

**UNIVERSIDAD AMAZONICA DE PANDO**  
**PROGRAMA DE ENFERMERIA**



**MEDIDAS EDUCATIVAS A LAS MADRES DE FAMILIA SOBRE  
LOS CUIDADOS QUE DEBE TENER PARA EVITAR LA  
DESNUTRICIÓN EN LOS NIÑOS/AS MENORES DE 2 AÑOS EN  
LA COMUNIDAD DE BLANCA FLOR.**

GESTIÓN 2009

*Por:*

INTERNO: CLEONILSON ALVES DA SILVA

COORDINADORA DEL INTERNATO ROTATORIO SERVICIO  
SOCIAL RURAL Y OBLIGATORIO.

LIC. ERCILIA LLANOS FAJARDO

TUTORA DEL ESTUDIO

LIC. MONICA ANTERZANA

SAN LORENZO – PANDO – BOLIVIA

OCTUBRE DE 2009.

## *AGRADECIMIENTO*

*Quiero agradecer sinceramente aquellas personas que me brindaron apoyo e colaboración en la elaboración del presente trabajo de campo.*

*A Dios, el gran donador y mantenedor de la vida, por brindarme sabiduría y valor para alcanzar mis objetivos realizando este estudio.*

*A mi querida esposa e hijos (Noemí, Lucas y Luanny) por la cooperación, paciencia y comprensión mientras preparaba este trabajo.*

*A mi tía Carmen (Maria Vaca) por su amistad y constante motivación para seguir adelante.*

*A las madres de familias de la comunidad de Blanca Flor por colaborar en la recolección de los datos de mi estudio.*

*A mis amigos(as) del centro de salud Blanca Flor por recibirme brindando su amistad, confianza y apoyo.*

*A lic. Ercilla, porque mas que una docente... fue una gran amiga.*

*A lic. Mónica Antezana por demostrar interés en mi trabajo brindándome su colaboración y paciencia...gracias!*

## **DEDICATORIA**

*Dedico este presente trabajo a mi querida esposa y hijos (Noemí, Lucas y Luanny) porque son mi razón y motivación de lograr mis metas, porque al final todo lo que hago es por ellos y para ellos.*

## **PAGINAS PRELIMINARES**

IDENTIFICACIÓN  
AGRADECIMIENTO  
DEDICATORIA  
INDICE GENERAL  
INDICE DE CUADROS Y GRAFICOS  
INDICE DE ANEXOS  
INDICE DE ANEXOS DEL PERFIL  
INTRODUCCION  
ANTECEDENTES

	<b>Pág.</b>
<b>CAPITULO I</b>	
PROBLEMA CIENTIFICO.....	1
PREGUNTA METODOLOGICA.....	1
OBJETO DE ESTUDIO.....	1
OBJETIVO GENERAL.....	1
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	1
JUSTIFICACION.....	2
<b>CAPITULO II</b>	
MARCO TEÓRICO.....	3
HIPOTESIS.....	18
VARIABLES.....	18
VARIABLE DEPENDIENTE.....	18
VARIABLE INDEPENDIENTE.....	18
OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES	18
<b>CAPITULO III</b>	
DISEÑO METODOLOGICO: (universo, muestra, tipo de est. métodos, técnicas).....	19
NOVEDAD CIENTÍFICA.....	21
SIGNIFICACIÓN PRACTICA.....	21
PROPUESTA.....	22
PLAN DE ACCION.....	23

CRONOGRAMA.....	26
PRESUPUESTO.....	28

**CAPITULO IV  
PRESENTACION, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN  
DE LOS RESULTADOS**

	Pág.
PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	29
a. Descripción del lugar de estudio.....	29
b. Análisis estadístico (cuadros estadísticos).....	35
DISCUSION DE LOS RESULTADOS.....	52
CONCLUSIONES.....	54
RECOMENDACIONES.....	55
BIBLIOGRAFÍA SELECCIONADA.....	56

**ANEXOS**

<b>CUADRO 1</b>	<b>RESPUESTAS DE LAS MADRES DE LA COMUNIDAD DE BLANCA FLOR A LA PREGUNTA ¿PARA QUE SE REALIZA CONTROL A LOS NIÑOS EN UNA UNIDA DE SALUD?</b>	35
<b>CUADRO 2</b>	<b>RESPUESTA DE LAS MADRES DE LA COMUNIDAD DE BLANCA FLOR A LA PREGUNTA ¿HASTA QUE EDAD EL NIÑO/A DEBE ASISTIR A SU CONTROL DE DESARROLLO Y CRECIMIENTO?</b>	36
<b>CUADRO 3</b>	<b>RESPUESTAS DE LAS MADRES DE LA COMUNIDAD</b>	37

**DE BLANCA FLOR A LA PREGUNTA ¿ CUAL LA EDAD  
ADECUADA EN UN NIÑO PARA INICIAR LA  
ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA?**

<b>CUADRO 4</b>	<b>RESPUESTA DE LAS MADRES DE LA COMINIDAD DE BLANCA FLOR A LA PREGUNTA ¿CUANTAS VECES DEBE ALIMENTARSE EL NIÑO/A MAYOR DE 6 MESES DURANTE EL DÍA?</b>	<b>38</b>
<b>CUADRO 5</b>	<b>INGRESO ECONÓMICO POR FAMILIA/MES DE LOS NIÑOS/AS MENORES DE 2 AÑOS DE LA COMUNIDAD DE BLANCA FLOR.</b>	<b>39</b>
<b>CUADRO 6</b>	<b>TIPO DE ABASTECIMIENTO DE AGUA UTILIZADOS POR LAS FAMILIAS DE LOS NIÑOS/AS MENORES DE 2 AÑOS DE LA COMUNIDAD DE BLANCA FLOR.</b>	<b>40</b>
<b>CUADRO 7</b>	<b>NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LAS MADRES DE LOS NIÑO/AS MENORES DE 2 AÑOS DE LA COMUNIDAD DE BLANCA FLOR.</b>	<b>41</b>
<b>CUADRO 8</b>	<b>TIPO DE OCUPACIÓN DE LOS PADRES DE LOS NIÑOS/AS MENORES DE 2 AÑOS DE LA COMUNIDAD DE BLANCA FLOR.</b>	<b>42</b>
<b>CUADRO 9</b>	<b>ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES QUE AFECTAN A LAS FAMILIAS DE LOS NIÑOS/AS MENORES DE 2 AÑOS DE LA COMUNIDAD DE BLANCA FLOR.</b>	<b>43</b>

<b>CUADRO 10</b>	<b>CLASIFICACION DEL ESTADO NUTRICIONAL PESO/TALLA EN NIÑOS/AS MENORES DE 2 AÑOS DE LA COMUNIDAD DE BLANCA FLOR.</b>	44
<b>CUADRO 11</b>	<b>CLASIFICACION DEL ESTADO NUTRICIONAL TALLA/EDAD EN NIÑOS/AS MENORES DE 2 AÑOS DE LA COMUNIDAD DE BLANCA FLOR.</b>	45
<b>CUADRO 12</b>	<b>CLASIFICACION DEL ESTADO NUTRICIONAL PESO/TALLA EN NIÑOS/AS DE 0 A 6 MESES DE LA COMUNIDAD DE BLANCA FLOR.</b>	46
<b>CUADRO 13</b>	<b>NIÑOS/AS MENORES DE 2 AÑOS QUE ASISTEN A SU CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE ACUERDO A SU EDAD DE LA COMUNIDAD DE BLANCA FLOR.</b>	47
<b>CUADRO 14</b>	<b>NIÑOS/AS &gt;6 MESES QUE RECIBIERON DOSIS COMPLETAS DE MICRO NUTRIENTES – VITAMINA “A” DE LA COMUNIDAD DE BLANCA FLOR.</b>	48
<b>CUADRO 15</b>	<b>NIÑOS/AS QUE RECIBIERON DOSIS COMPLETA DE CHISPITAS HASTA SU 1ER. AÑO DE LA COMUNIDAD DE BLANCA FLOR.</b>	49
<b>CUADRO 16</b>	<b>NIÑOS/AS MENORES DE 2 AÑOS QUE RECIBIERON TRATAMIENTO PARA DESNUTRICION DE LA COMUNIDAD DE BLANCA FLOR.</b>	50

## RESULTADOS DE SEGUIMIENTO DE NIÑOS/AS

### CUADRO 17 MENORES DE 2 AÑOS CON DESNUTRICIÓN AGUDA LEVE DE LA COMUNIDAD DE BLANCA FLOR. 51

#### INTRODUCCIÓN

El presente estudio, trata de determinar el grado de conocimiento de las madres de familias sobre los factores que inciden para la presencia de la desnutrición en la comunidad de Blanca Flor en el periodo de Junio-Agosto de la gestión 2009 y buscar soluciones bajo objetivos alcanzables con una propuesta educativa en base a los resultados del estudio.

En los siguientes capítulos podemos observar el desarrollo de este trabajo, desde los antecedentes donde demuestra la desnutrición desde el ámbito mundial, de la América latina, llegando a nuestro país Bolivia, afectando uno de cada tres niños menores de 5 años.

El tipo de estudio que se utilizó fue; descriptivo, buscando especificar las características y perfiles importantes de las personas de las comunidades sometida al análisis, cuantitativo, porque se basó en número de población en estudio, prospectivo, porque se registraron datos en el periodo de enero a agosto, y Analítico/explicativo buscando los factores que inciden en la desnutrición aguda en niños/as menores de 2 años, utilizando la técnica de encuesta y se trabajó con una muestra de 28 niños/as menores de 2 años, que hace un 100%.

Con los resultados de este estudio, se puede comprobar claramente que la desnutrición de la niñez se encuentra arraigada en los hogares más pobres y aislados, donde existe inseguridad alimentaria; prácticas de alimentación y nutrición inapropiadas, enfermedades infecciosas recurrentes y donde el nivel educativo de las personas, responsables del cuidado de los niños y niñas, es bajo.

Se espera que el estudio planteado ayude a identificar los principales factores que favorecen a la desnutrición infantil y buscar acciones de educación y concientización en el cuidado con la alimentación de los niños/as para que así disminuya la incidencia de desnutrición en los niños/as menores de 2 años de la comunidad de Blanca Flor.

## **ANTECEDENTES**

A nivel mundial existen 480 millones de personas que sufren desnutrición crónica, aproximadamente el 10.5% de la población mundial. En América Latina, más del 50% de los niños menores de 6 años sufren de desnutrición. Bolivia con una población cercana a los 8 millones de habitantes, sufre desnutrición en un 46.5% de población infantil.

A nivel mundial existen 840 millones de personas que sufren desnutrición crónica.- El informe estadístico de la Infancia 2000 informa que en los últimos 20 años aumentó a 1200 millones, es decir, una de cada 5 personas, incluidos unos 600 millones de niños, viven en lugares aislados en la pobreza.

En América Latina, casi el 40 % de las familias vive en la extrema pobreza crítica, aproximadamente 60 millones de niños pertenecen a esas familias y el 20% de las familias vive en un estado de pobreza absoluta.

En la actualidad, en América Latina, más del 50 % de los niños menores de 6 años presentan algún grado de desnutrición. Ahora, el 41% de estos niños sufren retardo de crecimiento.

Según la UNICEF, la mortalidad infantil en los niños menores de 5 años en Bolivia alcanza el puesto Nro. 57 a nivel mundial y, en América Latina, el 2do. después de Haití, que ocupa el primer lugar. Para el pueblo y el Gobierno de Bolivia, la salud y la nutrición de los niños y niñas tienen una elevada prioridad.

La desnutrición crónica, que afecta a más de 350,000 niños menores de 5 años, es el producto de profundas inequidades sociales que deben ser combatidas con firmeza y de manera sistemática. Claramente, la desnutrición de la niñez se encuentra arraigada en los hogares más pobres y aislados, donde existe inseguridad alimentaria; prácticas de alimentación y nutrición inapropiadas; enfermedades infecciosas recurrentes y donde el nivel educativo de las personas, responsables del cuidado de los niños y niñas, es bajo.

La desnutrición afecta a uno de cada tres niños menores de cinco años en Bolivia y se constituye en la principal barrera para lograr el desarrollo social y económico, esperado en un marco de justicia y equidad. Este problema alcanza niveles elevados en municipios con alta vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria. Adicionalmente, la población boliviana sufre de carencias nutricionales, principalmente hierro, vitamina A, yodo, calcio y otros elementos. Más de la mitad de los hogares de los municipios altamente vulnerables consume una dieta que cubre menos del 90% de las recomendaciones de energía y el 42% no cubre las necesidades de proteínas, pues su dieta no contiene alimentos de calidad.

## **CAPITULO I**

### **PROBLEMA CIENTÍFICO**

Poco conocimiento de las madres de familia sobre los factores que inciden para la presencia de la desnutrición en la comunidad de Blanca Flor. Junio-Agosto de la gestión 2009.

### **PREGUNTA METODOLOGICA**

¿Como concientizar a las madres de familia sobre los cuidados que debe tener para evitar la desnutrición en los niños/as menores de 2 años en la comunidad de Blanca Flor?

### **OBJETO DE ESTUDIO**

Los niños menores de 2 años.

### **OBJETIVOS**

#### **Objetivo General**

Identificar el grado de conocimiento que tienen las madres en los factores que inciden en la presencia de desnutrición en los niños/as menores de 2 años de la comunidad de Blanca Flor en el periodo de junio a agosto de 2009.

#### **Objetivo Especifico**

1. Realizar búsqueda activa niños/as menores de 2 años con desnutrición aguda.
2. Efectuar encuesta a las madres para identificar los factores que influyen en la presencia de desnutrición en los niños/as menores de 2 años.
3. Elaborar una propuesta de actividades como respuesta a los factores identificados.

## **JUSTIFICACIÓN**

Blanca Flor es una comunidad en pleno desarrollo, donde se puede ver claramente la pobreza y la falta de seguridad alimentaría en las familias, por eso es propensa la proliferación del problema tipo nutricional.

Al realizar este trabajo de investigación no encontré dificultad para hacerlo por lo que no necesite gran costo económico y por la colaboración de la población de la comunidad en recolección de los datos.

El tema es pertinente porque la desnutrición ha sido preocupación prioritaria para el Ministerio de Salud y Deportes a fin de disminuir las cifras de mortalidad infantil en nuestro país, Bolivia.

Esperamos que el estudio planteado ayude a conocer los factores que inciden en la presencia de desnutrición de niños/as menores de 2 años, y que el personal de salud actue a fuera del centro, o sea a la comunidad, en contacto directo con las familias promoviendo los buenos habitos alimentares por medios de charlas educativas haciendo demostraciones practicas y con la participación activa intersectorial con compromiso de las autoridades municipales en la dotación de infraestructura especial ( UNI ) y el requerimiento de personal capacitado en el ámbito de desnutrición por parte de SEDES, para el tratamiento de estos niños/as, realizando seguimiento oportuno y precoz, así se lograra entregar a la comunidad, niños y niñas con un buen estado nutricional, psicomotor e intelectual, para que tengan un optimo rendimiento en los estudios ,asegurando su futuro.

## **MARCO TEÓRICO**

### **Definición Seguridad Alimentaria y Nutricional**

"El estado en el cual todas las personas gozan, en forma oportuna y permanente, de acceso a los alimentos que necesitan, en cantidad y calidad para su adecuado consumo y utilización biológica, garantizándoles un estado de bienestar que coadyuve al desarrollo humano".

El Sector Salud de la Región Centroamericana definió la Seguridad Alimentaria y Nutricional en un sentido amplio, tomando en consideración la cadena agroalimentaria nutricional. En su definición se considera al medio ambiente, al recurso hídrico, el sistema productivo agroalimentario, el acceso y la economía familiar, las estrategias de sobrevivencia de la población más vulnerable, el consumo alimentario, su aprovechamiento biológico y el logro de la adecuación nutricional, pre requisito de un desarrollo humano integral y sostenible.

### **Seguridad / Inseguridad Alimentaria Nutricional**

Los pilares básicos de La Seguridad Alimentaria y Nutricional son la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y consumo, y la utilización biológica de los alimentos. Los alimentos, de adecuada calidad, deberían estar disponibles en cantidades suficientes para 100 por ciento de la población. Para ciertos grupos, sin embargo, la condición de inseguridad alimentaria esta determinada por la falta de disponibilidad de alimentos de adecuada calidad. En otros grupos de población esos alimentos pueden estar disponibles, pero no todos tienen acceso a los mismos debido a limitaciones económicas, de distribución y otras. Además de la disponibilidad y accesibilidad existen factores de carácter cultural, social, educativo y biológico que afectan la aceptabilidad, consumo y aprovechamiento biológico de los alimentos.

Considerando la íntima relación de dependencia existente entre los eslabones de esta cadena agroalimentaria nutricional, desde la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y consumo hasta la utilización biológica de los alimentos puede concluirse que son todos necesarios, pero aisladamente no suficientes, para garantizar la adecuación nutricional de individuos y poblaciones. Se requiere la integración de las acciones promovidas en cada uno de estos pilares para lograr de manera sostenible la Seguridad Alimentaria y Nutricional en países en desarrollo, además del aseguramiento de condiciones ambientales adecuadas.

### **Medición de Logros**

La Seguridad Alimentaria y Nutricional así entendida no solo consiste en la corrección de las condiciones de inseguridad alimentaria y nutricional, sino que también debe garantizarse su sostenibilidad y contribución a la óptima adecuación nutricional y logro del desarrollo humano sostenible en la región.

En base a lo anterior consideramos importante insistir en características claves de esta propuesta:

- Es una iniciativa que, implementada al más corto plazo, debe establecerse como Política Regional y de Estado por un mediano a largo plazo. Los países que han mostrado éxito en la promoción de la Seguridad Alimentaria y Nutricional han mantenido políticas sostenidas de Estado por 20 a 30 años, independiente de cambios de Gobiernos.
- Debe atenderse las causas subyacentes y básicas -estructurales- de la Inseguridad Alimentaria y Nutricional, además de las manifestaciones. Adicionalmente, los programas asistenciales deben organizarse teniendo en mente una pronta reinserción de las familias afectadas en el mercado productivo y del desarrollo.
- Requiere la participación informada y activa de la sociedad civil, concertada con la iniciativa privada y el sector público, promoviéndose en

conjunto el ordenamiento y la optimización de la inversión social v productiva.

### **La Iniciativa de Seguridad Alimentaría y Nutricional**

Existen obstáculos y oportunidades que afectaran en el futuro próximo la capacidad de la población para alcanzar un estado de Seguridad Alimentaría y Nutricional, entre los cuales destacan:

- Crecimiento de la población
- Migración rural a áreas urbanas
- Deterioro del medio ambiente
- Déficit en la suficiencia alimentaría
- Pobreza y pobreza extrema - asociada a hambre – incrementándose el desempleo y subempleo
- Reducción del poder de compra de la población, principalmente de la canasta básica de alimentos
- Incremento de problemas sanitarios y de la prevaecía de enfermedades infecciosas y de las crónicas no transmisibles que afectan el estado nutricional
- Acceso limitado a programas integrados de educación, salud, agricultura y otros
- Reducción de la inversión social publica
- Practicas alimentarias y estilos de vida inadecuados
- Globalización de la economía, finanzas, disponibilidad alimentaría
- Reforma del Estado
- Descentralización y fortalecimiento de los gobiernos locales
- Desarrollo de la conceptualización de la pobreza y el desarrollo
- Importancia creciente de la nutrición, salud, educación y derechos humanos en el logro del desarrollo humano sostenible y formación del capital humano

## **Seguridad Alimentaria y Nutricional**

Los países centroamericanos han propuesto que las Políticas y Leyes sobre Seguridad Alimentaria y Nutricional tengan carácter regional y de Estado, a modo de garantizar su operacionalización y efectos a corto, mediano y largo plazo.

Retos y oportunidades se plantean para el futuro de esta iniciativa, como las que ha estado enfrentando la región Centroamericana y que da validez a la importancia que pueden tener estos obstáculos y factores facilitadores. Sin embargo, basado en la evidencia puede aseverarse que su pronta operacionalización en la región y países miembros, tendrá importantes beneficios para la presente y futuras generaciones.

En la comunidad de Blanca Flor existen obstáculos y oportunidades que afectan la seguridad alimentaria de la población, porque no gozan en forma oportuna y permanente, de acceso a los alimentos que necesitan, en cantidad y calidad para su adecuado consumo llevando a presentar lo que podemos decir una inseguridad alimentaria, por pertenecer de un municipio en desarrollo presentando bajo recursos, reduciendo el poder de compra de la población, principalmente de la canasta básica de alimentos, aumento de problemas sanitarios y de la prevalencia de enfermedades infecciosas que afectando el estado nutricional de los niños/as sumado a las prácticas alimentarias y estilos de vida inadecuados.

### **La desnutrición**

La desnutrición en sus diversas formas es la más común de las enfermedades. Sus causas se deben en general a deficientes recursos económicos o a enfermedades que comprometen el buen estado nutricional. Según el manual internacional de clasificación de enfermedades es una complicación médica

posible pero que puede prevenirse y que tiene impacto muy importante sobre el resultado de los tratamientos.

Hoy en día la desnutrición es aceptada como un factor común en la práctica clínica que tiene como consecuencias un aumento en el tiempo de estancia hospitalaria, morbilidad y mortalidad en los pacientes hospitalizados, debido al alto riesgo de complicaciones como infecciones, flebitis, embolismo pulmonar, falla respiratoria, baja cicatrización de heridas y fístula que estos sufren. Como consecuencia, la estancia hospitalaria y los costos de la terapia se incrementan significativamente.

El estado nutricional en condiciones normales es la resultante del balance entre lo consumido y lo requerido, lo cual está determinado por la calidad y cantidad de nutrientes de la dieta y por su utilización completa en el organismo. En los últimos años se le había restado importancia a la valoración nutricional de los pacientes, ya que los parámetros hasta ahora desarrollados no han sido aprobados debido a que en algunos casos se ven afectados por la respuesta a la enfermedad per se, además de representar una relación costo-beneficio importante para el paciente. Pero ahora debido al impacto que tiene la nutrición en la evolución clínica, se ha acrecentado el interés por encontrar un marcador preciso de mal nutrición.

La valoración nutricional debe formar parte integral de toda evaluación clínica con el fin de identificar pacientes que requieren un soporte nutricional agresivo y temprano con el fin de disminuir los riesgos de morbimortalidad secundarios a la desnutrición preexistente en los pacientes hospitalizados.

### **Definición**

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

La desnutrición es la enfermedad provocada por el insuficiente aporte de combustibles (hidratos de carbono - grasas) y proteínas. Según la UNICEF, la desnutrición es la principal causa de muerte de lactantes y niños pequeños en países en desarrollo. La prevención es una prioridad de la Organización Mundial de la Salud.

### **Nombres alternativos**

Nutrición inadecuada

### **Causas**

- Disminución de la ingesta dietética.
- Malabsorción.
- Aumento de los requerimientos, como ocurre por ejemplo en los lactantes prematuros, en infecciones, traumatismo importante o cirugía.
- Psicológica; por ejemplo, depresión o anorexia nerviosa.

La desnutrición se puede presentar debido a la carencia de una sola vitamina en la dieta o debido a que la persona no está recibiendo suficiente alimento. La inanición es una forma de desnutrición. La desnutrición también puede ocurrir cuando se consumen los nutrientes adecuadamente en la dieta, pero uno o más de estos nutrientes no es/son digerido(s) o absorbido(s) apropiadamente.

La desnutrición puede ser lo suficientemente leve como para no presentar síntomas o tan grave que el daño ocasionado sea irreversible, a pesar de que se pueda mantener a la persona con vida.

A nivel mundial, especialmente entre los niños que no pueden defenderse por sí solos, la desnutrición continúa siendo un problema significativo. La pobreza, los desastres naturales, los problemas políticos y la guerra en países como Biafra, Somalia, Ruanda, Iraq y muchos otros más han demostrado que la desnutrición y el hambre no son elementos extraños a este mundo.

## **Clasificación clínica**

Se manifiesta en 3 enfermedades:

Marasmo: déficit de proteínas y energía

Kwashiorkor: sólo falta de proteínas, aporte energético adecuado

Kwashiorkor marásmico: mixta

### **Características del Marasmo:**

- Apariencia muy delgada, emaciada
- Debilitamiento muscular evidente y pérdida de grasa corporal
- Habitualmente se manifiesta en menores de 18 meses de edad
- Piel arrugada, caída del cabello, apatía
- Sin edemas

### **Características del Kwashiorkor :**

Edema: "esconde" la importante emaciación de los tejidos subyacentes

Habitualmente se da entre los 2-4 años de edad

Descamación de la piel

Despigmentación del cabello

Abdomen distendido

Apatía

## **Síntomas**

Los síntomas varían de acuerdo con cada trastorno específico relacionado con la desnutrición. Sin embargo, entre los síntomas generales se pueden mencionar: fatiga, mareo, pérdida de peso y disminución de la respuesta inmune.

## **Signos y exámenes**

Los exámenes dependen del trastorno específico y en la mayoría de las intervenciones se incluye una evaluación nutricional y un análisis de sangre.

## **Tratamiento**

Generalmente, el tratamiento consiste en la reposición de los nutrientes que faltan, tratar los síntomas en la medida de lo necesario y cualquier condición médica subyacente.

## **Expectativas (pronóstico)**

El pronóstico depende de la causa de la desnutrición. La mayoría de las deficiencias nutricionales se pueden corregir; sin embargo, si la causa es una condición médica, hay que tratar dicha condición con el fin de contrarrestar la deficiencia nutricional.

## **Complicaciones**

Si la desnutrición no se trata, puede ocasionar discapacidad mental y física, enfermedades y posiblemente la muerte.

## **Situaciones que requieren asistencia médica**

Se recomienda discutir con el médico el riesgo de presentar desnutrición. Sin embargo, se debe buscar tratamiento si se experimenta cualquier cambio importante en el funcionamiento corporal. Los síntomas son, entre otros: desmayos, ausencia de la menstruación, deficiencia de crecimiento en los niños, caída rápida del cabello.

## **Prevención**

Ingerir una dieta bien balanceada y de buena calidad ayuda a prevenir la mayoría de la formas de desnutrición.

## **Conclusiones del UNICEF Infancia 2002**

UNICEF dice que la situación de los chicos no mejoró según las metas previstas.

Los siete objetivos propuestos para los últimos diez años, elaborados por la Cumbre de la Infancia de 1990, no se cumplieron totalmente. Siguen altos los índices de desnutrición y mortalidad.

Los esfuerzos para bajar la mortalidad infantil, aumentar los niveles de vacunación y lograr que todos los chicos vayan a la escuela no fueron suficientes en los últimos diez años. Así lo indica el último informe de UNICEF titulado "Estado de la infancia 2002, nacimiento y promesas rotas", que se ocupa de la situación de la infancia. En el mundo viven 2.100 millones de chicos, el 35 por ciento de la población total. Anualmente nacen 129 millones. Uno de cada 12 muere antes de cumplir los 5 años por causas previsibles, 1 de cada 4 vive en estado de extrema pobreza, 100 millones - el 60 % son niñas - no van a la escuela, 149 millones están desnutridos

En general, la vida de los chicos en países subdesarrollados se caracteriza por la desatención y la violencia, un panorama que cambia en los países industrializados.

El informe de UNICEF debía difundirse en una sesión especial de las Naciones Unidas, pero se postergó por el atentado terrorista contra el World Trade Center. La sesión estaba prevista en Nueva York desde el 19 al 21 de setiembre.

Carol Bellamy, directora ejecutiva de UNICEF, comentó que 11 años después de la última reunión cumbre mundial sobre la infancia, "los niños están más sanos ahora que en 1990, cuando morían por causas previsibles. Mejoraron las políticas de vacunación, el acceso al agua potable y la erradicación de la poliomielitis.

En 1990 se habían fijado siete objetivos a alcanzar en el año 2000. El último informe hace un balance de la situación. La primera meta era reducir la mortalidad infantil y la mortalidad de niños menores de 5 años un 33 por ciento. Se logró una reducción general del 14 por ciento y se salvaron así 3.000.000 de vidas. Hubo 63 países que lograron esta meta pero los desniveles son enormes: 172 muertes por 1.000 nacidos vivos en África subsahariana, 6 por 1000 en los países industrializados, 38 en América Latina y el Caribe. La segunda meta era reducir en un 50 por ciento la tasa de mortalidad de las madres. En esto no se advierte ningún cambio, dice UNICEF, ya que anualmente mueren 515.000

mujeres complicaciones en el embarazo o en el parto. La tasa mundial es de 1 muerte cada 75 mujeres embarazadas o parturientas. La tercera meta era reducir la desnutrición grave y moderada entre los menores de 5 años en un 50 por ciento. La reducción fue de 17 por ciento en los países en desarrollo, pero "el objetivo se ha logrado con creces en América del Sur". La cuarta meta era lograr que todo el mundo tuviera acceso al agua potable. El aumento fue de tres puntos, pasando de 79% de la población mundial (4.100 millones) a 82% (5.000 millones). Pero UNICEF dice que "aún hay 1.100 millones de personas que carecen de este servicio". La quinta meta era conseguir que el mundo pudiera disponer de servicios sanitarios capaces de eliminar todos los excrementos. La mejora desde 1990 fue del 5 por ciento. Hoy el 60 por ciento de la población tiene este servicio, pero no lo tienen 2.400 millones de personas.

La sexta meta era que el 80 por ciento de los niños tuviera acceso a la educación básica y pudiera terminar la escuela primaria. Se advierte un aumento y ya bajó la brecha entre varones y niñas. Pero aunque la tasa neta de chicos matriculados aumenta a un ritmo mayor que el crecimiento demográfico, todavía hay 100 millones de niños sin escolarizar. En América Latina y el Caribe la escolarización primaria es del 94 por ciento, mientras el promedio mundial es del 82.

La séptima meta era reforzar la protección de los niños en circunstancias especialmente difíciles. Se incluye a los chicos que trabajan, los que combaten en guerras, los encarcelados y los que están obligados a prostituirse. El informe admite que es muy difícil tener información estadística confiable en estos temas, pero dice que hay millones de casos.

"La pobreza, la deuda externa, las guerras, la falta de liderazgo y el sida están revirtiendo los progresos en la política a favor de los niños", según Bellamy. UNICEF indica que de cada 100 niños, 33 no están anotados en el Registro Civil, 27 no han sido vacunados, 39 viven en condiciones sanitarias inadecuadas, 18 no van a la escuela y 17 son analfabetos.

La desnutrición infantil aparece generalmente a partir de los cuatro a seis meses de edad.

Los signos físicos que siempre acompañan a la desnutrición son:

- Déficit del peso y de la estatura que se espera para la edad.
- Atrofia muscular (se observa un desarrollo inadecuado de los músculos).
- Retardo en la pubertad.

Los signos psicológicos que siempre encontramos en la desnutrición son: Alteración en el desarrollo del lenguaje, alteración en el desarrollo motor y alteración en el desarrollo del comportamiento (irritabilidad, indiferencia u hostilidad)

El médico también encuentra cambios en los exámenes sanguíneos y otros hallazgos que indican la cronicidad de la desnutrición y que, en muchos casos, son muy llamativos:

La piel estará seca, áspera y descamándose. Generalmente se observan fisuras en los párpados, labios y en los pliegues de codos y rodillas. Pueden verse lesiones de tipo pequeños hematomas en los casos que el déficit de vitamina C es importante. Si existe una desnutrición severa el niño tendrá los dedos de las manos y los pies muy fríos y azulados debidos a trastornos circulatorios. Generalmente estos niños tendrán lesiones en piel sobreinfectada con bacterias u hongos.

El cabello es seco, quebradizo, de color rojizo (o pajizo) y se desprende fácilmente. Es muy frecuente observar que el cabello del niño tiene varios colores (negruzco en la punta, rojizo en el medio y claro o amarillento en la base de éste) Igualmente, las uñas son muy delgadas y frágiles.

La falta de vitamina A conduce a úlcera en la córnea y puede llevar a la ceguera.

Los niños, paradójicamente, tienen anorexia; crecimiento del hígado (hepatomegalia) y alteración en el ritmo de las deposiciones fecales.

La frecuencia cardíaca está acelerada (taquicardia) y son frecuentes las continuas infecciones respiratorias.

El médico encuentra raquitismo, osteoporosis, escorbuto, debilidad muscular, anemia por falta de hierro o vitamina B12, anemia por falta de ácido fólico, anemia por falta de vitamina C o anemia por infecciones.

Las condiciones de salud que ocasionan desnutrición por una inadecuada absorción o utilización de los nutrientes pueden ser las enfermedades renales crónicas, las enfermedades cardiopulmonares, las enfermedades digestivas, pancreáticas o hepáticas, el cáncer, los errores del metabolismo, etc.

Es muy frecuentes que los niños desnutridos tengan infecciones repetidamente; de hecho, es la principal causa de mortalidad en ellos. Esto es debido a que el déficit de nutrientes altera las barreras de inmunidad que protegen contra los gérmenes y éstos pueden invadir fácilmente. Entre los gérmenes que más frecuentemente atacan a las personas desnutridas están el virus del sarampión, del herpes, de la hepatitis, el bacilo de la tuberculosis y los hongos □.

### **Sobre AIEPI - Nut**

La estrategia AIEPI, tiene una larga historia en Bolivia; son algo más de 10 años, desde que se inició el proceso de implementación de AIEPI. En Bolivia, se desarrollaron los componentes: Mejora de las habilidades del personal de salud (AIEPI Clínico), el cual incluye el AIEPI Neonatal y el de Mejora de las prácticas familiares y comunitarias (AIEPI Comunitario), con el enfoque hacia actores sociales y sus redes.

AIEPI, ha contribuido a la reducción de la mortalidad de la niñez, lo cual es evidente en los resultados de la última Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA 2003). La implementación de AIEPI es nacional ya que su

componente clínico se encuentra incorporado en el Sistema de Aseguramiento Público (Seguro de Maternidad y Niñez, 1996-1998, Seguro Básico de Salud, 1998-2002 y el Seguro Universal de Salud, 2003-2007). Sin embargo, AIEPI no ha sido ajena a los problemas inherentes a un sistema de salud débil, por ejemplo redes de referencia y contrarreferencia poco desarrolladas, sistema de seguimiento y monitoreo con baja cobertura, constante rotación del personal de salud capacitado y otros.

A inicios del año 2006, la Sra.Ministra de Salud y Deportes –Dra.Nila Heredia-, con un fuerte respaldo del Poder Ejecutivo, propuso al país la meta “Desnutrición Cero”, reconociendo la grave problemática nutricional de los niños, niñas y embarazadas y la necesidad de implementar acciones urgentes, eficaces y coordinadas. De ésta manera se lanzó un enorme desafío al Sector Salud y a otros sectores que tienen que ver con los determinantes de la desnutrición.

Como respuesta al desafío lanzado, las unidades nacionales de Nutrición y Servicios de Salud, definieron que la estrategia más apropiada para enfrentar la problemática nutricional de los menores de 5 años, era AIEPI. Los fundamentos que respaldaron esta decisión fueron: Los componentes clínico y comunitario de AIEPI, estaban difundidos en todo el territorio nacional; existían una variedad de materiales que permitían, cuando eran aplicados, una atención sistematizada y de calidad, a los niños y niñas, tanto en los establecimientos de salud y en la comunidad; existían personas altamente calificadas y con bastante experiencia en los diferentes aspectos que implica la implementación de la estrategia AIEPI.

Sin embargo, se reconoció la necesidad de fortalecer el enfoque nutricional de AIEPI, considerando que este fortalecimiento debía consistir en una adecuación profunda y no solo superficial, además de actualizada, del contenido técnico de AIEPI.

En abril de 2006, se conformó un pequeño equipo técnico, cuya tarea inicial fue la de adecuar el AIEPI Clínico, de manera que se convierta en la herramienta operativa, desde los establecimientos de salud, para contribuir a la erradicación de la desnutrición. El principal objetivo del equipo técnico fue el de fortalecer las competencias del Personal de Salud del primer nivel para:

1. Promocionar las prácticas nutricionales apropiadas y de eficacia comprobada, con énfasis en momentos críticos
2. Identificar niños/as desnutridos (agudos y crónicos)
3. Manejo diferenciado de la desnutrición aguda y crónica (incluye referencia)
4. Identificar y tratar las enfermedades prevalentes
5. Promocionar el desarrollo y la salud oral

El trabajo de adecuación fue realizado, aproximadamente, en 4 meses, durante los cuales se realizaron varias presentaciones y discusiones con técnicos nacionales e internacionales, incluyendo una validación.

El resultado del mencionado trabajo es el nuevo Cuadro de Procedimientos AIEPI-Nut Clínico, las guías de capacitación, tanto para el participante como para el facilitador y otros productos que permitirán asegurar la aplicación del AIEPI-Nut Clínico (formularios de registro, instrumento de control de calidad de los cursos, instrumento para el seguimiento y monitoreo después de la capacitación, etc.).

### **Los indicadores antropométrico empleados en AIEPI-nut**

#### TALLA

Mide el crecimiento longitudinal, el tamaño del individuo desde la coronilla de la cabeza hasta los pies. Esta medida se toma en niños/as mayores de 24 meses. (Parados y en un tallmetro)

## LONGITUD

Mide el crecimiento longitudinal , el tamaño del del niño desde la coronilla de la cabeza hasta los pies.

Esta medida se toma en niños/as de 0 a 24 meses. (se mide acostado en un infantometro)

## PESO

Medida antropométrica que permite determinar la masa corporal

## PESO/EDAD – mide el estado nutricional GLOBAL

El peso para la edad refleja la masa corporal en relación a la edad cronológica.

Este indicador no discrimina si la desnutrición del niño es aguda o crónica.

## PESO/TALLA- mide el estado nutricional actual

El peso para la talla refleja el peso corporal en relación con la talla.

Si el peso es bajo para la talla, indica que existe un proceso agudo de desnutrición. Es decir que recientemente se ha producido una pérdida.

## TALLA/EDAD – mide el estado nutricional CRONICO

La talla para la edad, refleja el crecimiento lineal alcanzado por el niño o niña de acuerdo a su edad.

Refleja la historia de la alimentación y sus deficiencias o problemas crónicos de salud. Es un indicador que mide la desnutrición crónica su manifestación más evidente es la talla baja.

## HIPÓTESIS

Si implementamos medidas educativas a las madres de familias relacionada con los cuidados en la alimentación y nutrición de los niños/as menores de 2 años disminuiría los casos de desnutrición en la comunidad de Blanca Flor. Durante la gestión 2009.

## VARIABLES

### Variables independientes:

Madres de familia capacitadas en alimentación y nutrición ponen en práctica sus conocimientos en el cuidado y alimentación de su familia y particularmente en los niños menores de 2 años.

### Variable dependiente:

Disminución de la Incidencia de desnutrición en niños y niñas menores de 2 años.

## OPERATIZACION DE VARIABLES

DIMENSIÓN	INDICADOR	MEDIDAS	ESCALAS	INSTRUMENTO
Educación	Grado de conocimiento Sobre la desnutrición y alimentación complementaria	Evaluación	<ul style="list-style-type: none"><li>• Optimo</li><li>• Bien</li><li>• Satisfactorio</li><li>• Necesita Mejorar</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Guía de observación.</li><li>• Encuesta</li></ul>
Desnutrición	Existencia de niños/as con desnutrición aguda leve en la comunidad de Blanca Flor	Búsqueda activa y análisis en libro de SNIS	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tiene desnutrición.</li><li>• No tiene desnutrición</li></ul>	Parámetros de la curva de crecimiento del AIEPI – Nut

## **UNIVERSO Y MUESTRA.**

**EL UNIVERSO:** Esta representado por 28 niños/as menores de 2 años de la comunidad de Blanca Flor.

**LA MUESTRA:** Constituye el 100 % del total del universo que representa 28 niños y niñas menores de 2 años de la comunidad de Blanca Flor.

## **TIPO DE ESTUDIO.**

El tipo de estudio que se realizara será descriptivo, busca especificar las características y perfiles importantes de personas, grupos o comunidades que se someta a un análisis, cuantitativo, porque se basara en número de población en estudio, prospectivo, porque se registraran datos en el periodo de enero a agosto, Analítico/explicativo para buscar los factores que inciden en la desnutrición aguda en niños/as menores de 2 años.

## **TECNICAS E INSTRUMENTOS.**

### **Técnicas:**

#### **Observación**

Es una técnica que consiste en observar atentamente el fenómeno, hecho o caso, tomar información y registrarla para su posterior análisis. La observación es un elemento fundamental de todo proceso investigativo; en ella se apoya el investigador para obtener el mayor numero de datos. Gran parte del acervo de conocimientos que constituye la ciencia a sido lograda mediante la observación.

**Encuesta:** Es una técnica destinada a obtener datos de varias personas cuyas opiniones impersonales interesan al investigador.

Se utilizo a través de 9 preguntas cerradas con las madres de familias en la comunidad de Blanca Flor.

La estructuración de la encuesta responderá a:

Identificar el grado de conocimiento de las madres sobre el cuidado en la alimentación complementaria de los niños/as menores de 2 años y los factores que influyen en la desnutrición.

Se utilizaron formulario de seguimiento y los parámetros de la curva de crecimiento del AIEPI – Nut Ministerio de Salud y Deportes “Desnutrición Cero” aprobado por la Organización Mundial de la Salud(OMS) 2006 para evaluar el estado nutricional de la población objeto de estudio.

## **NOVEDAD CIENTÍFICA.**

A pesar de no ser el primero estudio realizado en este tema por los estudiantes de de la Universidad Amazónica de Pando, programa de enfermería, se ha podido identificar el bajo grado de conocimiento de parte de las madres de familias en cuanto a los cuidados en la alimentación de sus hijos para prevenir la desnutrición, aun que este no es el único factor presente en la incidencia de desnutridos en la comunidad de Blanca Flor.

## **SIGNIFICANCIA PRÁCTICA**

Esta investigación ofrece una amplia experiencia en lo que corresponde a la desnutrición infantil, a organización de sesiones educativas, a gestionar, administrar ante autoridades municipales y de salud, comunicación expresión oral y liderazgo. Donde brinda beneficios a nosotros como estudiantes de la Universidad Amazónica de Pando, las madres de familias que puedan ofrecer a sus hijos un mejor cuidado en la alimentación y asistencia a la unidad de salud. Así también se pueda motivar la realización de otra investigación de ámbito más profundo y amplió sobre la temática “desnutrición infantil y capacitación a las madres”.

## **COMPONENTE DE LA PROPUESTA**

### **EDUCACIÓN:**

La educación popular es una manera en que los grupos y clases sociales aprenden a reflexionar e interpretar críticamente sus propias formas de vida.

La educación popular se puede definir como una labor educativa diseñada para fomentar el sentido crítico de sus participantes y para permitir que tomen conciencia de cómo las experiencias personales de un individuo están conectadas con problemas sociales de índole más generalizada. Se intenta dotar de mejor conocimiento a las participantes para actuar y cambiar la situación por medios de sesiones educativas a través de una enseñanza mas precisa y mas práctica de la forma correcta de como deben manipular los alimentos al prepáralos, los alimentos que tienen en la región y como utilizarlos.

A través de los seguimientos evaluar se las madres de familias están poniendo en práctica lo que aprenderán en el proceso educativo propuesto.

Para alcanzar el objetivo de la propuesta, las sesiones educativas serán coordinadas en conjunto al “club de madres” invitando a todas las madres de la comunidad y en coordinación con la alcaldía municipal para tener acceso al auditorium y equipos así como computadora, proyector y ecran, para poder desarrollar los temas.

## PLAN DE ACCIÓN




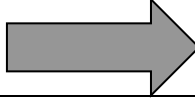
**BENEFICIARIOS:** Madres de familias de Blanca Flor.


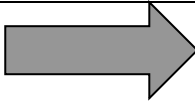


COMPONENTES	TEMA	OBJETIVO	CONTENIDO	METODOLOGIA Y MEDIOS	N° DE PARTICIPA NTES	FECHA
Charla educativa sobre alimentacion complementaria	La importancia de la alimentacion complementaria	Prevenir la desnutrición aguda y crónica en niños/as menores de 2 años.	-Información sobre los grupos de alimentos. -Consecuencias que produce la carencia de alimentos nutricionales. -Cuando y como empezar la alimentacion complementaria. -cuidados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicativo</li> <li>• Expositivo</li> <li>• Participativo</li> <li>• Proyecciones en data show</li> </ul>	28 madres	

			generales para la alimentación; como ser: limpieza e higiene de los alimentos.			
Charla educativa sobre lactancia materna	Lactancia materna	Fomentar la lactancia exclusiva en los primeros 6 meses.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alimentación de la mujer en el periodo de embarazo.</li> <li>- La importancia del calostro.</li> <li>- Como se produce la leche</li> <li>- Posiciones para dar el pecho.</li> <li>- Diferencias entre un buen y mal agarre.</li> <li>- Afecciones del pecho.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicativo</li> <li>• Expositivo</li> <li>• Participativo</li> <li>• Proyecciones en data show</li> </ul>	28 madres	

COMPONENTES		OBJETIVO		METODOLOGIA Y MEDIOS		
Seguimiento a la capacitacion	-----	Evaluar a las madres se cumplen y ponen en práctica las medidas adecuadas en el cuidado en la alimentación complementaria de sus hijos/as.	-----	-Visitas domiciliarias -Instrumento de observación		

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES  
JUNIO – OCTUBRE 2009**

<b>Nº</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>JUNIO</b>	<b>JULIO</b>	<b>AGOSTO</b>	<b>SEPTIEMBRE</b>	<b>OCTUBRE</b>
<b>1</b>	Coordinar la realización de búsqueda de datos con la dirección del centro de salud y representantes de la comunidad.					
<b>2</b>	Búsqueda activa de niños/as con desnutrición en la comunidad de Blanca Flor.					
<b>3</b>	Capacitación a las madres sobre los temas de lactancia materna y alimentación complementaria					
<b>4</b>	Visitas domiciliarias a niños/as clasificados con					

	desnutrición para realizar educación en alimentación complementaria, entrega de alimento terapéutico (ATLU) y micro nutrientes.					
<b>5</b>	Evaluación final de los resultados.					
<b>6</b>	Finalización del proyecto con la conclusión y recomendación.					
<b>7</b>	Presentación del trabajo de investigación.					

### PRESUPUESTO ESTIMADO.

DESCRIPCIÓN	UNIDAD	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	TOTAL
<b>MATERIAL DE ESCRITORIO</b>				
Cartucho para impresora negro nº 21 HP	Cartucho	01	130 Bs.	130 Bs.
Cartucho para impresora colorido nº 21 HP	Cartucho	01	140 Bs.	140 Bs.
Papel bond (tamaño carta)	Resma	01	50 Bs.	50 Bs.
Fotocopias	Hojas	200	0.25 Bs.	50 Bs.
Encuadernado	Unidad	03	8 Bs.	24 Bs.
<b>TOTAL</b>				<b>394 Bs.</b>

## **CAPUTULO II**

### **PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

#### **1.- PRESENTACION DE LOS RESULTADOS**

##### **a) Descripción del lugar de estudio:**

##### **Ubicación, límites y superficie de la comunidad de Blanca Flor**

La comunidad de Blanca Flor está ubicada en la Provincia Madre de Dios del departamento de Pando, forma parte del municipio de San Lorenzo y es la sede de este municipio, hacia el este se encuentra la localidad de Viña del Río, y el río Beni, hacia el oeste se encuentra la localidad de San Lorenzo, hacia el norte se encuentran las comunidades de Santa María y Naranjal.

##### **Historia de la comunidad de Blanca flor.**

##### **Reseña Historica**

La comunidad de Blanca Flor fue fundada el 15 de Junio de 1953. Donde su primer Alcalde fue el señor Jesús Hurtado Ávila posteriormente fue el señor Luis Salas Paredes.

A mediados del año 1,930 subiendo el río Beni, en la provincia Madre de Dios del departamento de Pando con el auge de la goma y la castaña, un humilde campesino agricultor asienta su casa rústica de hoja de Patajú y Chuchio, junto con su numerosa familia, al introducirse más a la selva se encuentra con pastizales aptos para la cría de ganado; así estableció el simple puerto en el ofrecía sus productos de goma y almendra. Posteriormente llegaron otros como Don Julio Griberth, que atraído por la goma y la almendra hizo negocio con el Sr. Cardozo, empezando con nueve familias; Isaac Medina, Manuel Cárdenas, Ernesto Ascarrúnz, Gaspar Estibares, Justo Quete, Demetrio Didivay, Máximo Beyuma y otras familias nativas de origen Takana, hecho que dio lugar a fundar una pequeña barraca, con el nombre de Blanca flor, el 19 de marzo de 1,938,

motivo a una sementera llena de flores blancas que cubrían un viejo cementerio o sepultura.

El primer centro fue radicado por Don Isaac Medina a orillas del arroyo El Huichi, con el nombre de San José, ubicado a 45 minutos a pie del puerto, Don Juan Vélez por el año 1950 ingresa como socio pero no pudo seguir rentando la propiedad y traer más trabajadores para radicar, y en 1952 los misioneros franciscanos de Miriknoll, de nacionalidad norteamericana llevando la fe religiosa encuentran esta pequeña barraca cuajada de riquezas que ofrecían la goma y la almendra y todo tipo de madera para la que ofertaban su compra.

El padre Félix Macbray se hace cargo de legalizar los trámites de este terreno de 48,000 hectáreas, entrándose al centro de San José, los padres observaban la concentración de los productos que estaban en este centro, donde el padre vivió en una casa rústica y una capilla a orillas del arroyo "El Huicho" donde actualmente existe un mango

Para aquel entonces Blanca flor contaba con 45 familias, que abriendo nuevos caminos y sendas crearon nuevos centros de trabajo productivos. En 1954 emigrantes en busca de trabajo llegan al lugar y al poco tiempo existen 386 familias y más de 758 habitantes. En este tiempo funcionaba una escuelita con el nombre de 3 de febrero con 98 alumnos y dos maestras: Doña Gloria Durán y Mila Suárez ubicado al lado noroeste del arroyo "El Huichi".

### **Instituciones que existen en la comunidad Blanca Flor**

En la comunidad de Blanca Flor se encuentra la alcaldía municipal, donde la autoridad mayor es el alcalde Honorable Mamerto Robledo Ramos. Además, hay un sindicato de la comunidad, donde el presidente es el Señor Demetrio Mariaca M.

La comunidad cuenta con un Centro de Salud de 1º nivel de atención (con salas de internación), la Unidad Educativa, la Defensoría de la niñez y adolescencia, una Iglesia Evangelica y una Católica, Reten Policial, sede social y karaokes como medio de diversión.

### **Recursos físicos del Centro de Salud Blanca Flor**

- Servicio de enfermería y farmacia
- Salas de parto y sala de internación de pediatría y maternidad
- Sala de consulta médica y de odontología
- Sala de malaricos

### **Recursos humanos:**

- Médicos generales
- Odontólogo
- Licenciada en enfermería
- Auxiliares en enfermería
- Técnicos de malaria.

### **Institución de Referencia del Centro de Salud Blanca Flor**

El Centro de Salud Blanca Flor tiene como punto de referencia el Hospital Materno Infantil de Riberalta, con una distancia de 120 Km entre ambos.

Vía de transporte por carretera.

Medio de transporte: Ambulancia.

Tiempo de 3-4 horas. Se necesita pasar por 2 Pontones: Peña Amarilla y Genesguaya.

### **Vías de comunicación**

Las vías de comunicación accesibles son: radio, teléfono y televisión. El servicio básico de iluminación es parcial ( dura de las 19:00 a 22:30).

### **Enfermedades prevalentes en la comunidad**

Al encontrarse en una zona endémica para la Malaria, Leishmania como enfermedades predominantes.

Sin embargo encontramos otras enfermedades como la Hanseniasis (lepra), fiebre amarilla, consideradas también como endémicas, y otras que por el tipo de alimentación y obtención de el agua resulta de por si predecible como la fiebre tifoidea, afecciones cutáneas por bacterias parásitos y hongos, y otras enfermedades parasitarias intestinales. Sin embargo es destacar la planificación de programas de salud dependientes del SUMI, y cobertura del PAI, ya que de acuerdo a perspectivas de salud debe erradicar enfermedades como la tuberculosis, difteria, coqueluche, Tétanos, Sarampión, Rubéola.

Es por estas razones tan importantes analizar el contexto de salud de la población de Blanca flor para luego emitir y dar a conocer un diagnóstico de salud adecuado con los medios a nuestro alcance.

Entonces es necesario también dar a conocer los medios con los que cuenta la población para evitar la enfermedad, ya sea con apoyo desde CEDES Pando, programas de cobertura y control de inmunizaciones, SUMI pasando por el apoyo orientación y trabajo profesional de los médicos, técnicos de malaria, enfermeras, y el resto de los profesionales en salud, conocimiento específico de las enfermedades y su tratamiento.

La desnutrición en sus diversas formas es la más común de las enfermedades, IRAS, EDAS, Sus causas se deben en general a deficientes recursos económicos o a enfermedades que comprometen el buen estado nutricional. Según el manual internacional de clasificación de enfermedades es una complicación médica posible pero que puede prevenirse y que tiene impacto muy importante sobre el resultado de los tratamientos.

### **Aspectos de pobreza de la comunidad.**

La gran mayoría de los habitantes del municipio de San Lorenzo se dedica a la agricultura, en las tierras destinadas a cada familia, no hay un incentivo de agricultura alternativa, legumbres, hortalizas, tubérculos, etc. Se tiene mucha expectativa entre las comunidades la época de la cosecha de la castaña, aspecto que relega el incentivo a cultivos de alimentos nutritivos para los pandinos.

## **Empleo**

Personas que tienen nivel técnico en determinadas ramas como salud, educación, construcción etc. Tienen un trabajo casi seguro todo el año, sin embargo personas que cuentan con solo instrucción primaria o analfabetas se dedican a la siembra o la espera de la temporada de la castaña, meses donde es contratada gran cantidad de jóvenes en edad adulta dispuesta para trabajar.

## **Desocupación**

El desempleo es uno de los grandes problemas de esta comunidad ya que no se cuenta con recursos básicos para la instalación de fuentes de empleo, como fábricas, negocios, etc. Las personas son contratadas eventualmente como chaqueadores, como constructores o albañiles, como personal de cosecha en la zabra, sin embargo este empleo es temporal y no cuenta con ningún tipo de seguro de parte del empleador. Por lo tanto existe gran desocupación en meses donde no es habitual la cosecha de la castaña.

## **Índice de necesidades insatisfechas**

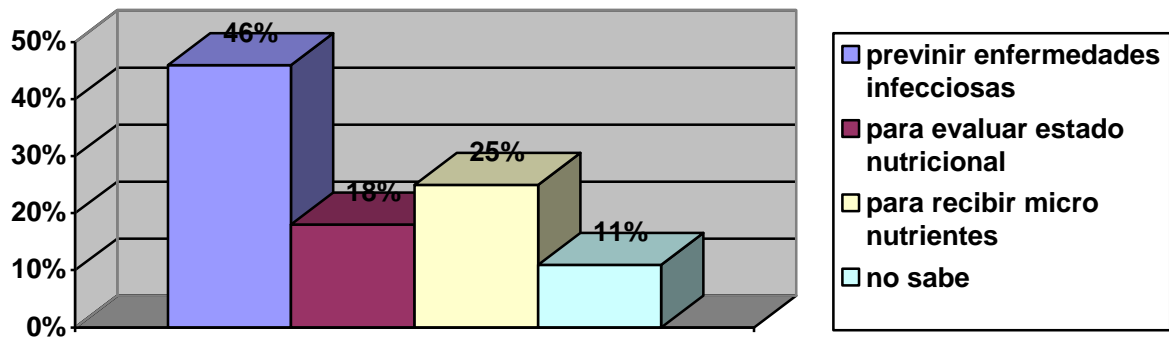
Necesidades elementales como “agua potable” que es primordial en la vida diaria para alimentación e higiene de todas las personas de las comunidades, otras necesidades como luz eléctrica de las que carecen directamente.

**RESPUESTAS DE LAS MADRES DE LA COMUNIDAD DE BLANCA FLOR A LA PREGUNTA ¿PARA QUE SE REALIZA CONTROL A LOS NIÑOS EN UNA UNIDA DE SALUD?**

**GESTION 2009**

DETALLE	CANTIDAD	%
Prevenir enfermedad infecciosas	13	46%
Para evaluar el estado nutricional	5	18%
Para recibir micro nutrientes	7	25%
No sabe	3	11%
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>100%</b>

**GRAFICO 1**



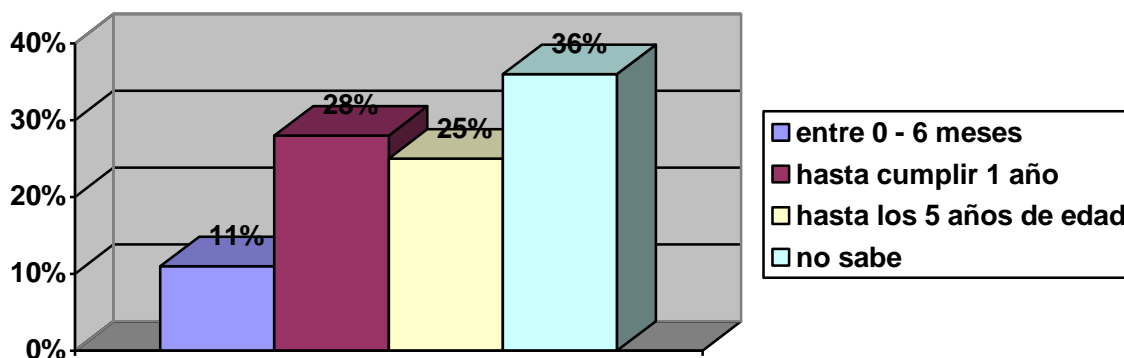
**Análisis:** En el grafico se observa que 46% de las madres creen que lleva su hijo al control solo para prevenir infecciones y 18% saben que el control es para evaluar el estado nutricional del niño.

**Interpretación:** Llevar al niño/a a su control ayudara para que el personal de salud realice un seguimiento de su estado nutricional y verifique se su desarrollo y crecimiento están dentro de los parámetros normales.

**RESPUESTA DE LAS MADRES DE LA COMUNIDAD DE BLANCA FLOR A LA PREGUNTA ¿HASTA QUE EDAD EL NIÑO/A DEBE ASISTIR A SU CONTROL DE DESARROLLO Y CRECIMIENTO? GESTION 2009**

DETALLE	CANTIDAD	%
Entre 0 – 6 meses	3	11%
Hasta cumplir 1 año de edad	8	28%
Hasta los 5 años de edad	7	25%
No sabe	10	36%
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>100%</b>

**GRAFICO 2**



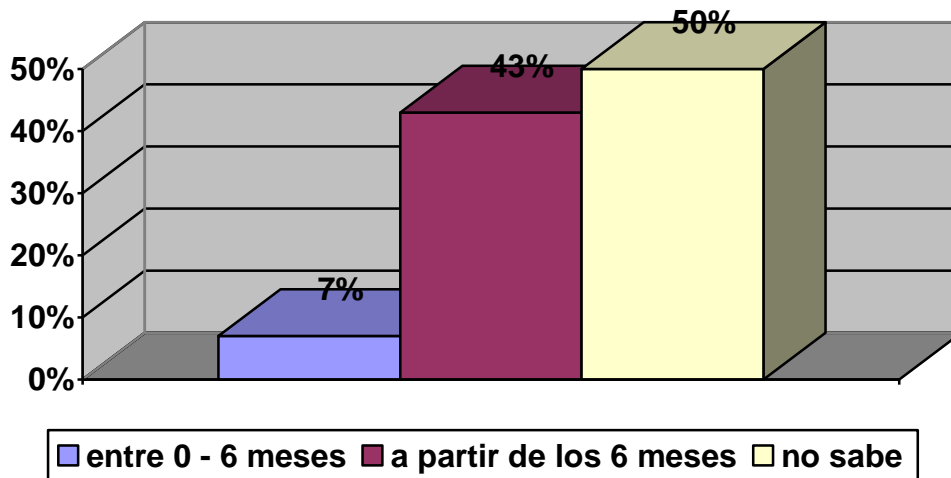
**Análisis:** En el grafico se observa que 36% de las madres no saben exactamente hasta que edad el niño/a debe asistir a una unidad de salud para su control y 25% saben que hasta que cumpla 5 años.

**Interpretación:** El niño/a que asiste a su control periódicamente de acuerdo a su edad hasta los 5 años, tendrá un mejor desarrollo porque los problemas serán diagnosticados mas temprano y podrán ser tratados precozmente.

**RESPUESTAS DE LAS MADRES DE LA COMUNIDAD DE BLANCA FLOR A  
LA PREGUNTA ¿ CUAL LA EDAD ADECUADA EN UN NIÑO PARA INICIAR LA  
ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA?  
GESTION 2009**

DETALLE	CANTIDAD	%
Entre 0 – 6 meses	2	7%
A partir de los 6 meses	12	43%
No sabe	14	50%
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>100%</b>

**GRAFICO 3**



**Análisis:** En el grafico se observa que de las 28 medres encuestada, 50% no saben exactamente cuando comenzar la alimentación complementaria.

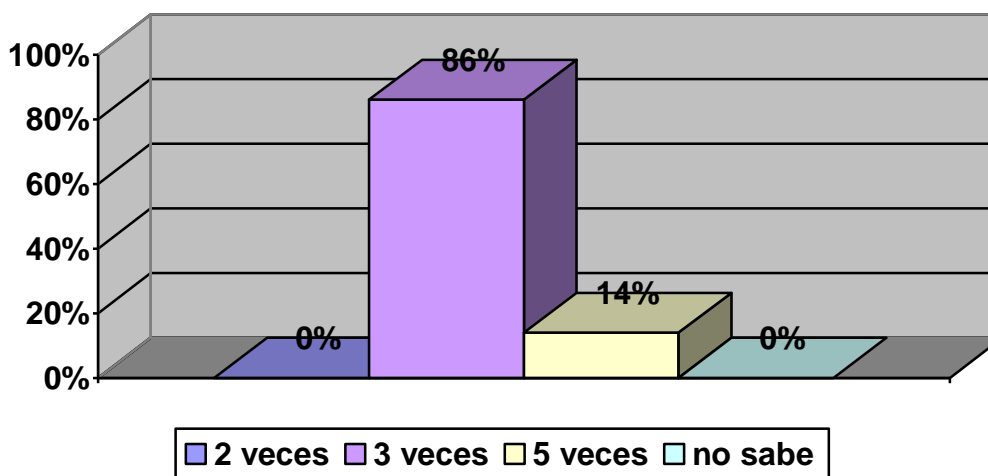
**Interpretación:** El niño/a debe iniciar la alimentación complementaria a los 6 mese y seguir con lactancia materna.

**RESPUESTA DE LAS MADRES DE LA COMUNIDAD DE BLANCA FLOR A LA PREGUNTA ¿CUANTAS VECES DEBE ALIMENTARSE EL NIÑO/A MAYOR DE 6 MESES DURANTE EL DÍA?**

**GESTION 2009**

DETALLE	CANTIDAD	%
2 veces	0	0%
3 veces	24	86%
5 veces	4	14%
No sabe	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>100%</b>

**GRAFICO 4**



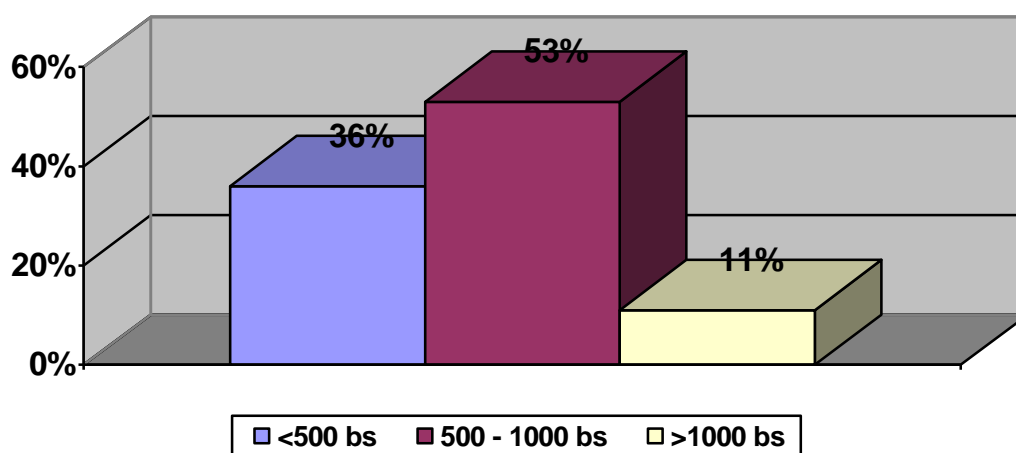
**Análisis:** En el grafico se observa que de las 28 madres que fueron encuestadas, 86% creen que un niño/a solo debe alimentarse 3 veces durante el día.

**Interpretación:** Los niños/as mayores de 6 meses que recibe alimentación complementaria con 5 raciones al día con alimentos adecuados, tendrán un buen desarrollo y crecimiento.

**INGRESO ECONÓMICO POR FAMILIA/MES DE LOS NIÑOS/AS MENORES DE  
2 AÑOS DE LA COMUNIDAD DE BLANCA FLOR.  
GESTIÓN 2009**

INGRESO ECONÓMICO	Nº DE FAMILIAS	%
< 500 B\$	10	<b>36%</b>
500 – 1000 B\$	15	<b>53%</b>
>1000 B\$	3	<b>11%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>100%</b>

**GRAFICO 5**



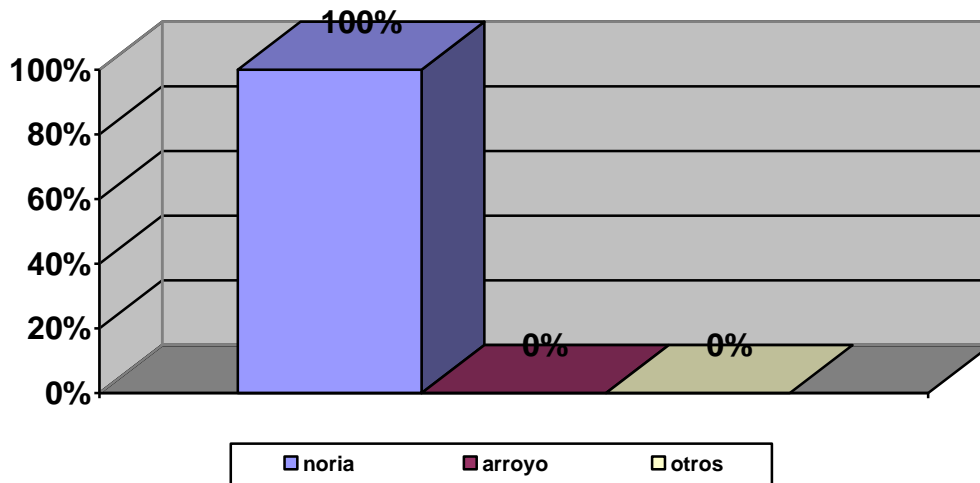
**Análisis:** En el grafico se observa que el ingreso económico de las familias de los niños/as menores de 2 años que mas se destaca es el de 500 – 1.000 Bs. mensual con 53%.

**Interpretación:** Los bajos recursos económicos en la familia son factores que influyen en la incidencia de la desnutrición

**TIPO DE ABASTECIMIENTO DE AGUA UTILIZADOS POR LAS FAMILIAS DE  
LOS NIÑOS/AS MENORES DE 2 AÑOS DE LA COMUNIDAD DE BLANCA  
FLOR.  
GESTIÓN 2009**

TIPO DE ABASTECIMIENTO	Nº DE FAMILIA	%
Noria	28	100%
Arroyo	0	0%
Otros	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>100%</b>

**GRAFICO 6**



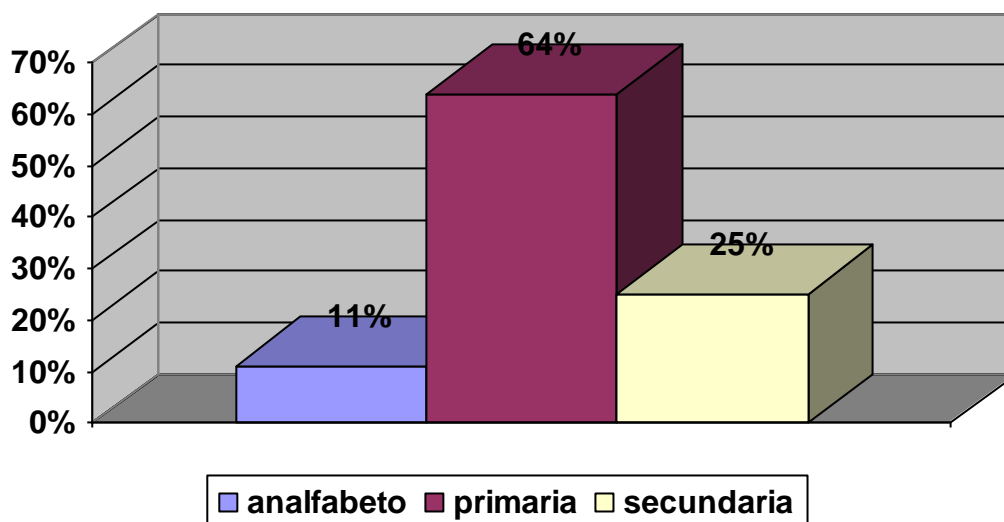
**Análisis:** En el grafico se observa que 100% de las familias utilizan agua de noria.

**Interpretación:** El agua de noria no es potable, la razón por lo que las infecciones intestinales son las enfermedades mas frecuentes.

**NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LAS MADRES DE LOS NIÑO/AS MENORES DE  
2 AÑOS DE LA COMUNIDAD DE BLANCA FLOR.  
GESTIÓN 2009**

NIVEL DE ESCOLARIDAD	Nº DE PERSONAS	%
Analfabeto	3	11%
Primaria	18	64%
Secundaria	7	25%
TOTAL	28	100%

GRAFICO 7



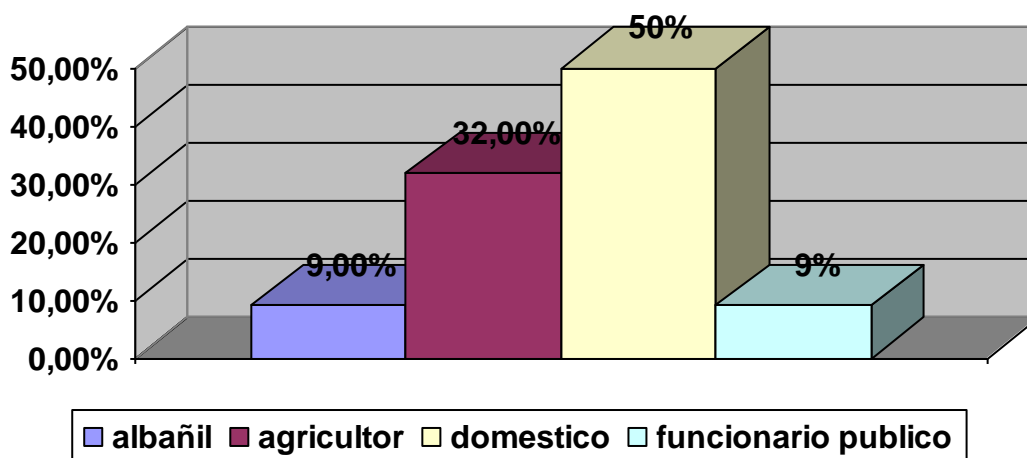
**Análisis:** En el grafico se observar que de las 28 madres de los niños/as menores de 2 años, los que cursaron hasta la primaria representan el mayor porcentaje 64%, pero se observa que también hay un 11% analfabeta.

**Interpretación:** La baja escolaridad entre los padres es un de los factores que influyen en la incidencia de la desnutrición por la dificultad en el aprendizaje y falta de interés.

**TIPO DE OCUPACIÓN DE LOS PADRES DE LOS NIÑOS/AS MENORES DE 2  
AÑOS DE LA COMUNIDAD DE BLANCA FLOR.  
GESTIÓN 2006.**

OCUPACIÓN	Nº DE PERSONAS		%
	MASC (padre)	FEM (madre)	
Albañil	5	-----	9%
Agricultor	18	-----	32%
Domestica	-----	28	50%
Funcionario publico	3	2	9%
<b>TOTAL</b>	<b>56</b>		<b>100%</b>

**GRAFICO 8**



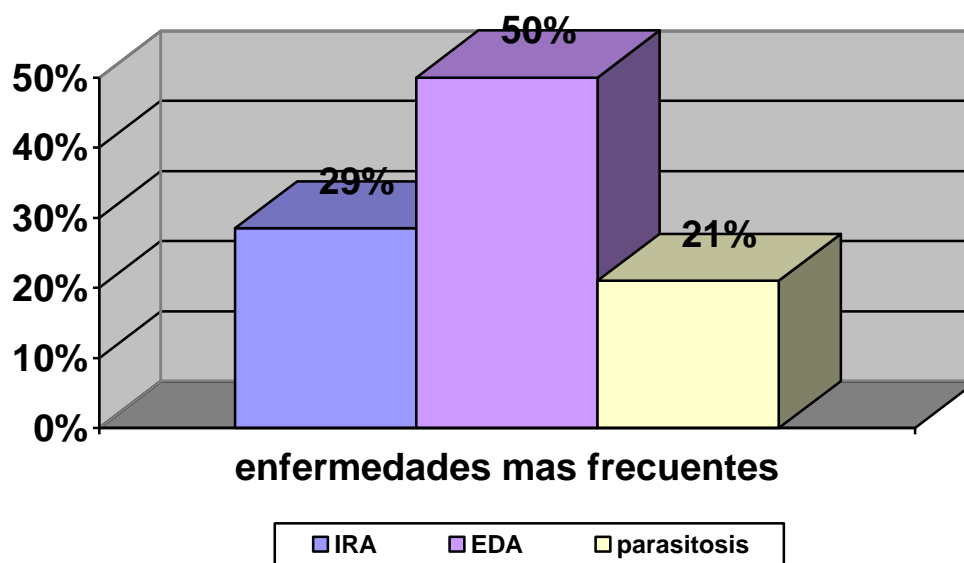
**Análisis:** En el grafico se observar que entre los padres de los niños/as, el tipo de ocupación que mas se destaca es el trabajo domestico (madre) con un 50 %, seguido de agricultor (padre) con un 32%.

**Interpretación:** Los padres no cuentan con un ingreso económico suficiente para mantener el hogar generando la pobreza y la inseguridad alimentaría.

**ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES QUE AFECTAN A LAS FAMILIAS DE  
LOS NIÑOS/AS MENORES DE 2 AÑOS DE LA COMUNIDAD DE BLANCA  
FLOR.  
GESTIÓN 2009**

ENFERMEDADES	N°	%
IRA	8	29%
EDA	14	50%
Parasitosis	6	21%
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>100%</b>

**GRAFICO 9**



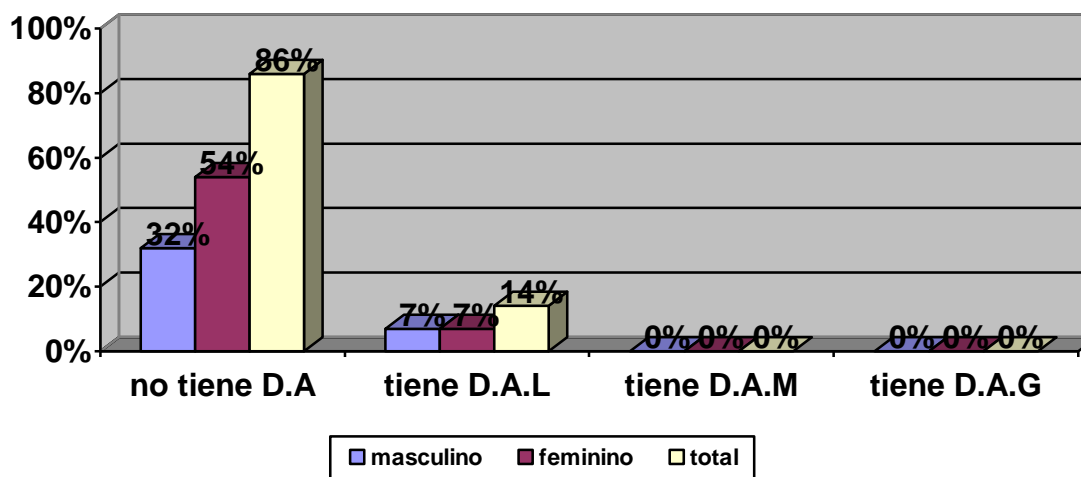
**Análisis:** Las enfermedades más frecuentes son EDA con un 50% en las Familias, seguido po IRA con un 29%.

**Interpretación:** Las enfermedades infecciosas son factores que favorecen a la desnutrición infantil.

**CLASIFICACION DEL ESTADO NUTRICIONAL PESO/TALLA EN NIÑOS/AS  
MENORES DE 2 AÑOS DE LA COMUNIDAD DE BLANCA FLOR.  
GESTION 2009**

DETALLE	SEXO				TOTAL	%
	M	%	F	%		
No tiene desnutrición aguda	9	32%	15	54%	24	86%
Tiene desnutrición Aguda leve	2	7%	2	7%	4	14%
Tiene desnutrición Aguda moderada	-	-	-	-	-	-
Tiene desnutrición aguda grave	-	-	-	-	-	-
<b>TOTALES</b>	<b>11</b>	<b>39%</b>	<b>17</b>	<b>61%</b>	<b>28</b>	<b>100%</b>

**GRAFICO 10**



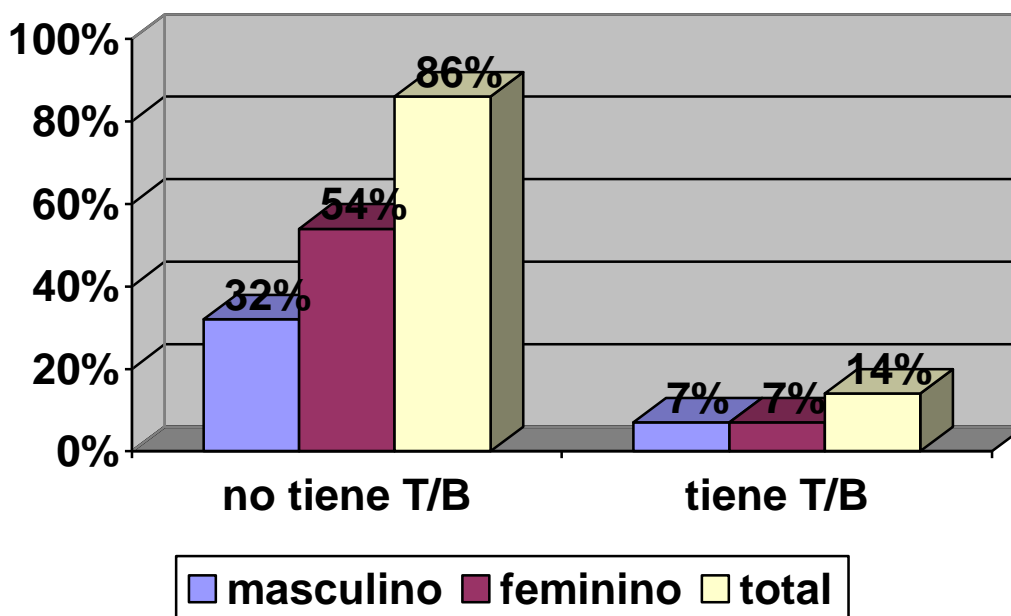
**Análisis:** Se observa en el grafico que de los 28 niños/as menores de 2 años que fueron clasificados su estado nutricional peso/edad, 14% de ellos presentan desnutrición aguda leve, representando un 7% de sexo masculino y 7% de sexo femenino.

**Interpretación:** Tanto los niños de sexo masculino cuanto os de sexo femenino so propensos a presentar desnutrición aguda leve.

**CLASIFICACION DEL ESTADO NUTRICIONAL TALLA/EDAD EN NIÑOS/AS  
MENORES DE 2 AÑOS DE LA COMUNIDAD DE BLANCA FLOR.  
GESTION 2009**

DETALLE	SEXO				TOTAL	%
	M	%	F	%		
No tiene talla baja	9	32%	15	54%	24	86%
Tiene talla baja	2	7%	2	7%	4	14%
<b>TOTALES</b>	<b>11</b>	<b>39%</b>	<b>17</b>	<b>61%</b>	<b>28</b>	<b>100%</b>

**GRAFICO 11**



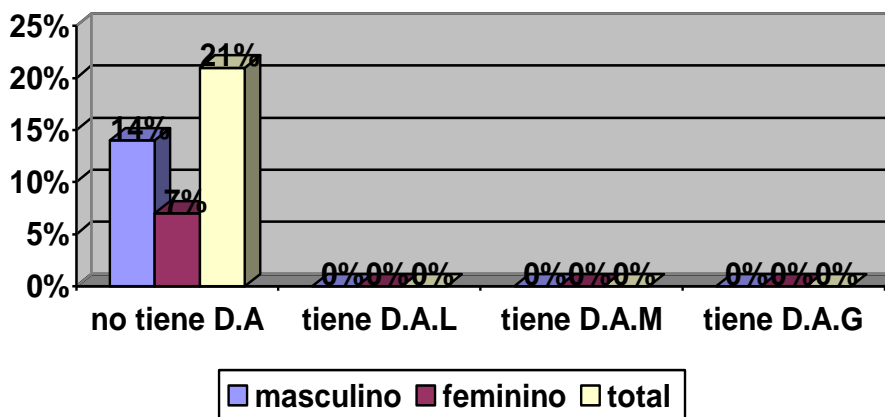
**Análisis:** Se observa en el grafico que de los 28 niños/as menores de 2 años que fueron clasificados su estado nutricional talla/edad, que 14% de ellos presentan talla baja, representando un 7% de sexo masculino y 7% de sexo femenino.

**Interpretación:** Tanto los niños de sexo masculino, cuanto los de sexo femenino son propensos a presentar talla baja.

**CLASIFICACION DEL ESTADO NUTRICIONAL PESO/TALLA EN NIÑOS/AS  
DE 0 A 6 MESES DE LA COMUNIDAD DE BLANCA FLOR.  
GESTION 2009**

DETALLE	SEXO				TOTAL	%
	M	%	F	%		
No tiene desnutrición aguda	4	14%	2	7%	6	21%
Tiene desnutrición Aguda leve	-	-	-	-	-	-
Tiene desnutrición Aguda moderada	-	-	-	-	-	-
Tiene desnutrición aguda grave	-	-	-	-	-	-
<b>TOTALES</b>	<b>4</b>	<b>14%</b>	<b>2</b>	<b>7%</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>

**GRAFICO 12**



**Análisis:** Se observa en el grafico que de los 28 niños/as menores de 2 años que fueron clasificados su estado nutricional talla/edad, 21% son menores de 6 meses y ninguno presentan desnutrición aguda, representando un 4% de sexo masculino y 2% de sexo femenino.

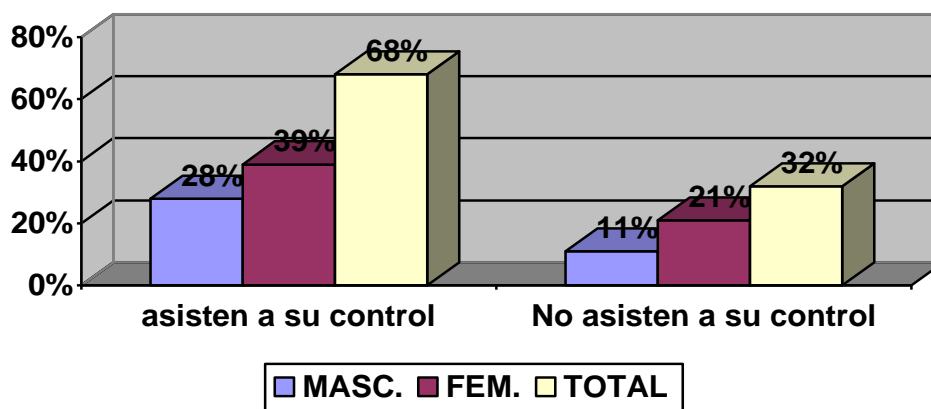
**Interpretación:** El problema de la desnutrición infantil generalmente se da a los niños/as mayores de 6 mese, cuando supuestamente inician la alimentación comple

**NIÑOS/AS MENORES DE 2 AÑOS QUE ASISTEN A SU CONTROL DE  
CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE ACUERDO A SU EDAD DE LA  
COMUNIDAD DE BLANCA FLOR.**

**GESTION 2009**

DETALLE	SEXO				TOTAL	%
	M	%	F	%		
Asisten regularmente a su control de crecimiento y desarrollo	8	28%	11	39%	19	<b>68%</b>
No asisten regularmente a su control de crecimiento y desarrollo	3	11%	6	21%	9	<b>32%</b>
<b>TOTALES</b>	<b>11</b>	<b>39%</b>	<b>17</b>	<b>61%</b>	<b>28</b>	<b>100%</b>

**GRAFICO 13**



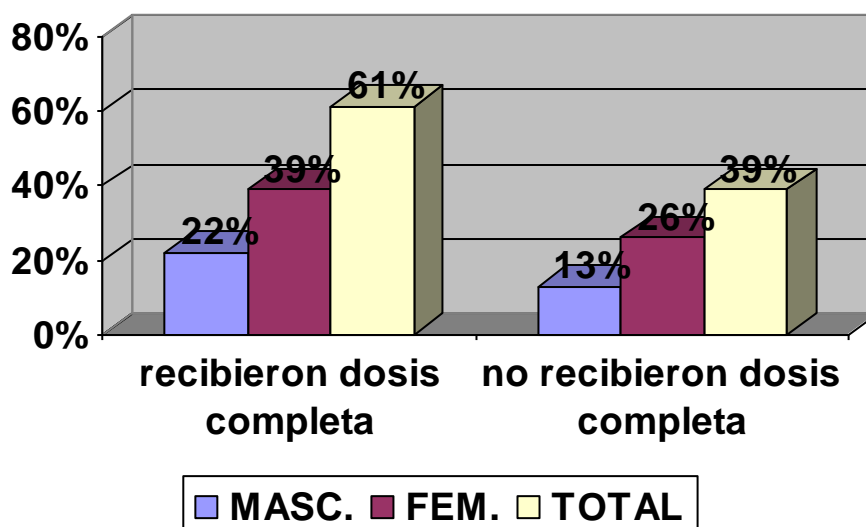
**Análisis:** En el grafico se observa que la mayoría de los niños/as menores de 2 años que representa un 68% asisten a su control de crecimiento y desarrollo, pero también hay un numero significativo de ellos que no asisten representados por un 32%.

**Interpretación:** Los niños/as que asisten a su control periódicamente pueden ser detectados se tienen desnutrición y recibir tratamiento precozmente. Se observa que las madres solo hacen control de sus hijos hasta cumplir su 1er. año de edad.

**NIÑOS/AS >6 MESES QUE RECIBIERON DOSIS COMPLETAS DE MICRO  
NUTRIENTES – VITAMINA “A” DE LA COMUNIDAD BLANCA FLOR.  
GESTION 2009**

DETALLE	SEXO				TOTAL	%
	M	%	F	%		
Recibieron dosis completa de vit.A	5	22%	9	39%	14	61%
No Recibieron dosis completa de vit.A	3	13%	6	26%	9	39%
<b>TOTALES</b>	<b>8</b>	<b>35%</b>	<b>15</b>	<b>65%</b>	<b>23</b>	<b>100%</b>

**GRAFICO 14**



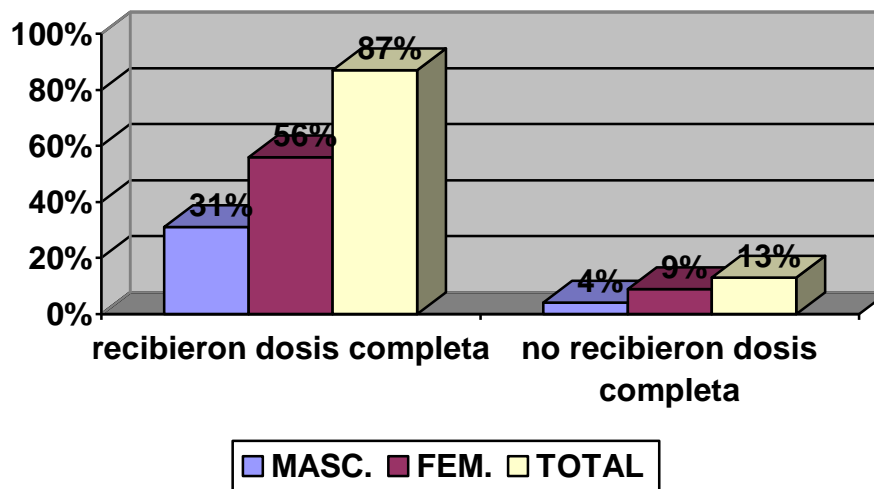
**Analisis:** En el grafico se observa que de los 23 niños/as mayores de 6 meses un 39% de ellos/as no recibieron dosis completas de vitamina A.

**Interpretacion:** Los niños/as que reciben las dosis completas de vitamina “A” están protegidos contra infecciones.

**NIÑOS/AS QUE RECIBIERON DOSIS COMPLETA DE CHISPITAS HASTA SU  
1ER. AÑO DE LA COMUNIDA DEBLANCA FLOR.  
GESTION 2009**

DETALLE	SEXO				TOTAL	%
	M	%	F	%		
Recibieron dosis completa de chispitas	7	31%	13	56%	20	87%
No Recibieron dosis completa de chispitas	1	4%	2	9%	3	13%
<b>TOTALES</b>	<b>8</b>	<b>35%</b>	<b>15</b>	<b>65%</b>	<b>23</b>	<b>100%</b>

**GRAFICO 15**



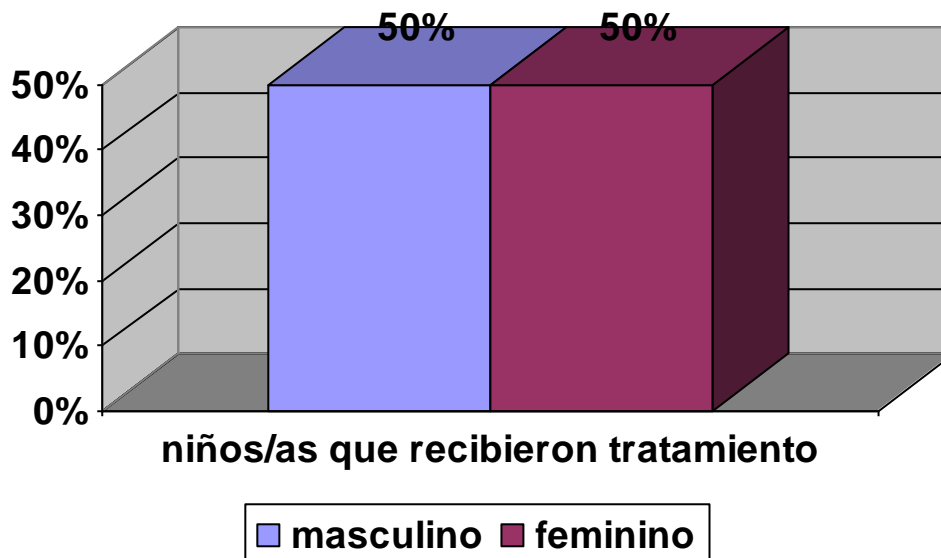
**Analisis :** En el grafico se observa que de los 23 niños/as mayores de 6 meses un 13% de ellos/as no recibieron dosis completas de chispitas nutricionales.

**Interpretacion :** Recibir las chispitas en sus dosis completas pueden prevenir la anemia y desnutricion.

**NIÑOS/AS MENORES DE 2 AÑOS QUE RECIBIERON TRATAMIENTO PARA  
DESNUTRICION DE LA COMUNIDAD DE BLANCA FLOR.  
GESTION 2009**

DETALLE	SEXO				TOTAL	%
	M	%	F	%		
Niños/as con desnutrición aguda leve	2	50%	2	50%	4	100%
<b>Totales</b>	<b>2</b>	<b>50%</b>	<b>2</b>	<b>50%</b>	<b>4</b>	<b>100%</b>

**GRAFICO 16**



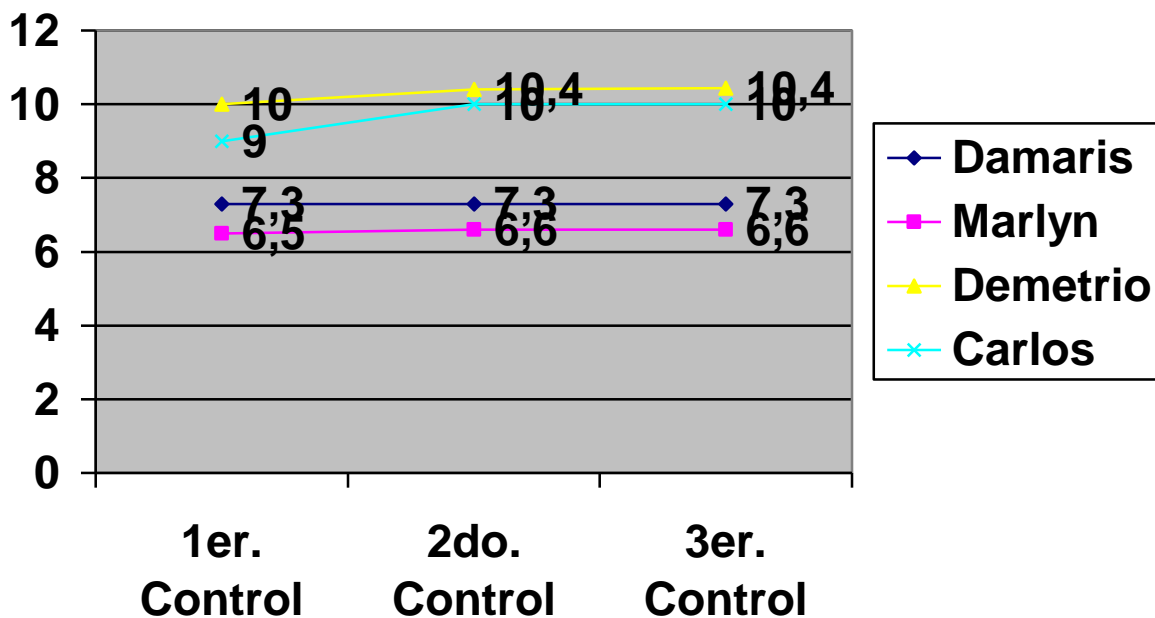
**Análisis:** Se observa en el grafico que de los 4 niños/as menores de 2 años que fueron identificados con desnutrición aguda leve, 100% recibieron tratamiento.

**Interpretación:** Recibir un tratamiento precoz y oportuno puede ayudar a que niños/as se recuperen de la desnutrición.

**RESULTADOS DE SEGUIMIENTO DE NIÑOS/AS MENORES DE 2 AÑOS CON  
DESNUTRICIÓN AGUDA LEVE DE LA COMUNIDAD DE BLANCA FLOR.  
GESTIÓN 2009**

<b>NOMBRE</b>	<b>SEXO</b>		<b>1er control</b>	<b>2do. Control</b>	<b>3er. control</b>
Damaris Tuno Mamio		X	7.300 kg	7.300 kg	7.300 kg
Marlyn Avila Ubano		X	6.500 kg	6.600 kg	6.600 kg
Demetrio Mariaca Tuno	X		10.000 kg	10.400 kg	10.400 kg
Carlos Valencia Dumay	X		9.000 kg	10.000 kg	10.000 kg

**GRAFICO 17**



**Análisis:** De los 4 niño/as identificados con desnutrición aguda leve, todos recibieron tres controles y tratamiento, por lo tanto solo 2 han logrado salir del estado de desnutrición.

## **DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS**

### **Grado de conocimiento de las madres**

En función de los resultados, se observa que al evaluar el grado de conocimiento de las madres de familias se obtienen los siguientes; que gran parte de ellas no están informadas el motivo por lo cual tiene que llevar su hijo a la unidad de salud cuando un 46% de las 28 encuestadas responden que los llevan para prevenir a los niños/as de infecciones, un 36% no saben exactamente hasta que edad el niño/a debe asistir a su control, un 50% no saben exactamente a que edad un niño/a debe iniciar su alimentación complementaria, un 86% creen que un niño/a debe alimentarse solo 3 veces al día, estos datos demostró que hay deficiencia en las información a las madres a respeto de la importancia de asistencia del niño a la unidad de salud y una alimentación adecuada para prevenir la desnutrición infantil.

### **Factores pre disponentes a la desnutrición**

Se observa que, un 53% de las 28 familias encuestadas su ingreso económico mensual es de 500 – 1.000 Bs., un 100% de las familias consumen agua de noria, un 63% de las madres solo estudiaron a primaria y 11% son analfabetas, entre los padres hay un 50% de trabajo domestico (madres) y 32% trabajo de agricultura (padre), hay un bajo ingreso económico en las familias por lo que la mayoría de los hombres responsables de las familias se dedican al cultivo de la tierra y las madres se dedican al cuidado de la casa, el consumo de agua no potable se hace evidente la frecuencia de infecciones intestinales y el bajo nivel escolar hace con que tengan dificultad en el aprendizaje y la falta de interés.

### **Estado nutricional de los niños/as y suplemento de micro nutrientes**

De los 28 niños/as menores de 2 años que fueron clasificados su estado nutricional, un 14% presenta desnutrición aguda leve, del total un 32% no asisten a su control de crecimiento y desarrollo, un 39% d los niños/as mayores de 6

meses no recibió dosis completas de vitamina A, un 13% no recibió dosis completas de chispitas, de los 4 niños/as identificados con desnutrición aguda leve, el 100% recibieron tratamiento, en el cual 50% de ellos lograron salir de la desnutrición y 50% siguen con desnutrición aguda leve.

## CONCLUSIONES

Una vez realizado este estudio, se ha constatado que los factores que influyen en la incidencia de la desnutrición infantil son vigentes en esta comunidad así como; Déficit en la suficiencia alimentaria, pobreza incrementándose el desempleo y subempleo, incremento de problemas sanitarios y de la prevalencia de enfermedades infecciosas que afectan el estado nutricional, practicas alimentarias , estilos de vida inadecuados y debilidad politica organizativa/gerencial de instancia de apoyo al desarrollo municipal ocasionando lo que llamamos de inseguridad alimentaria a la poblacion.

De los factores identificados, el único que está al alcance de mi persona al buscar una solución a ser aplicada fue la I.E.C. Por eso se elaboro y desarrollo una estrategia educativa que responde a un programa de capacitación en el auditorium de la alcaldía municipal de la comunidad, con sesiones educativas a las madres de familias, y se ha realizado seguimiento donde se ha observado que mayormente las madres no ponen en practica el conocimiento adquirido por varios factores pre disponibles, quizás por la falta de tiempo y de medios no se ha podido fomentar mas al respecto al tema de desnutrición infantil. Para lograr cambios positivos es necesario un proceso de educación continua, solo así se podrá concientizar a las madres y población en general a dar apoyo a la lucha contra la desnutrición infantil.

## RECOMENDACIONES

Las Acciones para mejorar el estado nutricional de los niños/as de la comunidad de Blanca Flor son diversas dependiendo de las autoridades municipal y de salud. La alianza estratégica, es fundamental en el desarrollo, fortalecimiento institucional, distribución de esfuerzos, incremento de la cooperación, que garantice mejores resultados. En este sentido es que propongo una alianza con la Alcaldía, Prefectura, Universidad y otros organismos para lograr los objetivos establecidos.

Se recomienda:

1. Implementar programas de educación con talleres de capacitación continuos a las madres de familias en higiene alimentaria, alimentación complementaria y consumo de alimentos nutricionales adecuados a las costumbres y características de la región.
2. Realización de talleres de capacitación al personal de salud sobre el tema de seguimiento a los niños/as con desnutrición.
3. Mejor monitoreo de crecimiento y desarrollo del niño, con énfasis en el menor de dos años, incluyendo la promoción de la lactancia materna, y consumo de alimentos fortificados, como parte de la atención integral en salud.
4. Gestionar la adquisición de suplementos nutricionales, alimentos complementares y alimentos terapéuticos nutricionales al centro de salud.
5. Implementación de programas o proyectos que permitan mayores oportunidades de empleo permanente en el ámbito rural a los padres de familia.
6. Ampliación del uso de los servicios de saneamiento básico y la práctica de buenos hábitos de higiene en los hogares.

7. Motivar y promover medios a las familias a la plantación de verduras y frutas para que tengan mas acceso a los alimentos nutricionales con la implantación de huertos comunitarios.
8. Gestionar el funcionamiento de la UNI con personal capacitado para realizar actividades correspondientes.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. *[bolivia.nutrinet.org/.../185-avance-de-odms-](http://bolivia.nutrinet.org/.../185-avance-de-odms-)*
2. *[www.ops.org.bo/areas/salud-ninez/?TE](http://www.ops.org.bo/areas/salud-ninez/?TE)*

3. [www.udape.gov.bo/ODM/Planes/PDD\\_Pando.pdf](http://www.udape.gov.bo/ODM/Planes/PDD_Pando.pdf)
4. [www.unicef.org/spanish/progressforchildren/2006](http://www.unicef.org/spanish/progressforchildren/2006)
5. [es.wikipedia.org/wiki/Seguridad\\_alimentaria](http://es.wikipedia.org/wiki/Seguridad_alimentaria)
6. [www.comunidadandina.org/rural/doc\\_seguridad/estربول.pdf](http://www.comunidadandina.org/rural/doc_seguridad/estربول.pdf)
7. FAO. El Estado de la Inseguridad Alimentaria en el Mundo. SOFI 2004.
8. Maletta, Héctor. Una nota sobre los conceptos de seguridad alimentaria. FODEPAL, Marzo 2003.
9. <http://www.eclac.cl/cgi->
10. [http://www.viacampesina.org/main\\_sp/index.php](http://www.viacampesina.org/main_sp/index.php)
11. Programa Especial para la Seguridad Alimentaria - PESA - en Centroamérica
12. [www.pesacentroamerica.org](http://www.pesacentroamerica.org)
13. El libro de la alimentación ,Editorial Lebrija - Autor: Angel Sabugo Pintor
14. Estudiemos Ciencias Naturales II Básico, Editorial Piedra Santa 1978
15. Enciclopedia Microsoft Encarta 2002
16. Sanpieri R.H, Metodología de investigación, 3ra. edición

# ANEXOS

## ENCUESTA

### I – DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Comunidad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### II – CUESTIONARIO

1. ¿Para que se realiza control de desarrollo y crecimiento?
  - a.( ) Prevenir enfermedad infecciosas
  - b.( ) Para evaluar el estado nutricional
  - c.( ) Para recibir micro nutrientes
  - d.( ) No sabe
  
2. ¿Hasta que edad el niño/a debe asistir a su control?
  - a. ( ) Entre 0 – 6 meses
  - b. ( ) Hasta cumplir 1 año de edad
  - c. ( ) Hasta los 5 años de edad
  - d. ( ) No sabe
  
3. ¿Cual la edad adecuada en un niño para iniciar la alimentación complementaria?
  - a.( ) Entre 0 – 6 meses
  - b.( ) A partir de los 6 meses
  - c.( ) No sabe
  
4. ¿Cuántas veces debe alimentarse el niño/a mayor de 6 meses durante el día?.
  - a.( ) 2 veces
  - b.( ) 3 veces
  - c.( ) 5 veces
  - d.( ) No sabe
  
5. ¿Cual es el ingreso mensual de la familia?

a. ( ) 500 bs      b. ( ) 500 – 1000 bs    c. ( ) > 1000 bs

6. Tipo de abastecimiento de agua utilizados por las familias.

a. ( ) noria    b. ( ) arroyo    c. ( ) otros

7. Nivel de escolaridad de las madres de familia de los niños/as menores de 2 años.

a.( ) analfabeto    b.( ) primaria    c.( ) secundaria

8. Tipo de ocupación de los padres de familias de los niños/as menores de 2 años.

a.( ) albañil

b.( ) agricultor

c.( ) domestica

d.( ) funcionario publico

9. enfermedades mas frecuentes en las familias de los niños/as menores de 2 años.

a.( ) EDA

b.( ) IRA

c.( ) Parasitosis

**TABLA DE ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS/AS MENORES DE 2 AÑOS  
DE LA COMUNIDAD DE BLANCA FLOR –JUNIO A AGOSTO GESTION 2009**

Nº	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD X SEXO		PESO Kg.	TALLA cm.	CLASIFICACIÓN	
		Masc.	Fem.			Peso/talla	Talla/edad
1	Damaris Tuno Mamio	-	1 año	7.300	71	D.A.L	T/N
2	Marlyn Avila Ubano	-	11 meses	6.500	65	D.A.L	T/B
3	Deidy Avila Ubano	-	1a8m	10.000	81	P/N	T/N
4	Aldair Lopez da Silva	6 meses	-	8.000	62	S/P	T/B
5	Ines Tirina Guaribana	-	10 meses	8.800	68	S/P	T/N
6	Patricia Yakao Camaya	-	8 meses	8.500	66	S/P	T/N
7	Anny Cruz Morobo Justiniano	-	1a1m	10.000	73	S/P	T/N
8	Danner Hurtado Ribera	10 meses	-	8.500	69	P/N	T/N
9	Demetrio Mariaca Tuno	1a7m	-	10.000	83	D.A.L	T/N
10	Jaime Jose Tuno Arce	1a 8m	-	11.000	83	P/N	T/N
11	Daniela Cartagena Becerra	-	1a 11m	11.500	82	P/N	T/N
12	Ramon Mendonza Navi	4 meses	-	7.000	66	P/N	T/N
13	Joselin Vaca Avila	-	1a 9m	12.500	90	P/N	T/N
14	Reinaldo Numa Viri	1a 8m	-	10.000	77	P/N	T/N
15	Tomas Sanchez Garcia	7 meses	-	8.700	68	P/N	T/N
16	Sheiner Ruth Chao Guayao	-	1a 3m	10.000	74	S/P	T/N
17	Yaeli Chao Mendez	-	4 meses	7.000	61	S/P	T/N
18	Gabriela Apuri Moreno	-	1a 9m	12.000	84	P/N	T/B
19	Maria Auxiliadora Jerque	-	1 año	10.000	77	P/N	T/N
20	Freddy Vallon Limpias	1a 2m	-	15.000	80	Obsidad	T/N
21	Karlet Ibaguari Cartagena	3 meses	-	6.200	57	S/P	T/N
22	Alejandra Arauz Camaconi	-	1 año	10.500	73	S/P	T/N
23	Carlos Valencia Dumay	1a 7m	-	9.000	77	<b>D.A.L</b>	T/B
24	Fatima Steisy Moron Destre	-	2 meses	5.200	58	P/N	T/N
25	Robert Giovani Tuno Idagua	4 meses	-	8.000	60	Obesidad	T/N
26	Liz Maura Mendonza Navi	-	1a 9 m	12.000	85	P/N	T/N
27	Yuri Daniela Rodríguez Ramallo	-	1 año	10.000	83	P/N	T/A
28	Dagner Tuno Cartagena	-	1a 9m	11.100	87	P/N	T/N

**TABLA DE NIÑOS/AS QUE ASISTEN A SU CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE ACUERDO A SU EDAD DE LA COMUNIDAD DE BLANCA FLOR – JUNIO A AGOSTO GESTION 2009**

Nº	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD X SEXO		CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO
		Masc.	Fem.	
1	Damaris Tuno Mamio	-	1 año	<b>No</b> asiste a su control de acuerdo con edad y frecuencia
2	Marlyn Avila Ubano	-	11 meses	Asiste a su control de acuerdo con edad y frecuencia
3	Deidy Avila Ubano	-	1a8m	<b>No</b> asiste a su control de acuerdo con edad y frecuencia
4	Aldair Lopez da Silva	6 meses	-	Asiste a su control de acuerdo con edad y frecuencia
5	Ines Tirina Guaribana	-	10 meses	Asiste a su control de acuerdo con edad y frecuencia
6	Patricia Yakao Camaya	-	8 meses	Asiste a su control de acuerdo con edad y frecuencia
7	Anny Cruz Morobo Justiniano	-	1a1m	Asiste a su control de acuerdo con edad y frecuencia
8	Danner Hurtado Ribera	10 meses	-	Asiste a su control de acuerdo con edad y frecuencia
9	Demetrio Mariaca Tuno	1a7m	-	No asiste a su control de acuerdo con edad y frecuencia
10	Jaime Jose Tuno Arce	1a 8m	-	Asiste a su control de acuerdo con edad y frecuencia
11	Daniela Cartagena Becerra	-	1a 11m	No asiste a su control de acuerdo con edad y frecuencia
12	Ramon Mendonza Navi	4 meses	-	Asiste a su control de acuerdo con edad y frecuencia
13	Joselin Vaca Avila	-	1a 9m	No asiste a su control de acuerdo con edad y frecuencia
14	Reinaldo Numa Viri	1a 8m	-	No asiste a su control de acuerdo con edad y frecuencia
15	Tomas Sanchez Garcia	7 meses	-	Asiste a su control de acuerdo con edad y frecuencia
16	Sheiner Ruth Chao Guayao	-	1a 3m	Asiste a su control de acuerdo con edad y frecuencia
17	Yaeli Chao Mendez	-	4 meses	Asiste a su control de acuerdo con edad y frecuencia
18	Gabriela Apuri Moreno	-	1a 9m	No asiste a su control de acuerdo con edad y frecuencia
19	Maria Auxiliadora Jerque	-	1 año	Asiste a su control de acuerdo con edad y frecuencia
20	Freddy Vallon Limpias	1a 2m	-	Asiste a su control de acuerdo con edad y frecuencia
21	Karlet Ibaguari Cartagena	3 meses	-	Asiste a su control de acuerdo con edad y frecuencia
22	Alejandra Arauz Camaconi	-	1 año	Asiste a su control de acuerdo con edad y frecuencia
23	Carlos Valencia Dumay	1a 7m	-	No asiste a su control de acuerdo con edad y frecuencia
24	Fatima Steisy Moron Destre	-	2 meses	Asiste a su control de acuerdo con edad y frecuencia
25	Robert Giovanni Tuno Idagua	4 meses	-	Asiste a su control de acuerdo con edad y frecuencia
26	Liz Maura Mendonza Navi	-	1a 9 m	Asiste a su control de acuerdo con edad y frecuencia
27	Yuri Daniela Rodríguez Ramallo	-	1 año	Asiste a su control de acuerdo con edad y frecuencia
28	Dagner Tuno Cartagena	-	1a 9m	No asiste a su control de acuerdo con edad y frecuencia

**CUADRO DE NIÑOS/AS > 6 MESES QUE RECIBIERON DOSIS COMPLETAS DE MICRO NUTRIENTES – VITAMINA A DE LA COMUNIDAD DE BLACA FLOR – JUNIO A AGOSTO GESTION 2009**

Nº	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD X SEXO		SUPLEMENTACION CON MICRO NUTRIENTES
		Masc.	Fem.	
1	Damaris Tuno Mamio	-	1 año	<b>Dosis incompleta</b>
2	Marlyn Avila Ubano	-	11 meses	Dosis completa
3	Deidy Avila Ubano	-	1a8m	<b>Dosis incompleta</b>
4	Aldair Lopez da Silva	6 meses	-	Dosis completa
5	Ines Tirina Guaribana	-	10 meses	Dosis completa
6	Patricia Yakao Camaya	-	8 meses	Dosis completa
7	Anny Cruz Morobo Justiniano	-	1a1m	Dosis completa
8	Danner Hurtado Ribera	10 meses	-	Dosis completa
9	Demetrio Mariaca Tuno	1a7m	-	<b>Dosis incompleta</b>
10	Jaime Jose Tuno Arce	1a 8m	-	Dosis completa
11	Daniela Cartagena Becerra	-	1a 11m	<b>Dosis incompleta</b>
12	Joselin Vaca Avila	-	1a 9m	<b>Dosis incompleta</b>
13	Reinaldo Numa Viri	1a 8m	-	<b>Dosis incompleta</b>
14	Tomas Sanchez Garcia	7 meses	-	Dosis completa
15	Sheiner Ruth Chao Guayao	-	1a 3m	Dosis completa
16	Gabriela Apuri Moreno	-	1a 9m	<b>Dosis incompleta</b>
17	Maria Auxiliadora Jerque	-	1 año	Dosis completa
18	Freddy Vallon Limpias	1a 2m	-	Dosis completa
19	Alejandra Arauz Camaconi	-	1 año	Dosis completa
20	Carlos Valencia Dumay	1a 7m	-	<b>Dosis incompleta</b>
21	Liz Maura Mendonza Navi	-	1a 9 m	Dosis completa
22	Yuri Daniela Rodríguez Ramallo	-	1 año	Dosis completa
23	Dagner Tuno Cartagena	-	1a 9m	<b>Dosis incompleta</b>

**CUADRO DE NIÑOS/AS QUE RECIBIERON DOSIS COMPLETAS DE CHISPITAS DE LA COMUNIDAD DE BLACA FLOR – JUNIO A AGOSTO GESTION 2009**

Nº	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD X SEXO		SUPLEMENTACION CON MICRO NUTRIENTES
		Masc.	Fem.	
1	Damaris Tuno Mamio	-	1 año	Dosis incompleta
2	Marlyn Avila Ubano	-	11 meses	Dosis completa
3	Deidy Avila Ubano	-	1a8m	Dosis incompleta
4	Aldair Lopez da Silva	6 meses	-	Dosis completa
5	Ines Tirina Guaribana	-	10 meses	Dosis completa
6	Patricia Yakao Camaya	-	8 meses	Dosis completa
7	Anny Cruz Morobo Justiniano	-	1a1m	Dosis completa
8	Danner Hurtado Ribera	10 meses	-	Dosis completa
9	Demetrio Mariaca Tuno	1a7m	-	Dosis completa
10	Jaime Jose Tuno Arce	1a 8m	-	Dosis completa
11	Daniela Cartagena Becerra	-	1a 11m	Dosis completa
12	Joselin Vaca Avila	-	1a 9m	Dosis completa
13	Reinaldo Numa Viri	1a 8m	-	Dosis completa
14	Tomas Sanchez Garcia	7 meses	-	Dosis completa
15	Sheiner Ruth Chao Guayao	-	1a 3m	Dosis completa
16	Gabriela Apuri Moreno	-	1a 9m	Dosis completa
17	Maria Auxiliadora Jerque	-	1 año	Dosis completa
18	Freddy Vallon Limpas	1a 2m	-	Dosis completa
19	Alejandra Arauz Camaconi	-	1 año	Dosis completa
20	Carlos Valencia Dumay	1a 7m	-	Dosis in completa
21	Liz Maura Mendonza Navi	-	1a 9 m	Dosis completa
22	Yuri Daniela Rodríguez Ramallo	-	1 año	Dosis completa
23	Dagner Tuno Cartagena	-	1a 9m	Dosis completa

**TABLA DE NIÑOS/AS MENORES DE 2 AÑOS**

**IDENTIFICADOS CON DESNUTRICION AGUDA LEVE DE LA COMUNIDAD DE BLANCA FLOR – JUNIO A AGOSTO  
GESTION 2009**

Nº	NOMBRE Y APELLIDO	SEXO		EDAD	PESO kg	TALLA cm	CLASIFICACION
		M	F				
1	Damaris Tuno Mamio		X	1a	7.300	71cm	D.A.L
2	Marlyn Avila Ubano		X	11m	6.500	65cm	D.A.L
3	Demetrio Mariaca Tuno	X		1a7m	10.000	83cm	D.A.L
4	Carlos Valencia Dumay	X		1a7m	9.000	77cm	D.A.L

**FORMULARIO DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE 2 MESES A MENOR DE 5 AÑOS CON DESNUTRICION LEVE O MODERADA.**

Nombre:.....

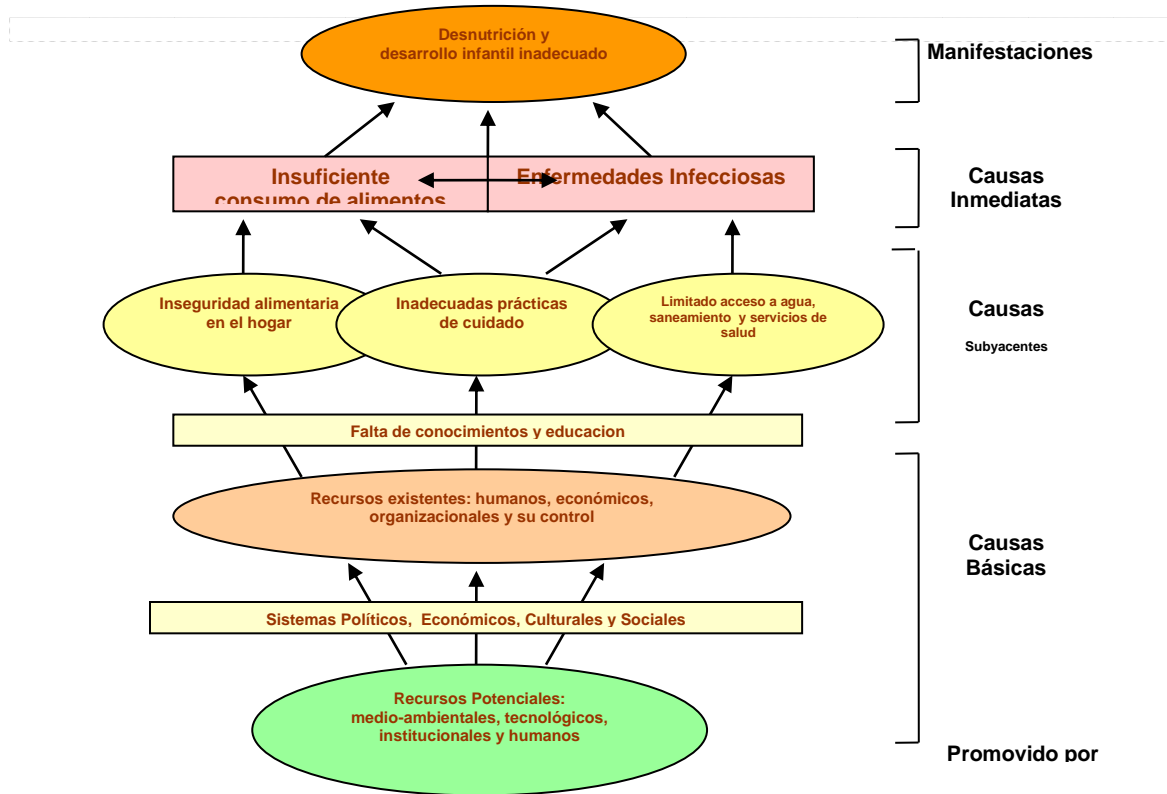
Edad:.....

Peso inicial:..... talla inicial:.....

Fecha de la 1ra consulta:...../...../..... Clasificación de la 1ra. consulta:.....

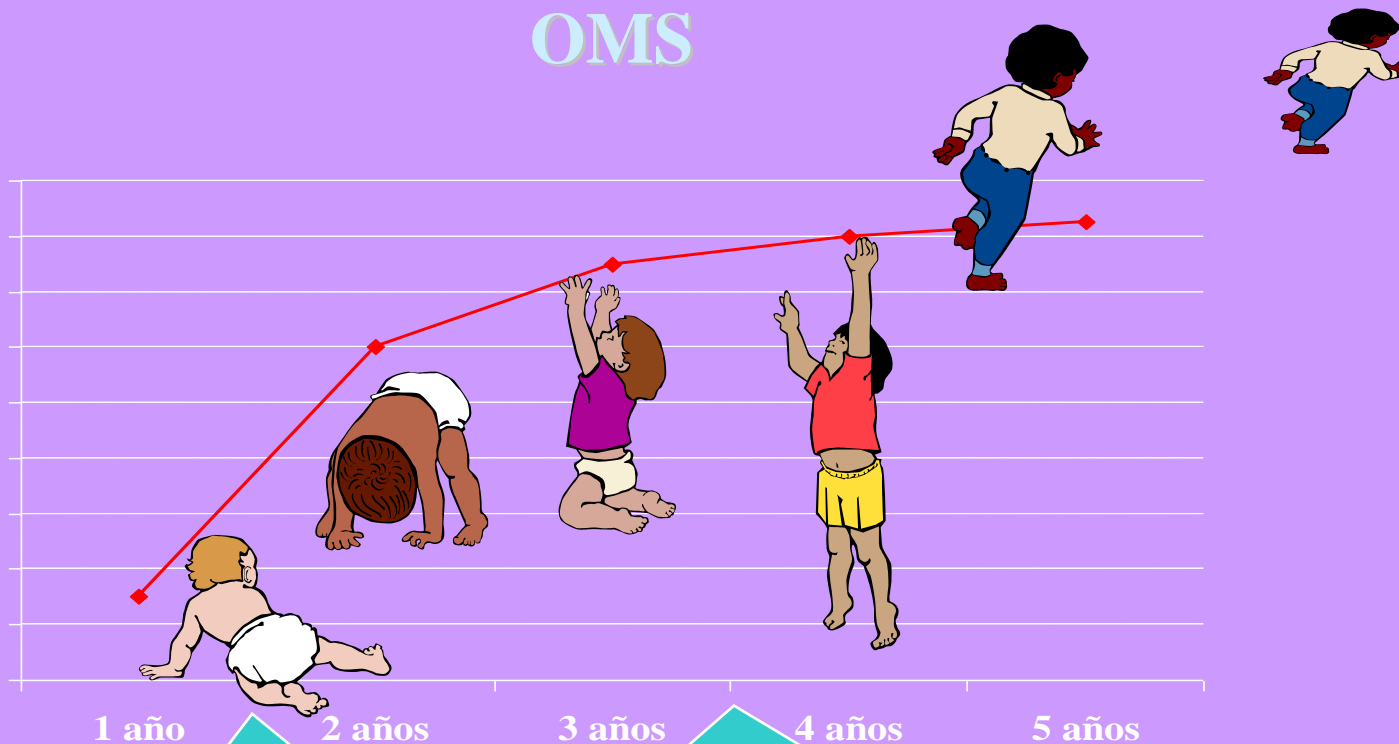
EVALUAR	PRIMER CONTROL	SEGUNDO CONTROL	TERCER CONTROL
	FECHA:...../...../.....	FECHA:...../...../.....	FECHA:...../...../.....
Realizar nueva toma de peso y talla	Peso:..... Talla:.....	Peso:..... Talla:.....	Peso:..... Talla:.....
Ubicar el valor del peso/talla de acuerdo con el sexo y compararlo con el peso/talla previo.	<b>El valor del peso /talla:</b> -Está mas bajo ( ) -Está igual ( ) -Subió ( )	<b>El valor del peso /talla:</b> -Está mas bajo ( ) -Está igual ( ) -Subió ( )	<b>El valor del peso /talla:</b> -Está mas bajo ( ) -Está igual ( ) -Subió ( )
Si el peso/talla esta mas bajo o esta igual continúe con la evaluación(inciso C) Si el peso/talla subió pase al inciso E			
<b>C. Evaluar la alimentación y aportes de vitaminas y minerales.</b>			
Recibe lactancia materna?	Si ( ) no( )	Si ( ) no( )	Si ( ) no( )
Si recibe lactancia materna ¿tienes problemas con la lactancia?	Si ( ) no( ) Si anotó SI, ¿Cuáles? ..... .....	Si ( ) no( ) Si anotó SI, ¿Cuáles? ..... .....	Si ( ) no( ) Si anotó SI, ¿Cuáles? ..... .....
<b>Si es mayor de 6 meses</b>			
¿Está comiendo según lo indicado?	Si ( ) no( ) ¿Por qué NO? .....	Si ( ) no( ) ¿Por qué NO? .....	Si ( ) no( ) ¿Por qué NO? .....
¿Recibe el alimento terapéutico nutricional?	Si ( ) no( ) ¿Por qué NO? .....	Si ( ) no( ) ¿Por qué NO? .....	Si ( ) no( ) ¿Por qué NO? .....
¿Recibe alimento complementario?	Si ( ) no( ) ¿Por qué NO? .....	Si ( ) no( ) ¿Por qué NO? .....	Si ( ) no( ) ¿Por qué NO? .....
¿Recibe las chispitas nutricionales?	Si ( ) no( ) ¿Por qué NO? .....	Si ( ) no( ) ¿Por qué NO? .....	Si ( ) no( ) ¿Por qué NO? .....
<b>D. Enfermedades prevalentes y estado general del niño/a.</b>			
¿El niño/a tiene algún signo de peligro?	Si ( ) no( )	Si ( ) no( )	Si ( ) no( )
¿En los últimos días el niño/a estuvo con tos, diarrea, fiebre, problemas de oídos u otro problema?	Si ( ) no( ) Si anotó S, evalúe al niño/a empleando el formulario de registro.	Si ( ) no( ) Si anotó S, evalúe al niño/a empleando el formulario de registro.	Si ( ) no( ) Si anotó S, evalúe al niño/a empleando el formulario de registro.
<b>E. Determinar conducta</b>	-Mantener/reforzar recomendaciones ( ) -Corregir problemas de alimentación ( ) -Corregir administración de vitaminas y minerales ( ) -Referir a la UNI ( ) -Referir al hospital ( )	Mantener/reforzar recomendaciones ( ) -Corregir problemas de alimentación ( ) -Corregir administración de vitaminas y minerales ( ) -Referir a la UNI ( ) -Referir al hospital ( )	Mantener/reforzar recomendaciones ( ) -Corregir problemas de alimentación ( ) -Corregir administración de vitaminas y minerales ( ) -Referir a la UNI ( ) -Referir al hospital ( )
<b>F. Definir fecha para el próximo seguimiento.</b>	Fecha de próximo control / / -Si el peso está igual o por debajo, control en 7 días. -Si el peso para la talla está mas arriba en la curva para su sexo: control en 15 días. -Avise a la madre que el niño se está recuperando	Fecha de próximo control / / -Si el peso está igual o por debajo: referir inmediatamente a UNI. -Si el peso para la talla está mas arriba en la curva para su sexo: control en 30 días. -Avise a la madre que el niño se está recuperando	Fecha de próximo control / / -Si el peso está igual o por debajo, referir inmediatamente a UNI ---Si el peso para la talla está mas arriba en la curva para su sexo: control en 60 días. -Felicite a la madre.

## Marco conceptual de la Desnutrición





# Estándares de crecimiento para niños(as) - OMS



Expresan el crecimiento de niños(as) en condiciones ideales

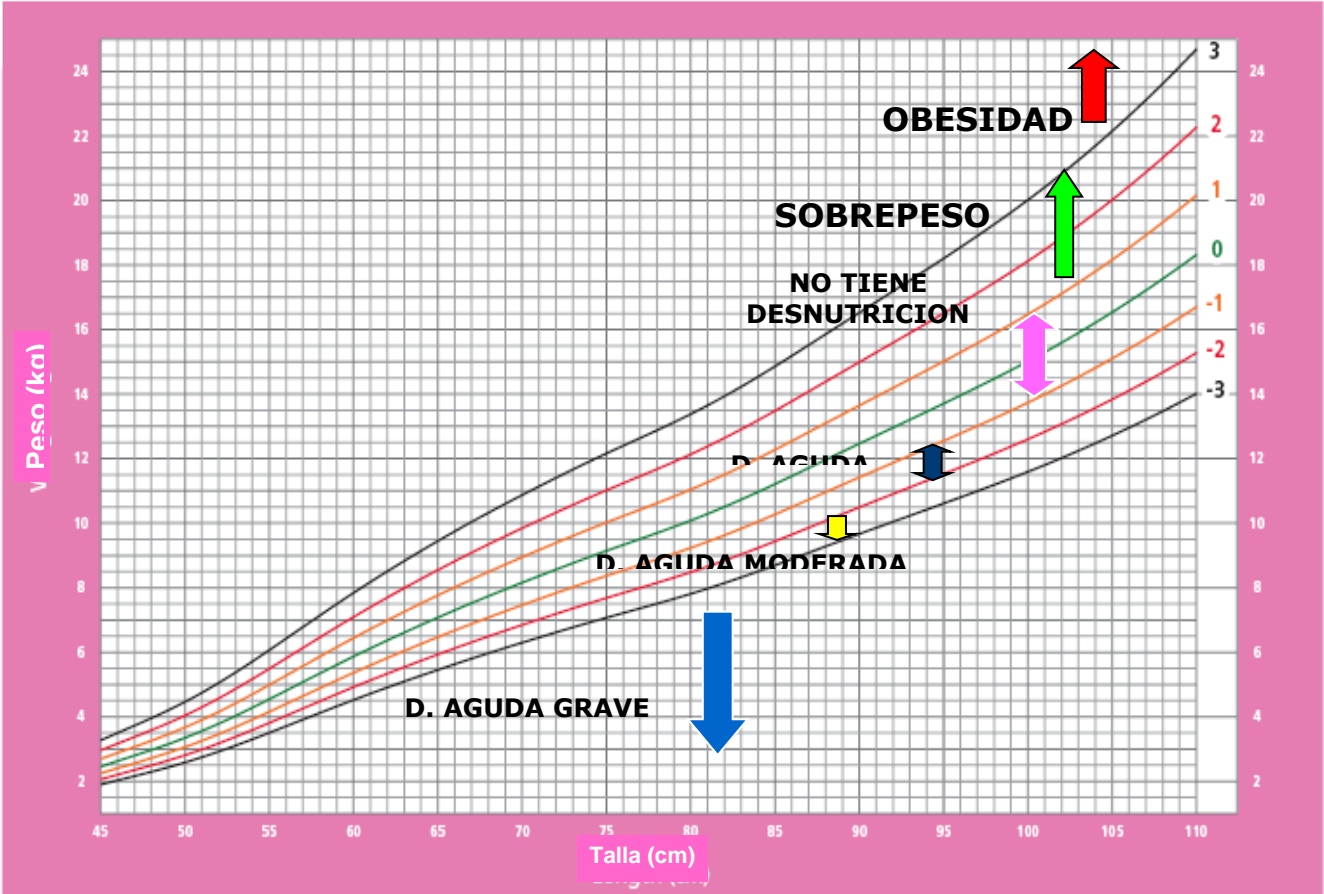
Pueden ser utilizados para evaluar a todos los niños(as) independiente de su origen étnico, condición social o modalidad de alimentación

# CURVAS DE CRECIMIENTO DEL

## Peso para Talla NIÑAS



Nacimiento a 2 años (puntuación Z)



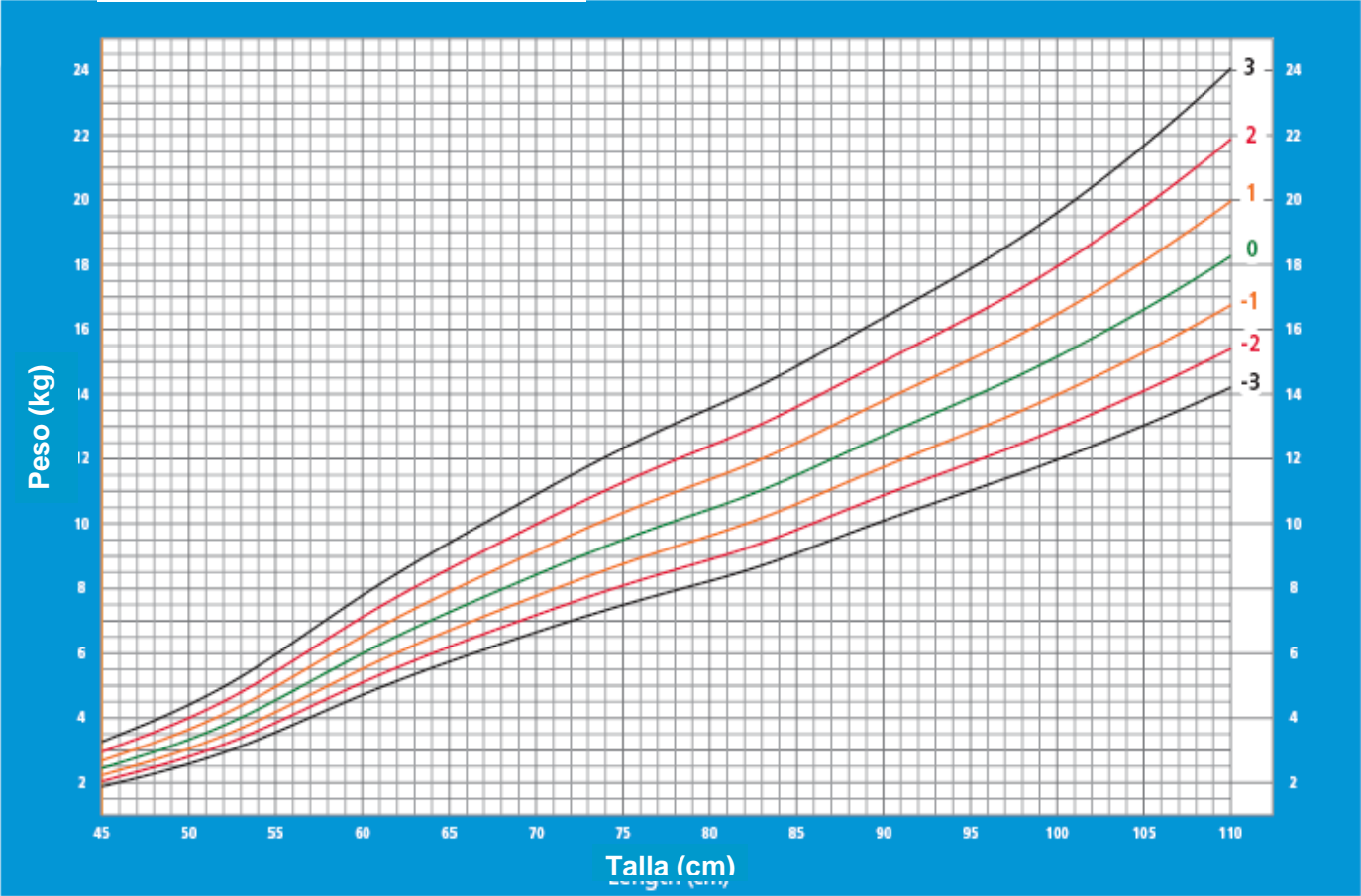
WHO Child Growth Standards

# CURVAS DE CRECIMIENTO DEL

## Peso para Talla NIÑOS



Nacimiento a 2 años (puntuación Z)



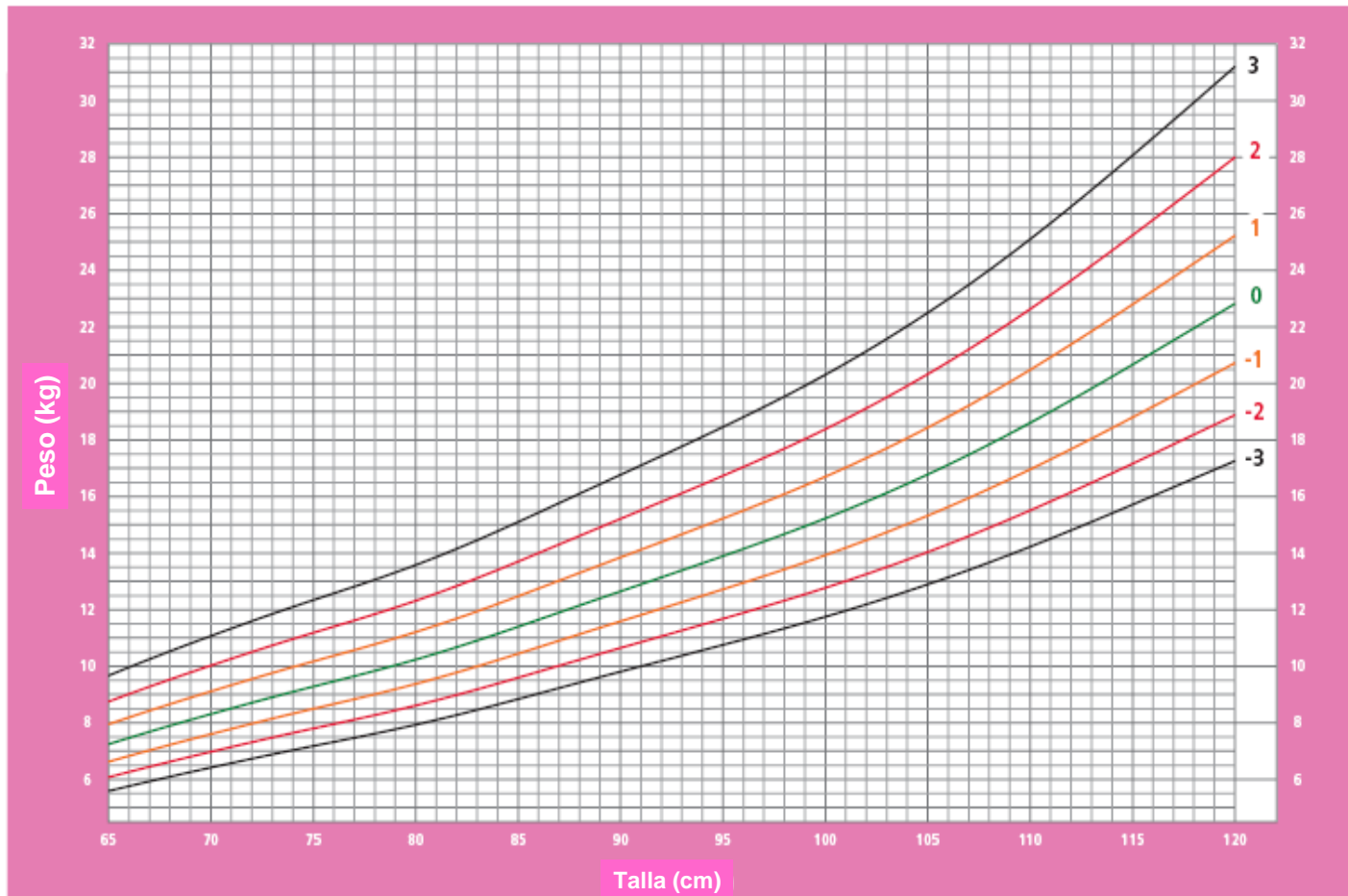
WHO Child Growth Standards

## CURVAS DE CRECIMIENTO DEL

### Peso para Talla NIÑAS



2 a 5 años (puntuación Z)



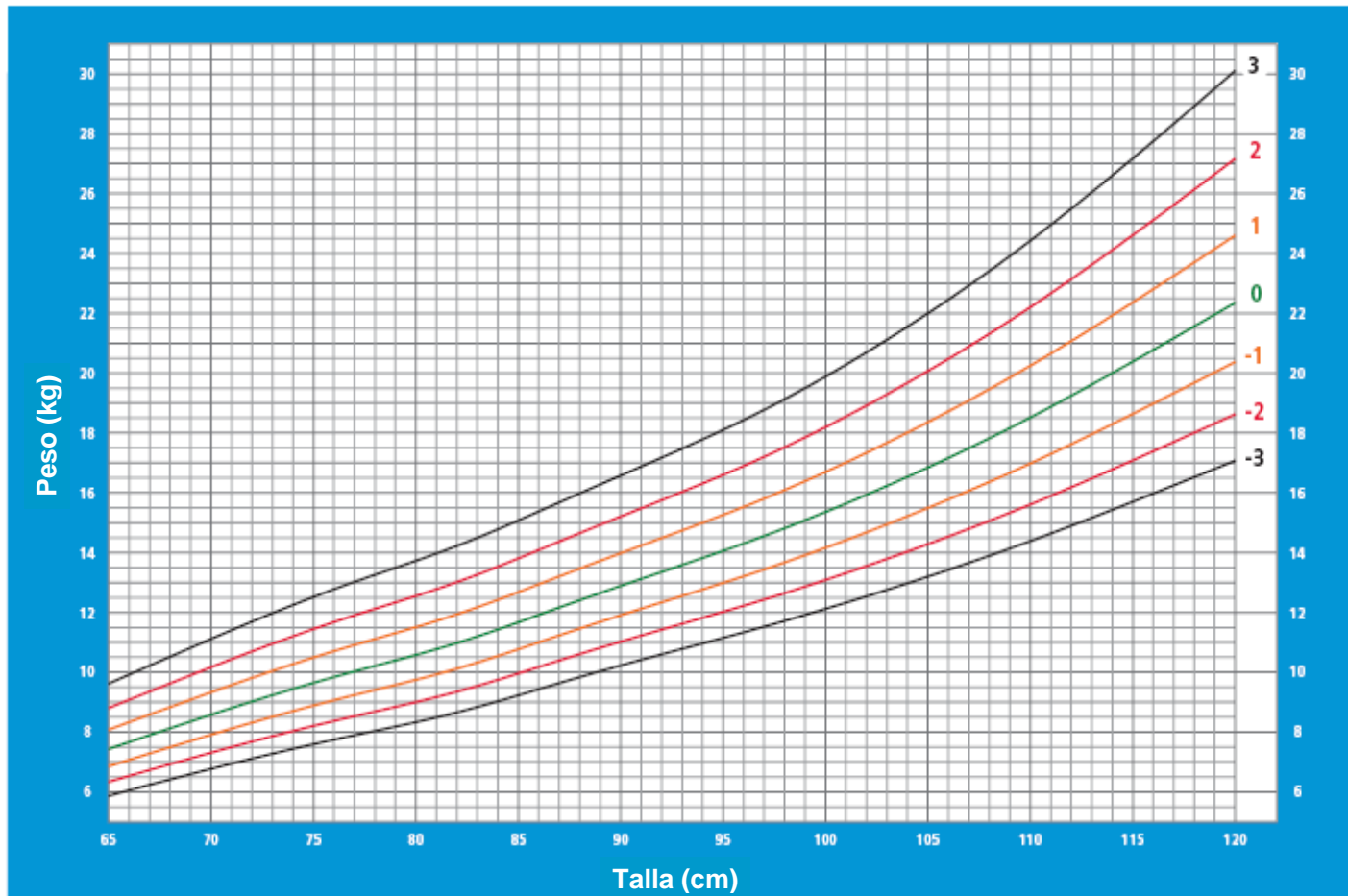
WHO Child Growth Standards

## CURVAS DE CRECIMIENTO DEL

### Peso para Talla NIÑOS



2 a 5 años (puntuación Z)



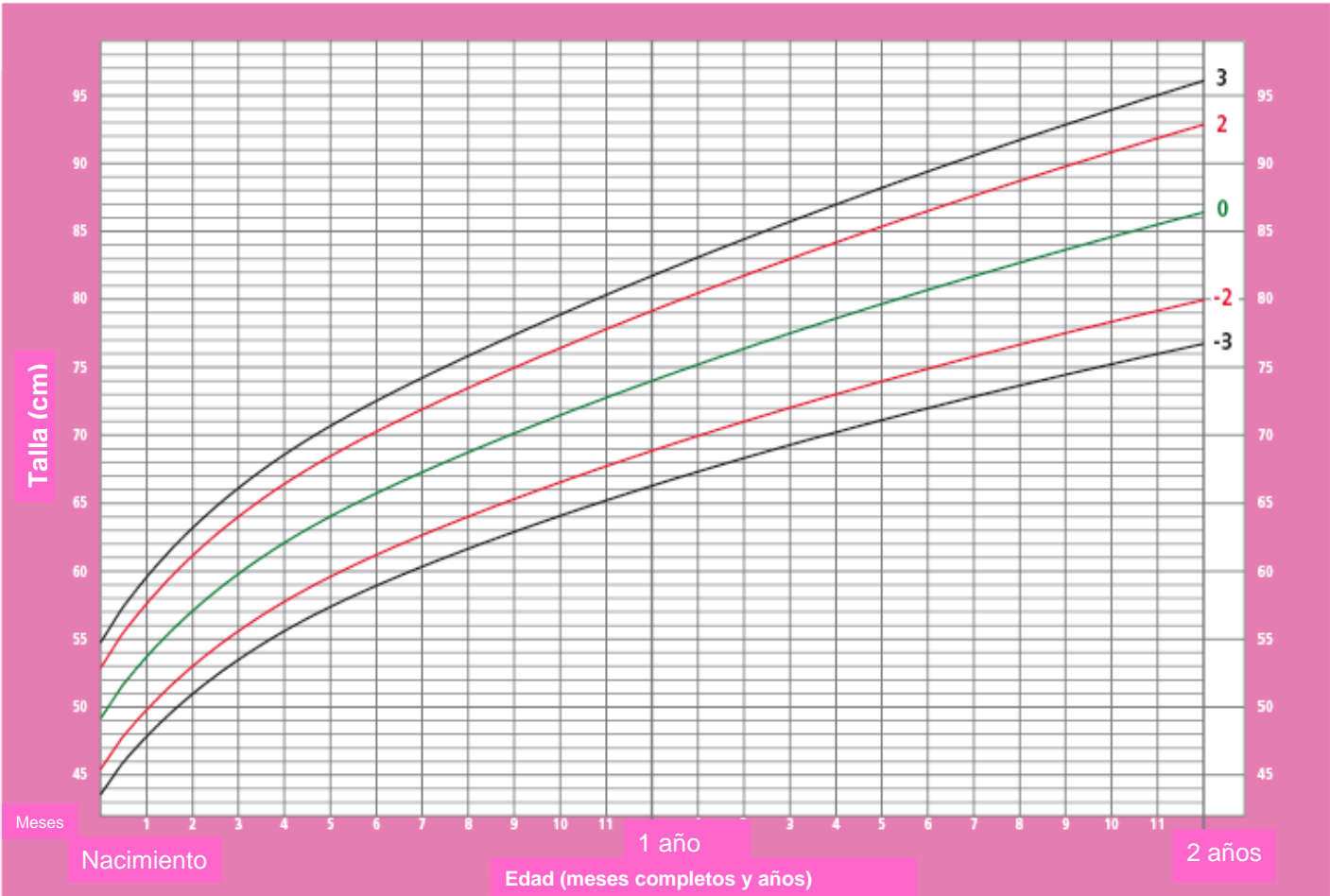
WHO Child Growth Standards

# CURVAS DE CRECIMIENTO DEL

## Talla para Edad NIÑAS



Nacimiento a 2 años (puntuación Z)

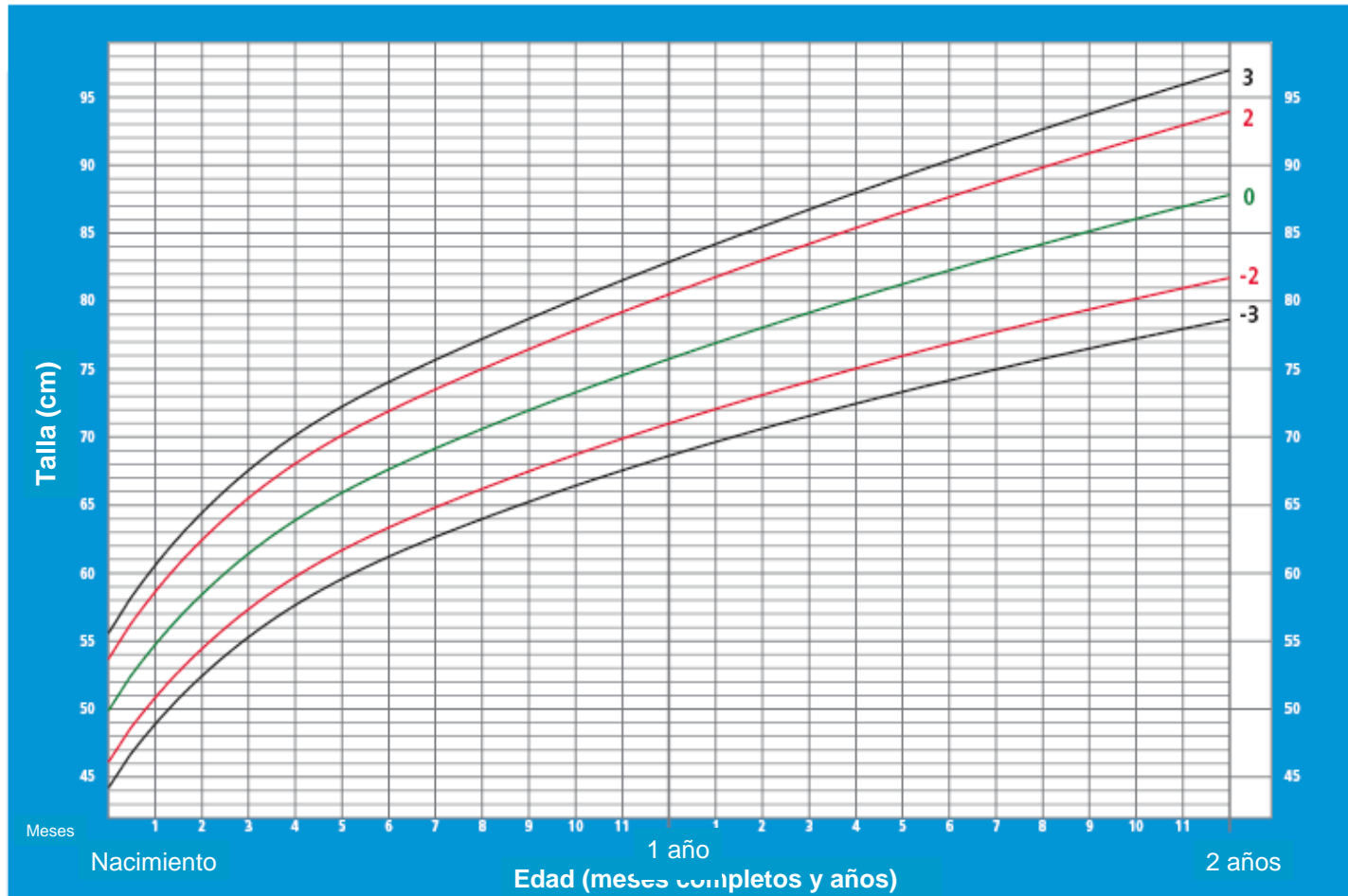


WHO Child Growth Standards

# CURVAS DE CRECIMIENTO DEL

## Talla para Edad NIÑOS

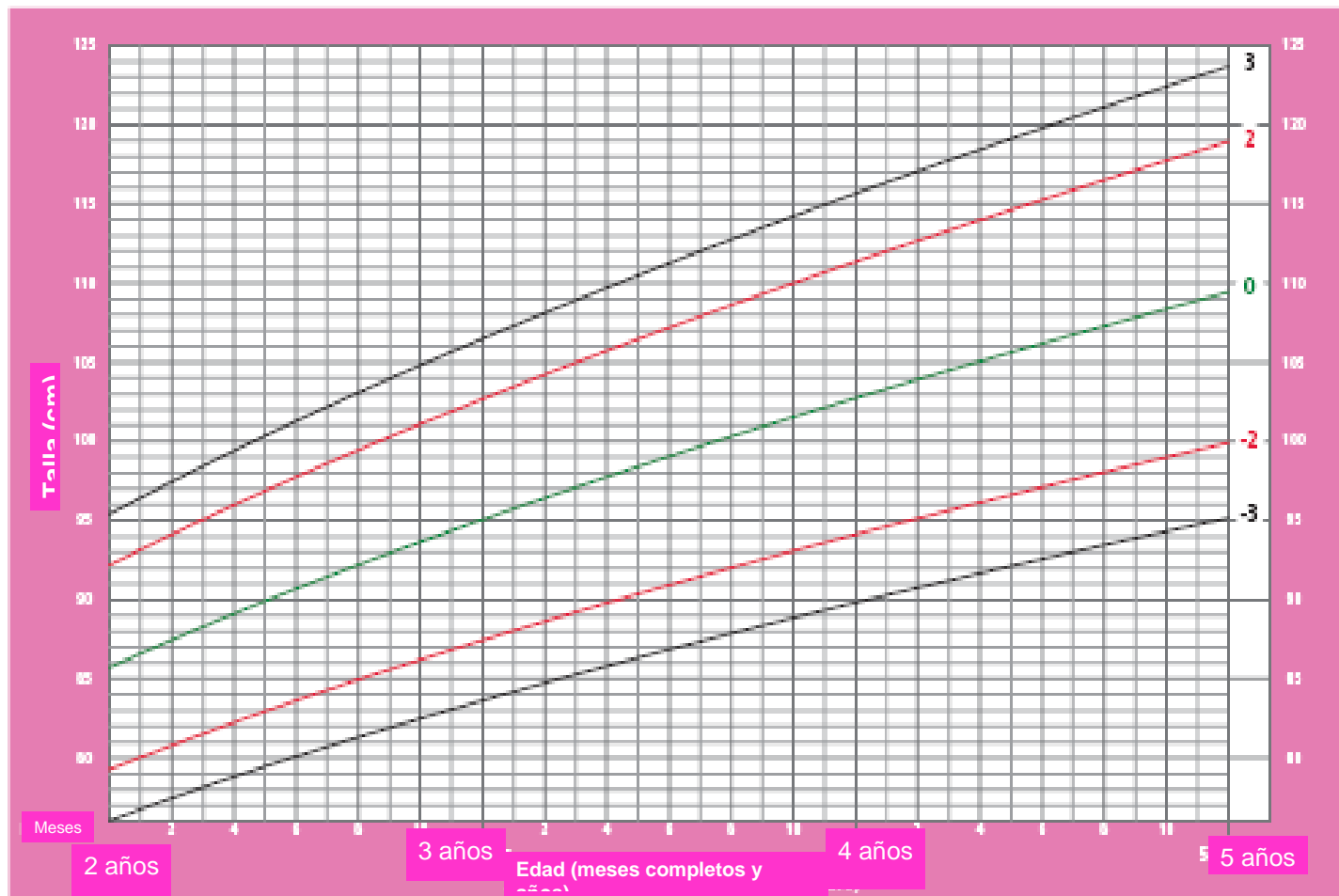
Nacimiento a 2 años (puntuación Z)



WHO Child Growth Standards

## CURVAS DE CRECIMIENTO DEL

### Talla para Edad NIÑAS 2 a 5 años (puntuación Z)

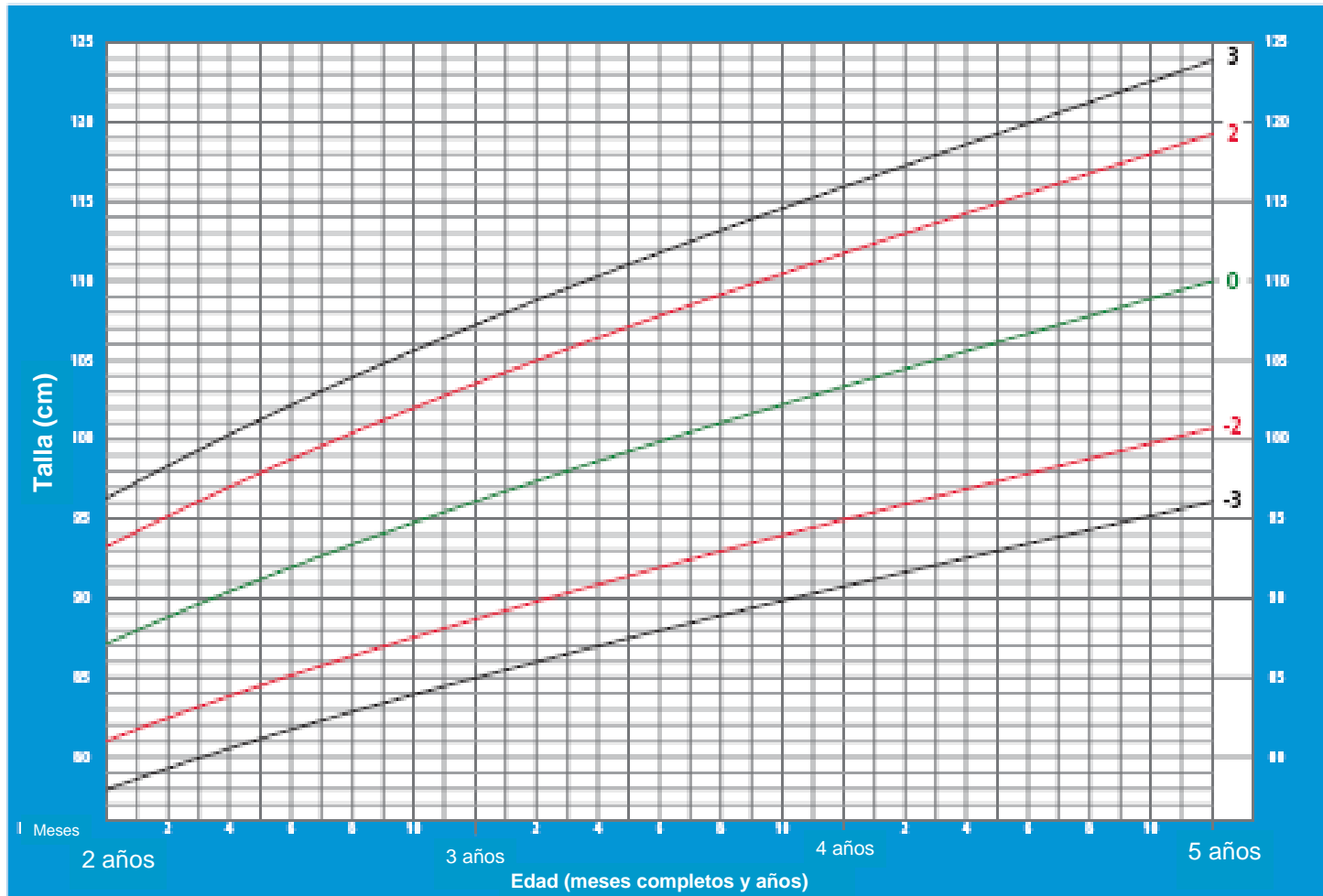


WHO Child Growth Standards

# CURVAS DE CRECIMIENTO DEL

## Talla para Edad NIÑOS

2 a 5 años (puntuación Z)

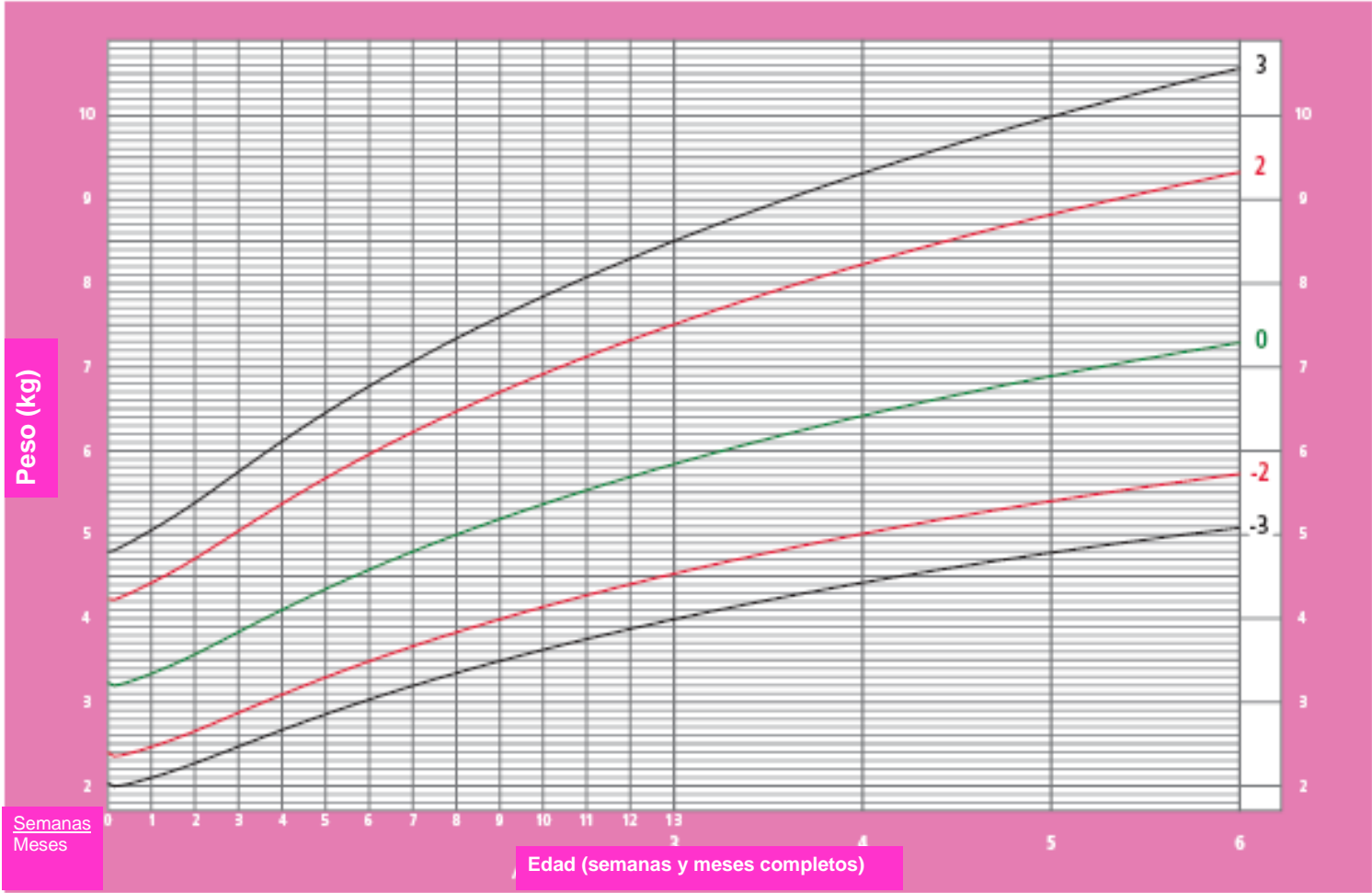


WHO Child Growth Standards

# CURVAS DE CRECIMIENTO DEL

## Peso para Edad NIÑAS

Nacimiento a 6 meses (puntuación Z)



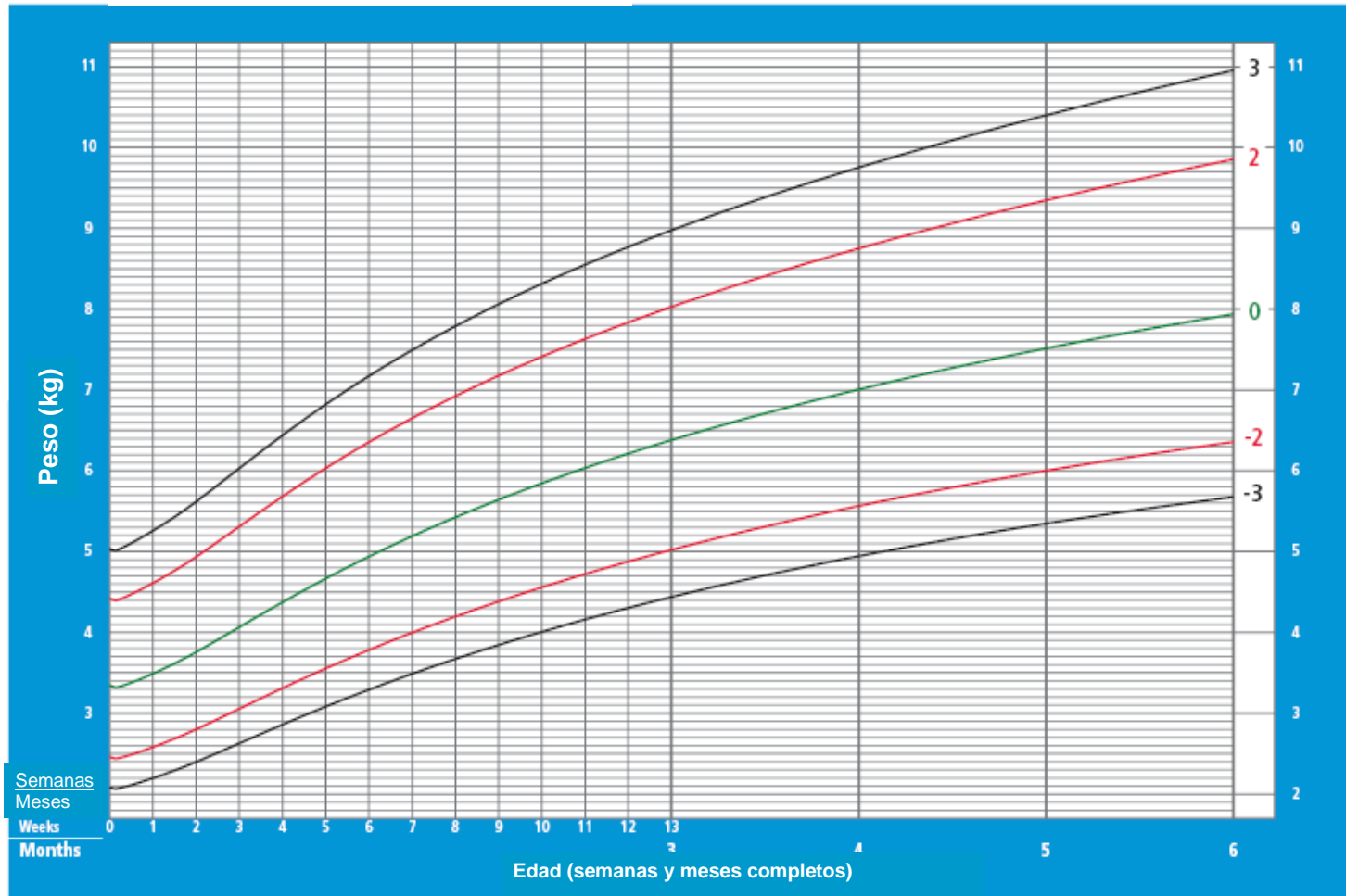
WHO Child Growth Standards

# CURVAS DE CRECIMIENTO DEL

## Peso para Edad NIÑOS

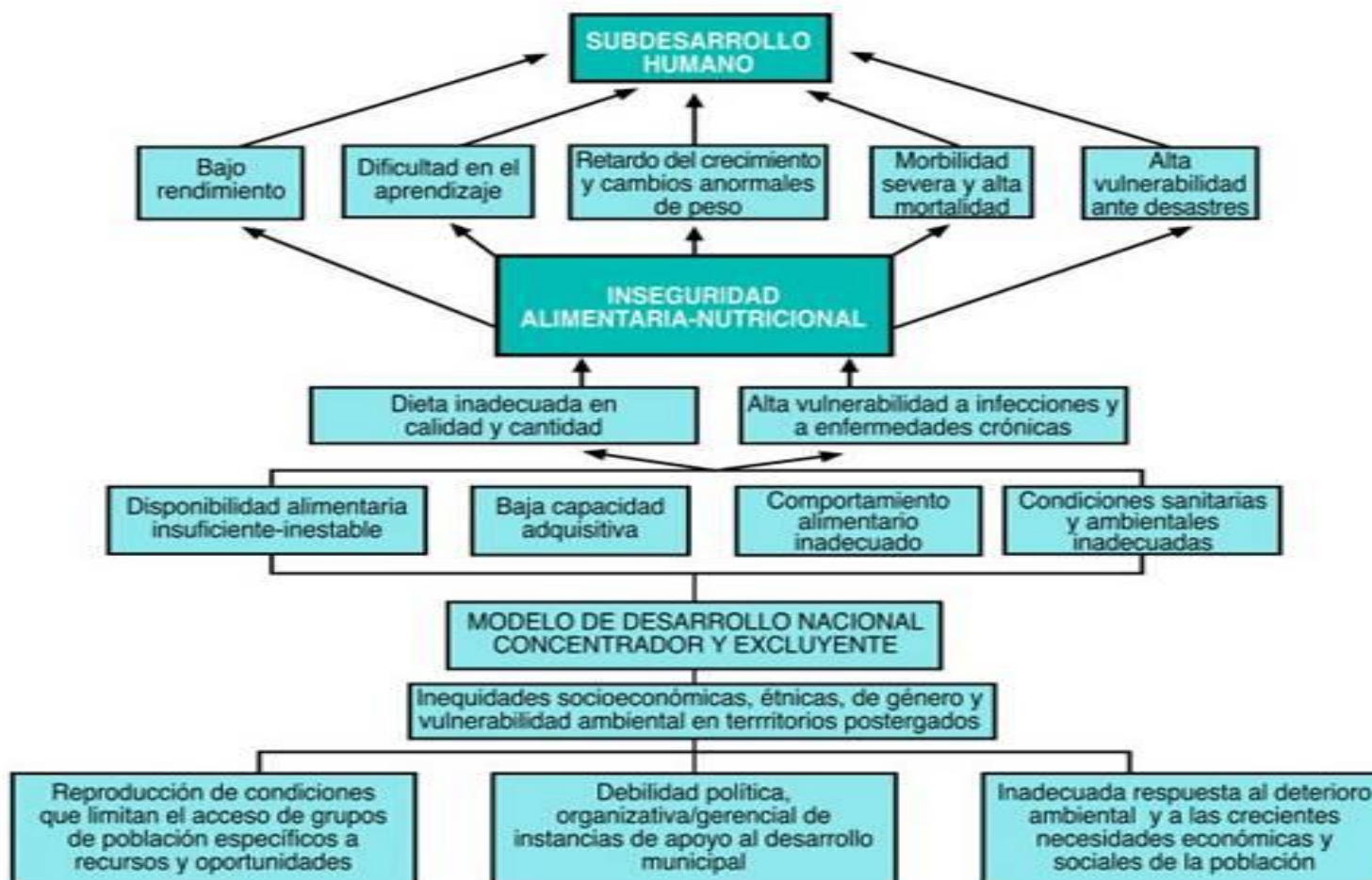


Nacimiento a 6 meses (puntuación Z)



WHO Child Growth Standards

## Árbol de problemas de la Inseguridad Alimentaria y Nutricional



Fuente: INCAP/OPS. "La Iniciativa de SAN en Centroamérica". Marzo 1, 1999.



Centro de Salud Blanca Flor



Realizando control de peso con niña identificada con desnutrición aguda leve moderada



Realizando toma de talla con niña identificada con desnutrición aguda leve moderada



Registrando datos del control de desarrollo y crecimiento y orientacion



Realizando encuesta a las madres y búsqueda de niños/as con desnutrición



En visita domiciliaria para seguimiento de niño identificado con desnutrición aguda leve



Con familia de niño identificado con desnutrición aguda leve



Familia de niño con desnutrición en el interior de la casa



Familia de niña identificada con desnutrición aguda leve .



Niña con desnutrición aguda leve recibiendo su nutri bebe



Niña identificada con desnutrición aguda leve



Realizando control de peso a niños/as en la comunidad.



Realizando control de talla a niños/as en la comunidad



Disertando el tema de desnutrición a las madres en sesión educativa



Disertando el tema de lactancia materna a las madres en sesión educativa

