abundante agua y a veces con cepillo y otras con ceniza sus utensilios provocando que estén limpios; así se encontró un 32%, de madres que tenían higiene adecuada en esta práctica y que hacia el final, después de la intervención mejoraron en un 16%, es decir que 4 familias sufrieron este cambio a causa de los mensajes claves entregados con regularidad en los talleres de preparación y en las visitas domiciliarias.

d. Agua para el consumo

GRAFICO 07: NÚMERO DE MADRES QUE HIERVEN EL AGUA PARA EL CONSUMO.



Hervir el agua significa, seguridad total para no contraer cantidades innumerables que contienen las aguas de zonas comunitarias como Palmira.

En Atapo Quilloto no existe cultura del hervido de agua, en un 4 % son los hogares que implementaron esta práctica según el estado inicial observado, lo que verifica la intervención adecuada que se tiene en las capacitaciones sobre prácticas adecuadas en los talleres de preparación de alimentos, visitas domiciliarias e introducción de las prácticas de AIEPI.

e. Atención en Salud

En el estudio realizado las madres que llevan al control de salud a sus hijos e hijas es solo cuando requieren la vacunación, en enfermedad de varios días de duración e intensidad y peligro de muerte

El voluntario de salud cumple un papel importante en la comunidad, pues el es quien da la atención inicial y decide si se transfiere al paciente a una casa de salud para su evaluación.

Estos datos no son medibles en su constancia y frecuencia, ya que las madres informan estos datos, junto al carnet de salud en donde constan las vacunas solamente. Varias madres han extraviado en carnet de salud, y muchas no lo tienen.

La persona que decide llevar al niño y la niña al Centro de Salud es el Padre y la Madre en iguales partes, pero también participan los abuelos y los hermanos en la responsabilidad y preocupación por la salud del niño.

La desparasitación del niño y la niña lo llevan a cabo cada año en brigadas que van a la comunidad y el voluntario en salud añade que se los ha desparasitado con albendazol.

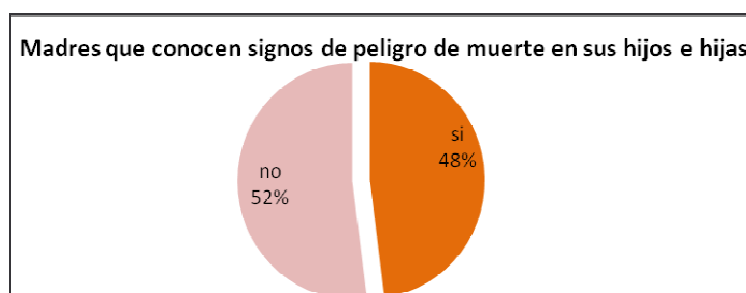
Es importante resaltar que no asisten al control de salud para pedir los suplementos alimenticios, (en caso de que no lleguen o por atraso) para el niño y niña si no en casos urgentes de salud como enfermedades y la vacunación.

Esta situación se debe a que las madres manifiestan que no les gusta ir frecuentemente al Centro de Salud por los malos tratos que reciben.

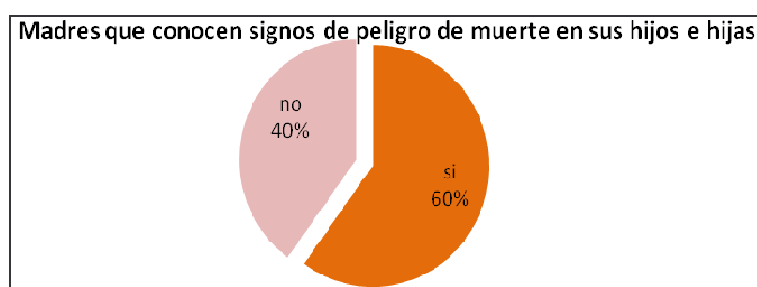
f. Conocimiento sobre Signos de Peligro de Muerte

GRAFICO 08: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MADRES SEGÚN EL CONOCIMIENTO DE LOS SIGNOS DE PELIGRO DE MUERTE DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

Antes de la intervención



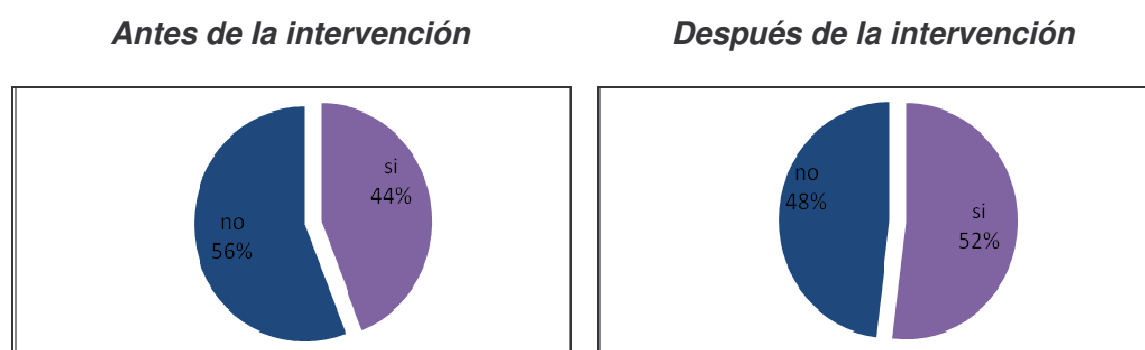
Después de la intervención



Según el monitoreo los padres conocen los signos de peligro de muerte en niños y niñas en un 60%, un 12% más que el tiempo anterior a la intervención; esta nos demuestra que la metodología de desviación positiva tiene un impacto certero y que esta práctica se debe seguir optimizando.

g. Manejo en el tratamiento en la recuperación de Enfermedades

GRAFICO 09: DISTRIBUCIÓN EN EL MANEJO QUE DAN LAS MADRES EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DEL NIÑO Y LA NIÑA



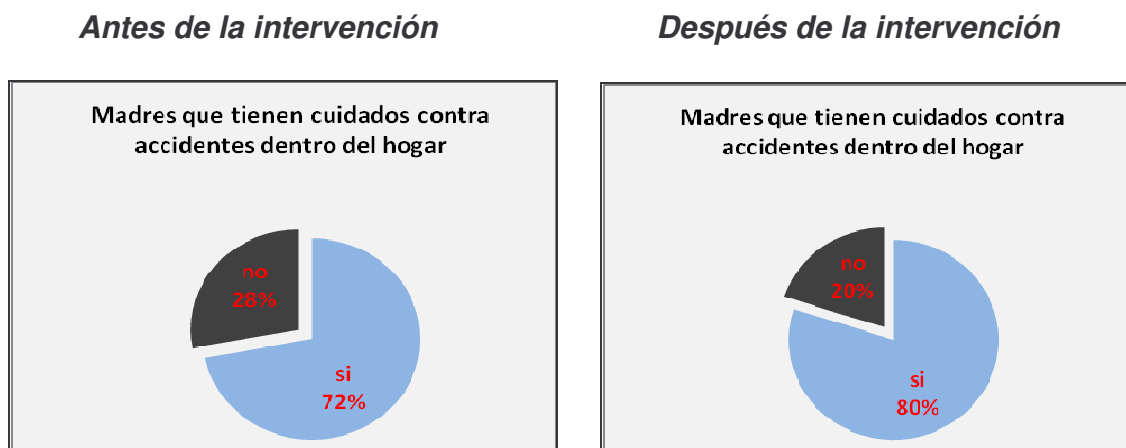
Las madres que dan un adecuado tratamiento después de la enfermedad son 52%, un 8 % más que en la evaluación inicial lo que certifica que este hábito es sensible al cambio, y que solo falta educación mediante charlas, mensajes en visitas domiciliarias para que se vea un cambio.

El tipo de alimentación que les dan en el caso de diarreas son coladas de arroz, no chanco ni cuy; y bebidas calientes de tifo y manzanilla, cuando tienen tos y gripe.

Se sigue el tratamiento mediante reposo del niño/niña, protección contra el frío, y todo lo que el voluntario de salud haya ordenado; y si el niño y la niña han asistido a un centro de salud le dan la medicina y los cuidados que el médico ha prescrito.

h. Protección contra accidentes dentro del hogar

GRAFICO 10: DISTRIBUCIÓN DE FAMILIAS SEGÚN EL CUIDADO DE SUS NIÑOS Y NIÑAS PARA EVITAR ACCIDENTES DENTRO DEL HOGAR.



El 72% de las madres tienen cuidados contra accidentes en el hogar según la evaluación inicial, y tuvieron un cambio en un 8 % hacia la evaluación final lo que nos indica que la advertencia en las visitas domiciliarias y las tarjetas de indicación

entregadas tienen su impacto; el tipo de cuidados que profieren son: no dejar al niño o la niña solos, les dan normas si hay algo que no deben hacer, no dejan al alcance objetos que puedan causarles daño.

Las familias que no dan estos cuidados a sus hijos son aquellas cuyos padres no tienen Estilos de Vida Saludables, esto debido al bajo nivel de prácticas en salud que posee gran parte de la población.

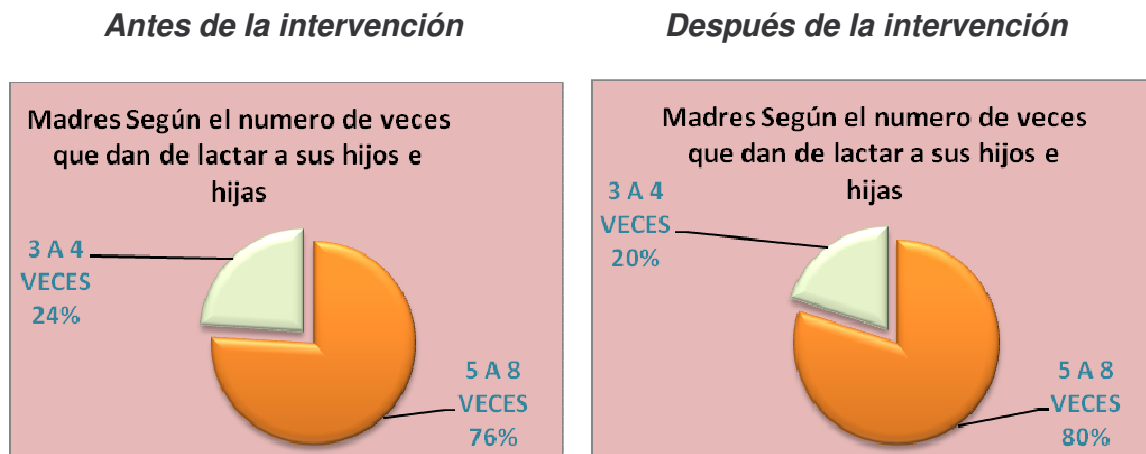
2. Hábitos y Prácticas Alimentaria

a. Lactancia Materna

1) Lactancia Materna exclusiva hasta los 6 meses de edad en los niños y niñas.

En el estudio 21 de las 25 madres dan la lactancia exclusiva hasta los seis meses esta falta de conocimiento estaba sostenida por mitos como que solo se debe dar la leche hasta los 4 meses o 5 meses exclusivamente porque sino el niño y la niña adelgaza; es así que se trabajaron en estas creencias con las madres y esta práctica esta erradicada y ya constituye una práctica positiva generalizada en la población que dota al niño y la niña de las defensas y nutrientes necesarios.

GRAFICO 11: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MADRES SEGÚN EL NÚMERO DE VECES QUE DAN DE LACTAR A SUS HIJOS E HIJAS EN EL DÍA

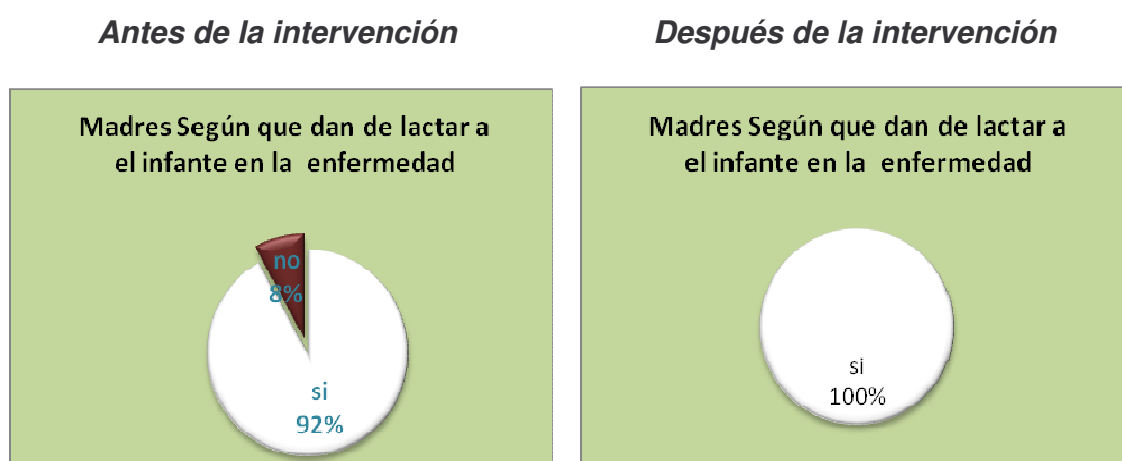


La mayor parte de madres dan de lactar a sus hijos de 5 a 8 veces diarias, mas la población que lo hace de 3 a 4 veces es aquella cuyas madres trabajan arduamente con animales, que tienen más de 4 hijos y cuyos conocimientos de cuidados en los niños son muy bajos y su condición de vida muy precaria.

Después de la intervención esta práctica mejoró en un 4% de las madres en estudio, lo que resalta la efectividad en las visitas a las casas de las madres que tienen mayor riesgo en cuanto a salud y nutrición.

2) Madres que dan de lactar en la enfermedad

GRAFICO 12: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MADRES QUE DAN DE LACTAR EN LA ENFERMEDAD



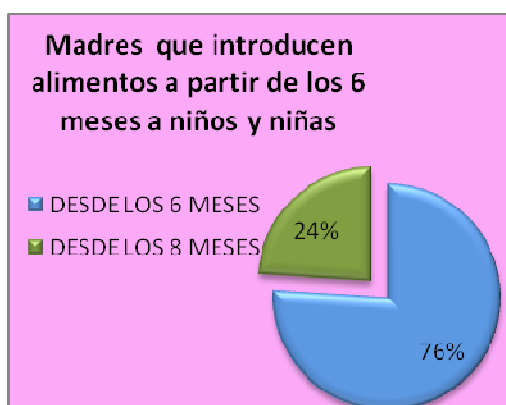
Esta práctica asegura un factor más de recuperación para cuando el niño y niña están enfermos ya que la leche materna no tiene ninguna contraindicación para con el infante enfermo de cualquier patología.

Según el estudio las madres casi en su totalidad dan de tomar el seno al niño/niña, cuando este está enfermo. Esta práctica esta enraizada en sus costumbres y solo 2 madres tienen una creencia que interfiera con esta práctica; lo cual se manejó resaltando lo positivo de esta práctica en los talleres de preparación de alimentos y en las visitas domiciliarias a las respectivas madres.

b. Alimentación Complementaria

GRAFICO 13: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MADRES SEGÚN LA INTRODUCCION DE ALIMENTOS A PARTIR DE LOS 6 MESES A NIÑOS Y NIÑAS

Antes de la intervención



Después de la intervención



Los niños necesitan la introducción de alimentos a partir de los 6 meses de edad; en el estudio que realizado el 76% de madres daban alimentos de tipo blando en preparaciones como coladas, sopas, puré con alimentos como la Cebada, Quinoa, Papa, col, leche, huevo. Después de la intervención y la evaluación se pudo notar que el 16% adoptó esta medida pues se clarificó que no existe riesgo para la salud, y se instó a motivar al niño y la niña que puede sentirse renuente a esta práctica con pequeñas primeras porciones.

Las comidas son aplastadas o en coladas y en alimentos como, cebada, huevo, nabo, col, avena, arroz, panela, quinua, plátano, leche, canela y papa.

GRAFICO 14: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MADRES QUE INCLUYEN EN LA ALIMENTACIÓN DEL NIÑO Y NIÑA NUTRIINFA

De los 44 niños, 29 eran menores de 3 años, y de estos los que recibían mi papilla eran el 93%. Este producto se distribuye a los Voluntarios de Salud que hacen llegar a las madres en el puesto de salud.

Cabe resaltar que según con la línea de base las madres mejoraron con esta práctica dentro de sus actividades de salud ya que 2 de las 3 madres que no le daban a su hijo/a manifestaban que nunca alcanzaban a la entrega; para lo cual el voluntario de salud que se comprometió a reservar su papilla. Solo una madre representa el porcentaje aún existente y manifiesta que no le agrada la papilla y refiere que tampoco al infante.

Antes de la intervención

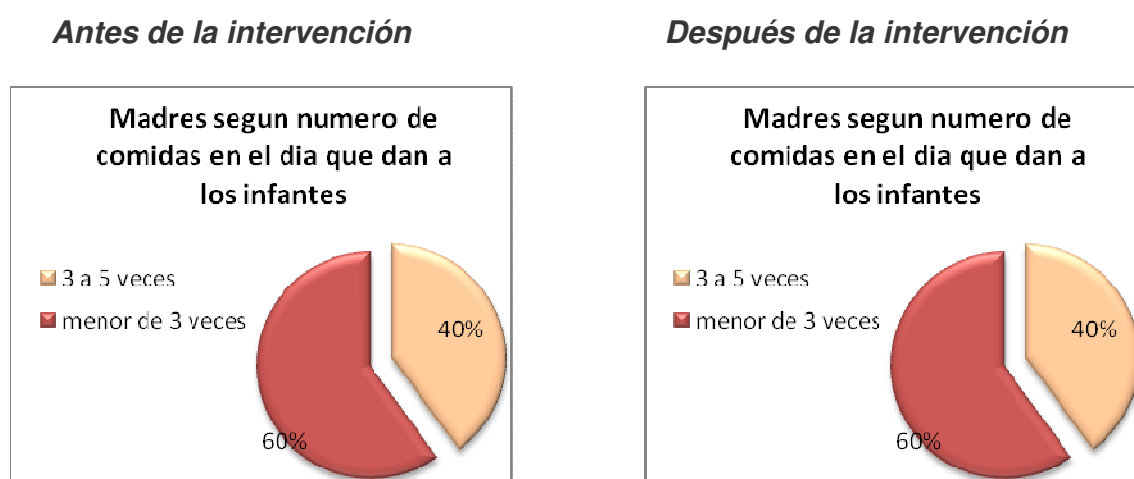


Después de la intervención



c. Consumo de niños y niñas

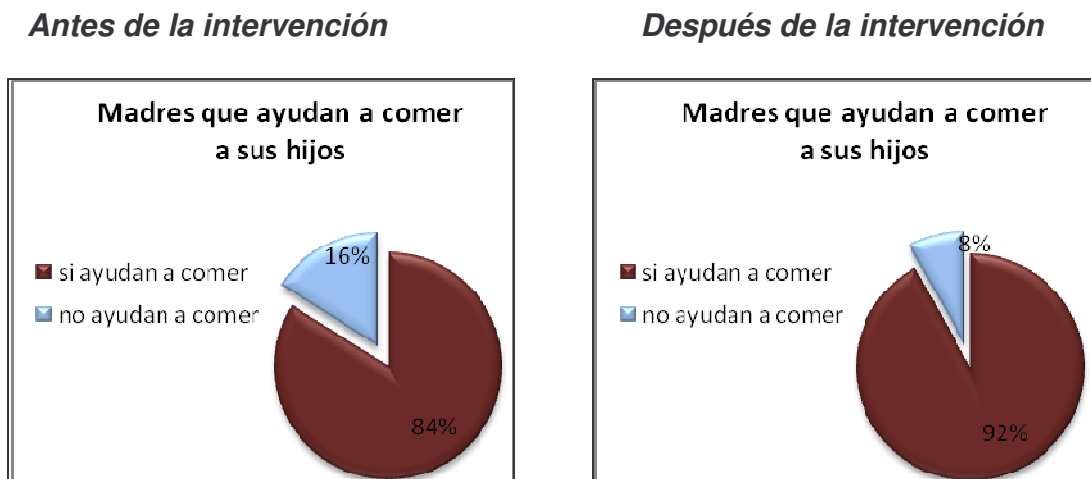
GRÁFICO 15: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE NIÑOS Y NIÑAS SEGÚN EL NÚMERO DE COMIDAS AL DÍA



En el estudio se señala que 40% de los niños y niñas come de 3 a 5 veces al día, situación que no mejora después de la intervención debido a que las madres creen que es suficiente con las comidas que sus hijos e hijas reciben en el CDI, ofreciéndoles una o dos más.

Otra razón es la falta de preparaciones distintas que se podrían realizar con los alimentos para llamar la atención de los infantes que existen en los hogares, lo

GRAFICO 16: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MADRES QUE AYUDAN AL NIÑO O NIÑA A COMER



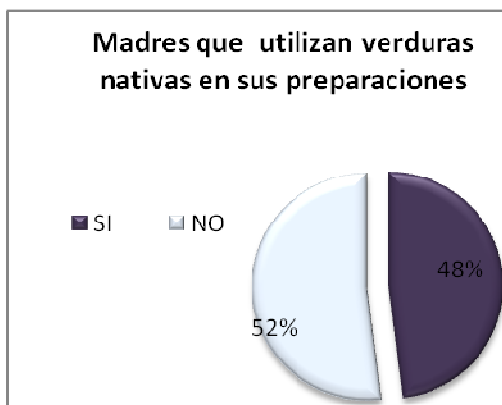
La práctica de ayudar a alimentar a los niños esta generalizada a excepción de estas cuatro madres que representan el 16% cuyos hijos tienen 3 años y comen por si solos con las manos mientras la madre atiende otras labores del hogar.

Estos casos aislados se justificaron ya que las madres poseen bajo nivel en conocimientos de salud y prácticas adecuadas sobre cómo atender en la alimentación a sus niños.

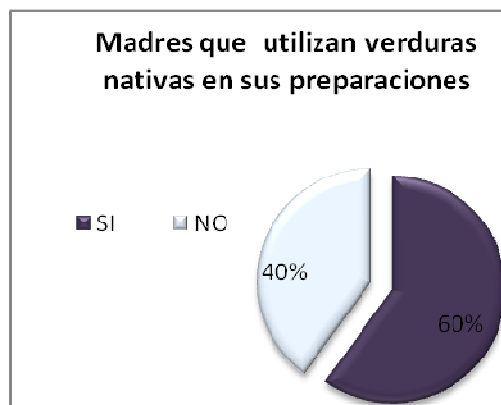
Pero luego de la intervención 2 de ellas se destacaron por mejorar esta práctica, ya que se les motivo en las visitas domiciliarias.

GRAFICO 17: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN MADRES QUE INCLUYEN VERDURAS NATIVAS EN SUS PREPARACIONES

Antes de la intervención

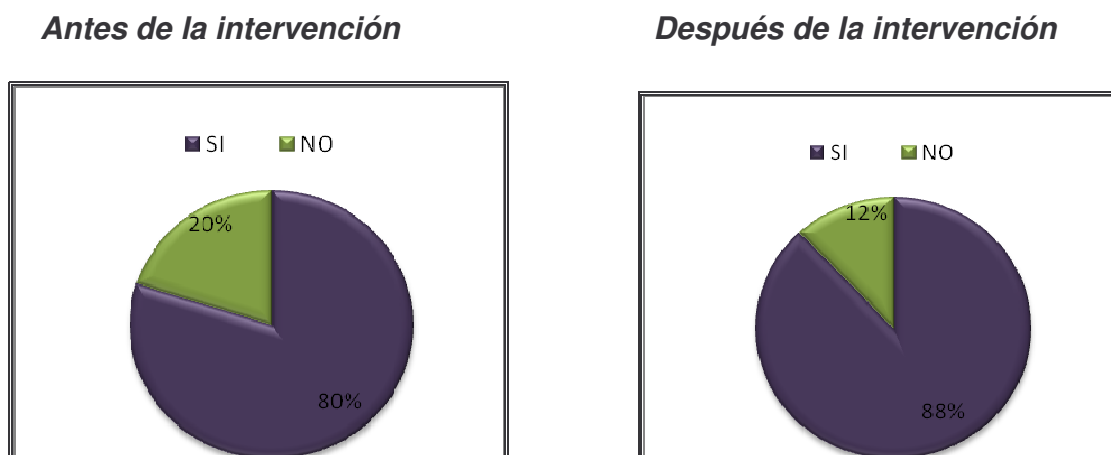


Después de la intervención



Las madres pusieron una pequeña cantidad de verduras nativas en la dieta a causa de los mensajes claves entregados en los talleres de preparación en un 12 % lo cual es bueno pues nos da de conclusión que las madres si utilizarían los productos sembrados por sus familias.

GRAFICO 18: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN LAS MADRES QUE TRATAN ADECUADAMENTE A SUS NIÑOS Y NIÑAS EN LA DIARREA.



El tratamiento en la diarrea de los niños y niñas mejoró en un 8 % adecuando estas madres preparaciones a sus hijos e hijas en coladas y alimentos blandos; suprimiendo esa manera de pensar de no dar de comer al niño y la niña en la diarrea

Cuadro 4: Preparaciones que se da al niño y la niña en el proceso de la diarrea

PREPARACIONES QUE SE LE DA AL NIÑO CUANDO TIENE DIARREA
Sopas de cebada sin leche
Sopas de arroz con papa
Coladas de harina de trigo

Cuadro 5: Alimentos que no se dan al niño y la niña en el proceso de diarrea.

Col
Leche
Huevo

3. Disponibilidad de alimentos

La disponibilidad de alimentos no se pudo garantizar ya que por medio de los huertos solo se logro cosechas de zanahoria y col, y estos a la vez no tuvieron una continuidad; Así es que los alimentos que se adquieren habitualmente siguen ocupando el espacio de los alimentos no sembrados en la zona los cuales se podrían sembrar y representar un ahorro para comprar otros alimentos

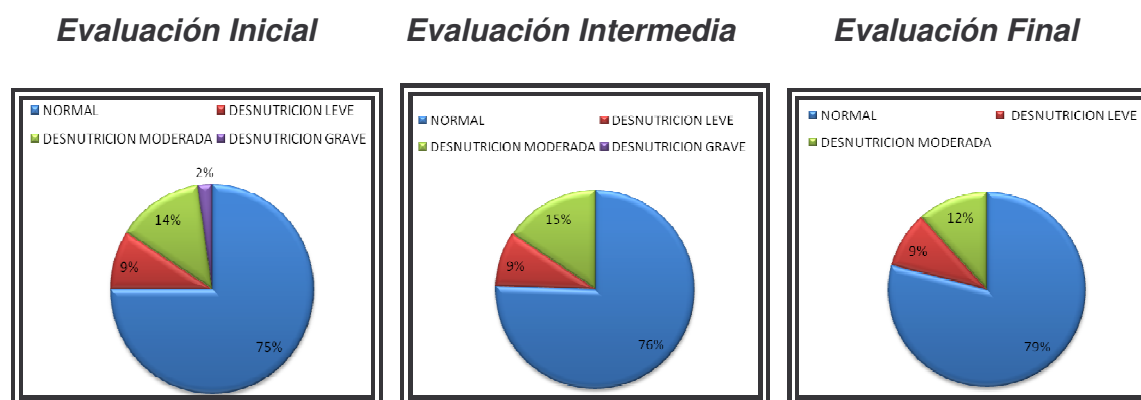
4. Evaluación del Estado Nutricional de los niños y niñas menores de 5 años.

a. Evaluación del Estado Nutricional de niños y niñas menores de 5 años según el Índice Peso//Edad; Talla//Edad, Peso//Talla

En todos los proyectos que tratan los tipos, las causas y la incidencia de la desnutrición y donde se formulan programas para corregir estas deficiencias es básico vigilar y evaluar el impacto por medio de la Evaluación nutricional pues

sirve de un instrumento de aprendizaje y planificación en posteriores procesos de programación así como también para la planificación y desarrollo de futuros proyectos. (24)

GRÁFICO 19: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE NIÑOS Y NIÑAS SEGÚN EL ÍNDICE PESO//EDAD.



En la Evaluación Inicial del Estado Nutricional de 44 niños y niñas participantes bajo el Índice Peso//Edad (indica desnutrición global, proscrito a afirmar el resultado del índice Talla //Edad) se encontró 14 % de desnutrición moderada; 9% de desnutrición leve y un 2 % de desnutrición grave. En relación con la estadísticas país según César Carranza (3) representante del PMA Ecuador (2006) en Ecuador la Desnutrición Global Se encuentra en un 6, 2% existiendo una gran diferencia por lo anteriormente encontrado; esto debido a que el Ecuador es un país con gran desigualdad social, así encontrándose la mayor densidad de desnutrición en la raza indígena, y en las zonas rurales, y específicamente en las provincias de Bolívar y Chimborazo.

En la Evaluación Intermedia del Estado Nutricional según el índice Peso//Edad, se encontró 15 % de desnutrición moderada 9 % desnutrición leve en los niños y niñas.

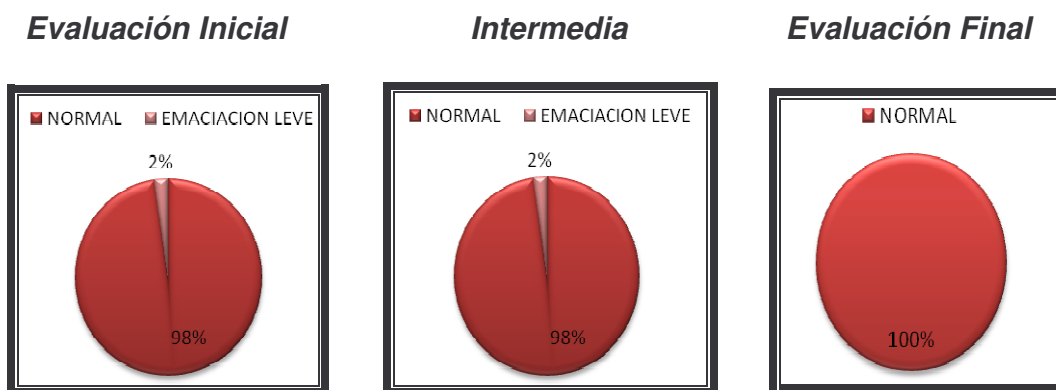
Comparando resultados, la desnutrición moderada subió en 1 % debido a la desaparición de la categoría de desnutrición grave que tenía un 2% en la evaluación inicial.

En la desnutrición leve se encontró todavía un 9 %; pero finalmente se observaron disminuciones en la desnutrición en forma general, en porcentaje y agresividad.

En la evaluación final del Estado Nutricional de Niños y Niñas se encontró un 12 % de desnutrición moderada y un 9% de desnutrición leve.

Estos resultados convergen a que existió una atención en salud adecuada por medio del desarrollo de Desviación Positiva en esta etapa, sobre todo en los casos de niños y niñas más afectados por la desnutrición; desapareciéndose la categoría más grave de desnutrición y finalmente reduciéndose también la desnutrición moderada en esta última evaluación.

GRÁFICO 20: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE NIÑOS Y NIÑAS SEGÚN EL ÍNDICE PESO//TALLA



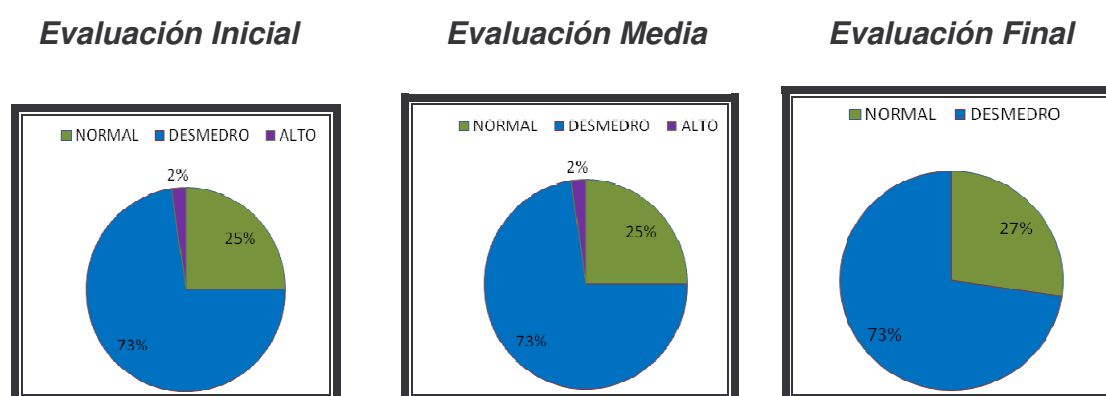
En la Evaluación Inicial del Estado Nutricional de los niños y niñas según el índice Peso//Talla (indica Desnutrición aguda-actual) encontramos como resultados de esta toma un 2% de emaciación leve.

En la Evaluación intermedia o de Seguimiento del Estado Nutricional se encontró el mismo 2% de emaciación leve.

En la Evaluación final el Estado Nutricional de los niños y las niñas según el Peso//Talla es encontrado con un 0% de déficit; como tal, es apremiante señalar que existieron enfermedades que disminuyeron el peso, pero que por intervención de los talleres de preparación y los mensajes claves como por la aplicación de los talleres de AIEPI fue trascendida la desnutrición aguda.

Cabe señalar que para el año 2009 según el SISVAN (23) los 565 niños de la parroquia Palmira menores de 5 años, 39 reportaron desnutrición aguda; es decir que el solo el 7% de la población presenta desnutrición que puede ser alterada y/o corregida con una intervención como la metodología de desviación positiva y así tener resultados a largo plazo en una corrección de la Talla//Edad que es el indicador más sensible de las consecuencias de los déficits en salud, higiene y nutrición.

Gráfico 21: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE NIÑOS Y NIÑAS SEGÚN EL ÍNDICE TALLA//EDAD



En la evaluación del Estado nutricional según el indicador Talla//Edad (indica desnutrición con cronicidad en largo tiempo), se encontró un 2 % de talla alta para la edad perteneciente a un solo individuo proveniente de padres con talla adecuada a la talla media de ecuatorianos adultos; y 73% de niños y niñas con diagnóstico de desmedro.

En la evaluación de seguimiento se mantuvo el porcentaje de niños y niñas con desmedro de 73 % y el caso aislado de Talla alta para la edad.

En la evaluación final el 2% de talla alta para la edad se sumo a la normalidad debido a que el niño y la niña no mantuvo la talla concomitante a la edad después de los 6 meses, hecho que resulta natural en esta etapa de la vida en que el niño y la niña suele recuperar talla en cuestión de un par de meses según las buenas condiciones de salud y calidad de la dieta diaria.

La talla baja para la edad suele ser un indicador difícil de modificar debido a que el mismo da un resultado que implica una desnutrición de larga duración medida por varias razones como la nutrición del niño y/o la niña desde el vientre, el reajuste que sufre el niño y la niña a partir del año y medio en lo que se refiere el Peso//Talla, donde ya se a perdido por motivos de mala nutrición talla que no se volverá a recuperar jamás.

VI. CONCLUSIONES

1. A través de la metodología de desviación positiva en cuanto se refiere el Índice Peso// Edad, se logró disminuir la desnutrición global en un 4 % total; siendo la categoría de desnutrición grave desaparecida, manteniéndose la desnutrición moderada y reduciéndose la desnutrición leve; lo cual nos indica que existe un cambio en las prácticas de las madres.
2. En la evaluación del índice Talla//Edad se encontró que no hubo ningún cambio hacia la Evaluación final por cuanto es un indicador que refleja una desnutrición desde la etapa fetal.
3. En la evaluación final con el Índice Peso//Talla se logró una reducción del 2 % hacia la evaluación final pues así se demuestra que las Estrategias de AIEPI junto a las visitas domiciliarias si fueron efectivas para los cambios reflejados.
4. Los cambios en los estilos de vida en las madres mejoraron en relación de la línea de base en prácticas que se vieron modificadas como: la disminución de hogares que conviven con animales, viviendas con mayor aseo y orden, implementación en los hogares del hervido de agua, limpieza correcta de utensilios, lavado de manos en niños/niñas y madres, madres que conocen signos de peligro de muerte, tratamiento en la recuperación de enfermedades, protección de accidentes dentro del hogar; mas, en el Cambio de ropa y baño

según número de veces a la semana no se pudo modificar pues las madres tienen diversos conceptos de la importancia que esto tienen para la salud y les parece no trascendental.

5. En la atención en salud los padres y las madres se preocupan conjuntamente de la salud de los niños y niñas, Existe mayor conocimientos sobre los riesgos de peligro de muerte, mas hay conocimientos que necesitan una intervención estatal de salud como el trato al niño y la niña después de las enfermedades; y por esta razón también no existe la garantía de la constancia de visitas a los controles de salud de los niños y niñas.
6. Sobre la lactancia materna, se pudo observar que tienen prácticas adecuadas que han potencializado como la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y el correcto tipo de alimentos y preparaciones que añaden desde esta edad.
7. También se pudo observar que no se mejoró en la dieta deficiente que presentan los niños y niñas menores de 5 años respecto poca frecuencia de comidas al día y ya que si se mejoró en la asistencia que dan las madres a la hora de comer, se resalta que se necesita más ayuda estatal o de ONGs para proveer mayor cantidad de alimentos a este sector.
8. La papilla de Nutriinfa llega desde el ministerio al voluntario de salud, pero suele tener atrasos cada mes; aun así, la población de niños y niñas la consume.

9. Sobre la disponibilidad de alimentos las huertas no cumplieron su papel deseado de mejorar la seguridad alimentaria por cuanto los primeros sembríos se perdieron por las inclemencias de lluvias que los destruyeron y los cultivos de zanahoria y col que se pudieron realizar no tuvieron la secuencia que se esperó para proveer un hábito en la siembra de sus propios alimentos.

10. El proceso Educativo tuvo un impacto positivo pues se adaptó a las condiciones de disponibilidad de alimentos a nivel local respetando la cultura alimentaria.

VII. RECOMENDACIONES

1. PLAN- Unidad de Programas Chimborazo deben dar una secuencia a la metodología de desviación aplicada mediante visitas domiciliarias, talleres de preparación de alimentos de manera continua para que no exista un enfriamiento de la comunidad.
2. También es importante que PLAN logre identificar verdaderos líderes y los prepare en cuanto lo que se refiere capacidades para comprometer a los miembros de las comunidades mediante la convicción de que los capacitadores, coordinadores y agentes de salud poseen conocimientos que de ser aplicados correctamente y profundamente se logrará cambios definitivos en el nivel de vida; esto en referencia de que se pudo observar el cansancio y desconcierto de la gente en emprender nuevos proyectos lo cual resulta nefasto para cualquier intervención.
3. La situación de consumo de los niños y niñas es la más deteriorada en este estudio por lo que se insta a la educación de las madres para mejorar la dieta en suficiencia.
4. El ministerio de Salud junto al Área de Salud de Guamote necesita modificar la atención en salud de su personal que presenta incumplimiento en los cronogramas de salud en la comunidad en cuanto a Vacunaciones y repartición

de Desparasitantes; como también falta de trato ético con los pacientes que acuden al hospital, los cuales no lo hacen frecuentemente por esta misma razón.

5. Los individuos de las comunidades de Guamote están mecanizadas en su comportamiento hacia la cantidad de Ongs que han intervenido, así que no existe un verdadero fervor por la ejecución de los proyectos que no promocionan obras, por esa razón es consecuente recomendar a todos los estudiantes, profesionales, coordinadores de programas de nutrición y salud la aplicación de estrategias personalizadas, la intervención conjunta con motivaciones novedosas que apunten a la colaboración y convicción de que los cambios en higiene, salud y nutrición son la base para el cambio en el Estilo de Vida.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) OROZCO, F. Estado Nutricional de Comunidades Ecuatorianas.

http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo/lactancia_materna.200711

20/12/2007

- (2) Reporte de Estadísticas de Desnutrición en el Ecuador. 1998, Quito.

www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/pdf/cap09/c9_01.PDF

20/12/2007

- (3) CARRRANZA, C. INFORME DE DATOS OFICIALES DE LA OPS 2006

http://ecuador.nutrinet.org/noticias/79Alimentaci%C3%B3n%20Escolar/400-ique-puesto-ocupa-el-ecuador-en-desnutricion-cronica-entre-los-paises-de-latinoamerica_nurtinet.

20/12/2007

- (4) Revista de Aportes Andinos, Declaración sobre Seguridad Alimentaria Mundial y Plan de Acción de la Cumbre Mundial sobre la alimentación, 2006 Mayo

<http://www.uasb.edu.ec/padh/revista16/documentos/seguridad.a>

20/12/2007

(5) BAXTER, T. Nutrición Clínica.

<http://www.monografias.com/trabajos/desnutricion/desnutricion.shtml>

20/12/2007

(6) BROTANEK, J; GOSZ, J; WEITZMAN, M; FLORES G. Enciclopedia Medica en Español, 2007 Septiembre.

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000584.htm>

20/12/2007

(7) Constitución política de la republica del Ecuador 1998.

<http://www.ecuanex.net.ec/constitucion/transitorias.html>

20/12/2007

(8) SACHS, J. El fin de la Pobreza: cómo conseguirlo en nuestro tiempo.

Madrid.

<http://wikipedia.org/wiki/INNFA>

20/12/2007

(9) JACOME, R. Oficina de coordinación de COSUDE para integrar el enfoque de

Género, 2001 marzo

http://www.cosude.org.ec/ressources/resource_es_24581.pdf

20/12/2007

- (10) PALACIOS, P; PALAR, Z; VILLAGOMEZ, G. Coordinadora Política de Mujeres Ecuatorianas; agenda Política. Quito; Mariscal, 1998. 120 p.
- (11) AYAL, J; LARA, D; ROSENBERG, J. El Ecuador y los derechos Humanos Quito, Aviayala, 2000. 200p
- (12) ONU/UNICEF, Documentos del Consejo Económico y social 1992.
<http://www.unicef.org/spanish/>
20/12/2007
- (13) ANDALUZZ J, Programa Nacional de Alimentación y Nutrición
<http://www.fodi.gov.ec/>
20/12/2007
- (14) PONCE, A; MARTINEZ, M. Los niños como presente y futuro.
<http://www.unicef.org/spanish/>
4/01/2008
- (15) SIERRA, E. La infancia como in nuevo Autor de la Gestión Local. Quito: UNIICEF.
[http.wikipedi.org/wiki/INNFA](http://wikipedi.org/wiki/INNFA)
4/01/2008

(16) SIMON, F. Los niños como la Base Estratégica para la Construcción de un país democrático y productivo: Quito

<http://wikipedia.org/wiki/INNFA>

4/01/2008

(17) PHILIP, G. Plan- Programa Ecuador Chimborazo (ONGs)

http://www.fabec.org.ec/fabec_plan.htm

4/01/2008

(18) NAVAS, J. La Educación Nutricional: Una Herramienta Imprescindible: Octubre 2005.

<http://www.educaweb.com/EducaNews/200711>

4/01/2008

(19) RIERA, P. Usando la Desviación Positiva para un cambio sostenible.

Artículo electrónico. Noviembre 2009.

<http://pablorigera.wordpress.com>

4/01/2008

(20) CORE, D; MONIQUE J; CRIBEN, M; GRETCHEN. W. Una Guía de.

Recursos para la rehabilitación sostenible de Niñas y Niños

Desnutridos/as. Guía de Desviación Positiva/Talleres Hogareños.

2003

(21) BENGUOINGUI, Y. Unidad de Salud del Niño y el Adolescente.

Organización Panamericana de la Salud, 2005 Diciembre.

<http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si-pc.pdf>

4/01/2008

(22) VILLACRESES S., CHICO P., GALLEGOS S. Informe “Programa para la Prevención, promoción, y rehabilitación en Salud y Nutrición basado en el fortalecimiento de Experiencias Locales”; s/ed

(23) MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA SISVAN. Dirección Provincial De Chimborazo. Reporte De Desnutrición En Niños Atendidos en el área de Salud de Guamote. SISVAN 2009.

(24) BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO. Documento sobre el Ciclo de Proyectos: Etapa de Terminación y Evaluación

http://www.iadb.org/projects/P_C_completion.cfm?lang=es

11/02/2008

ANEXO 02: ENCUESTA DE PRÁCTICAS ALIMENTARIAS Y SALUDABLES A LAS MADRES MENORES DE CINCO AÑOS

Introducción.- querida madre de familia espero que se encuentre bien de salud, le pido comedidamente se digne a responderme las siguientes preguntas, gracias por su colaboración.

1. Estilos de vida sanitarios

1. Cuantas veces se baña el niño y la niña a la semana?

.....
.....

2. Cuantas veces se cambia de ropa el niño y la niña a la semana?

.....
.....

3. Se encuentran animales dentro de la casa?

Si.....

No.....

Cuales?.....
.....

4. Como es la limpieza de los utensilios?

.....
.....

5. Hierven el agua para el consumo?

Si.....

No.....

6. Realiza un control medico en el centro de salud a su niño?

Si

No....

Porque?.....

.....

7. Cuales son las situaciones en la que solicitan atención en el centro de salud para el niño?

.....

.....

8. Quien es la persona que decide llevarle al centro de salud cuando el niño y la niña se encuentran enfermo?

.....

.....

.....

.....

9. Le realiza un seguimiento a la enfermedad del niño?

Si.....

No

Porque?.....

.....

10. Que tipo de atención les brindan las madres a sus hijos después de una enfermedad?

.....

9. Ha desparasitado a su niño?

Si

No

Porque?

.....

.....

10. Hace que tiempo le desparasito al niño?

.....

.....

11. Que tipo de desparacitante le dio al niño?

.....

.....

12. Realiza algún cuidado para que su hijo no tenga ningún accidente?

Si.....

No.....

Porque?.....

13. Que tipo de cuidado tiene para que el niño y la niña no sufra accidentes?

.....
.....

14. Conoce Usted los signos de peligro de muerte en el niño?

Si.....

No.....

Cuales?.....

2. Consumo

1. Hasta que edad recibió la leche materna exclusiva?

.....

2. Cuantas veces le da de lactar al niño y la niña menor de seis meses en el día?

.....

3. Cuando el niño y la niña se encuentran enfermo le da de lactar?

Si.....

No.....

Porque?.....

4. Desde que edad el niño y la niña recibe otros alimentos a parte de la leche materna?

.....

.....

5. Que tipo de alimentos le ofrece a partir de los seis meses el niño?

.....
.....

7. El niño y la niña se alimentan con la papilla de nutriinnfa?

Si.....

No.....

Porque?.....

8. Que alimentos ofrece al niño y la niña cuando esta con diarrea?

.....

9. Que alimentos no le da al niño y la niña durante el proceso de la diarrea?

.....

10. Que alimentos no le da al niño y la niña cuando se esta sanando de una enfermedad?.....

.....

11. Cuantas veces le de de comer al niño y la niña durante el día?

.....

ANEXO 03: GUÍA DE OBSERVACIÓN EN LAS PRÁCTICAS SALUDABLES Y ALIMENTARIAS

1. Las madres se lavan las manos con agua y jabón
2. Los niños y niñas se lavan las manos con agua y jabón
3. Los niños y niñas se lavan las manos con agua y jabón
4. Las viviendas de los niños se encuentran en orden y aseo
5. Los utensilios de la cocina se encuentran limpio
6. Las madres ayudan al niño y la niña a comer su alimentación
7. Las madres agregan a sus preparaciones verduras nativas.

ANEXO 04: TARJETAS CON LOS MENSAJES CLAVES

LACTANCIA

Se debe dar de lactar solo leche materna hasta los 6 meses de edad para que el niño y la niña tengan siempre buena salud.



Se debe introducir alimentos desde los 6 meses de edad en forma de papillas, coladas, purés; alimentos como: huevo, cebada, avena, trigo, papa, yuca, plátano, manzana, leche, jugo de carne, verduras cocinadas.



Cuando el niño y la niña enferman se debe continuar con la lactancia pues la leche de la madre les ayuda a mejorar en sus enfermedades.



Al wawa se le da la leche materna desde 5 veces al día hasta las veces que el lo pida.



ALIMENTACIÓN DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

Las verduras dentro de la alimentación nos aportan una gran cantidad de vitaminas y minerales ayudándonos a tener limpio el estómago.

El Nutriñia es un alimento que es gratis y que tiene muchas vitaminas para que el niño y la niña crezcan sanos y fuertes.



Los niños no deben comer solos, se les debe vigilar que coman todo lo que se les preparó. Se les debe acompañar y ayudar a comer los distintos alimentos para que coman más y mejore su salud.

Cuando los wawas enferman de diarrea se les debe dar coladas suaves, casi sin azúcar que vengan a reforzar el estómago y evitar la deshidratación.



A los niños y niñas se les debe dar de comer 5 veces al día, las 3 comidas principales y colaciones a la media tarde y media mañana.



Higiene	
<p>El lavado de manos antes de cocinar, servir o comer impide las enfermedades que maltratan y debilitan la salud de los infantes.</p> 	<p>Lavar vigorosamente los trastes sucios después de su utilización con abundante agua y cepillo.</p> 
<p>El agua hervida es la única apta para el nuestro consumo, ya que evita las enfermedades.</p> 	<p>Una casa limpia no debe mantener animales adentro ya que estos atraen enfermedades y roedores que son peligrosos para la salud de la familia.</p> 
<p>Una casa limpia, aseada, y en orden, aunque no tenga cosas de mucho valor, trae bienestar, salud y alegría a quienes viven y la visitan.</p> 	<p>La persona que cuida de su aseo personal mediante la muda de ropa diaria y el baño frecuente evita malos olores y enfermedades.</p> 

Atencion en salud y Cuidados			
<p>Hay que llevar al niño y niña al centro de salud a ponerse sus vacunas y sus refuerzos para que no contraiga enfermedades peligrosas que pueden enfermarlo para siempre.</p> 	<p>Cuando al niño y niña lleva enfermo 3 días o más se lo debe llevar a un control de salud. Es importante que los dos padres, mamá y papá lleve al centro de salud al niño/niña cuando este lo necesite.</p> 	<p>Cuando los niños y las niñas tienen fiebres altas, no se levantan de la cama, están decaídos, no mejoran de sus enfermedades después de 3 días de tratar de curarles corren el riesgo de morir.</p> 	<p>Se debe notar cualquier cambio en el comportamiento del niño/niña porque esto puede mostrar que esta enfermo/a de algo que podría ser grave</p> 
<p>Al niño y niña no se le debe dejar solo en casa junto a objetos que puedan herirlo.</p> 	<p>Después de las enfermedades como gripe o tos se debe seguir cuidando a los niños y niñas del frío mediante bebidas calientes y protegiéndolos del clima.</p> 	<p>Después de enfermedades como la diarrea se debe seguir por un tiempo dándoles alimentos blandos y observar que se alimente bien sin que deje de comer.</p> 	