



**UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABÍ**

**TÍTULO**

**“FORMACIÓN DE HÁBITOS ALIMENTICIOS SALUDABLES EN EL  
DESARROLLO CONGÉNITO”**

**AUTORA:**

**ÁNGELA MARÍA IBARRA ROSADO**

**Unidad Académica Extensión Chone**

**Carrera Nutrición y Dietética**

**Chone – Manabí - Ecuador**

**2017**



**UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ**  
**EXTENSIÓN CHONE**

**CERTIFICACIÓN DE LA APROBACIÓN DEL TUTOR**

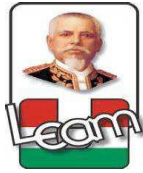
Lic. Eddy Mendoza Rodríguez docente de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí Extensión Chone en calidad de Tutor del Proyecto de investigación titulado **“FORMACIÓN DE HÁBITOS ALIMENTICIOS SALUDABLES EN EL DESARROLLO CONGÉNITO”**, certifico que ha sido revisado y socializado en varias sesiones de trabajo bajo mi guía y supervisión con la egresada; el mismo que se encuentra listo para su presentación.

Las opiniones y conceptos vertidos en el mismo, son fruto del trabajo, perseverancia y seguridad de su autora **ANGELA MARÍA IBARRA ROSADO**, siendo el presente trabajo de su exclusiva responsabilidad.

Chone, diciembre del 2017

---

Lic. Eddy Mendoza Rodríguez  
**TUTOR**



**UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ**  
**EXTENSIÓN CHONE**

**DECLARACIÓN DE AUTORÍA**

La suscrita **ANGELA MARÍA IBARRA ROSADO** con cédula de identidad N° **131541557-8**, dejo constancia, que soy autora del Proyecto de investigación titulado **“FORMACIÓN DE HÁBITOS ALIMENTICIOS SALUDABLES EN EL DESARROLLO CONGÉNITO”**

En tal sentido manifiesto la originalidad de la conceptualización del trabajo, además asumo las opiniones y responsabilidad de las investigaciones presentadas es exclusividad de su autora.

Chone, diciembre del 2017

---

Ángela María Ibarra Rosado  
131541557-8



**UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ  
EXTENSIÓN CHONE**

**APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN**

Los miembros del tribunal Examinador aprueban el Proyecto de investigación titulado **“FORMACIÓN DE HÁBITOS ALIMENTICIOS SALUDABLES EN EL DESARROLLO CONGÉNITO”** elaborado por **ANGELA MARÍA IBARRA ROSADO** con C.C. **131541557-8**, egresada de la Carrera de Nutrición y Dietética.

Chone, diciembre del 2017

---

Ing. Odilón Schnabel Delgado, Mgs.  
**DECANO**

---

Lic. Eddy Mendoza Rodríguez  
**TUTOR**

---

**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

---

**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

---

**Lic. Fátima Saldarriaga**  
**SECRETARIA**

## **DEDICATORIA**

Principalmente a mi Padre celestial, por brindarme la oportunidad de este momento tan importante en mi formación profesional, por los éxitos y momentos complejos que me han enseñado a valorar los instantes de la vida.

A mis padres por ser las personas más bellas y hermosas por acompañarme y apoyarme durante toda mi vida estudiantil, por demostrarme su cariño sin importar tiempos y espacios.

A mi hija Aythana mi eterna inspiración, mi gotita de miel que endulza día a día mis mañanas.

**Ángela María**

## RECONOCIMIENTO

A Dios, por permitirme continuar y guiarme para culminar esta hermosa etapa, en la que se expresa que ese arduo compromiso obtuvo sus frutos.

A mis padres que sin duda alguna fueron han sido y serán mi eterna luz para llegar a tan grandes objetivos, ya que con su apoyo incondicional lo he logrado, gracias a mi madre por siempre estar conmigo y ser mi eterna compañera, gracias a mi padre por siempre desear y soñar lo mejor para mi vida, gracias por cada consejo y por cada una de sus palabras que me han servido como eterna guía.

A la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí Extensión Chone por permitirme convertir en un ente profesional productivo para nuestra sociedad.

Gracias a cada uno de los docentes que han sido parte de este proceso integral de formación, que dejan una gamma de aprendizaje en mi proceso formativo de mi historia personal.

Gracias a todas las personas que fueron participes de este proceso.

**Ángela María**

## RESUMEN

La presente investigación se realizó, en la escuela “5 De Mayo” del Cantón Chone, su objetivo principal fue; Determinar la formación de hábitos alimenticios saludables en el desarrollo congénito de dicha institución, En la adopción de los hábitos alimentarios intervienen principalmente tres agentes; la familia, los medios de comunicación y la escuela, se utilizó una metodología descriptiva, observacional de corte transversal. Para la obtención de información se llevó a cabo una encuesta para identificar los factores que influyen en la presencia del mal desarrollo congénito, se aplicó un muestreo aleatorio simple. En cuanto a los resultados se describen que De los 100 encuestado se manifiesta que un 36% consume carbohidrato en su alimentación, mientras que un 29% lo que son grasas, en un 14% verduras y azúcares por lo tanto un 7% consume cereales, en donde un 86% los padres participan en su alimentación diaria, mientras que un 14% describe que sus padres no participan en su alimentación diaria, la propuesta establecida es elaborar una propuesta para medidas de prevención sobre la mala alimentación en el desarrollo congénito, se puede concluir que la influencia de los hábitos alimenticios saludables en el desarrollo congénito se evidenció que el 91% de los padres no tienen una dieta elaborada por un nutricionista especializado en el desarrollo intelectual y físico de su hijo, mientras que un 9% si tiene un nutricionista.

### **Palabras claves:**

Congénito, alimentación, azúcares, carbohidratos.

## **ABSTRACT**

The present investigation was carried out in the school "5 De Mayo" of Cantón Chone, its main objective was; Determine the formation of healthy eating habits in the congenital development of said institution. In the adoption of the alimentary habits, three agents intervene principally; the family, the media and the school, a descriptive, observational cross-sectional methodology was used. To obtain information, a survey was conducted to identify the factors that influence the presence of congenital malformation, a simple random sampling was applied. Regarding the results, it is described that of the 100 respondents it is stated that 36% consume carbohydrate in their diet, while 29% eat fats, 14% vegetables and sugars, and therefore 7% consume cereals, where 86% of parents participate in their daily diet, while 14% describe that their parents do not participate in their daily diet, the established proposal is to elaborate a proposal for prevention measures on poor diet in congenital development, can conclude that the influence of healthy eating habits on congenital development showed that 91% of parents do not have a diet prepared by a nutritionist specializing in the intellectual and physical development of their child, while 9% if they have a nutritionist.

### **Keywords:**

Congenital, food, sugars, carbohydrates.



# ÍNDICE

## Contenido

CERTIFICACIÓN DE LA APROBACIÓN DEL TUTOR.....	i
DECLARACIÓN DE AUTORÍA .....	ii
APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN .....	iii
DEDICATORIA .....	iv
RECONOCIMIENTO.....	v
RESUME.....	vi
ABSTRACT.....	vii
ÍNDICE .....	vi
INDICE DE TABLAS.....	ix
INTRODUCCION.....	1
Problema científico de investigación .....	3
Objeto de investigación o de estudio .....	3
Campo de acción.....	3
Hipótesis de la investigación.....	3
Objetivo General.....	3
Variable dependiente.....	3
Variable independiente.....	3
CAPITULO I .....	7
1.1. Hábitos alimenticios.....	7
1.2. Hábitos alimenticios saludables.....	8
1.3. Causas y efectos de mal hábitos alimenticios.....	9
1.4. La construcción social de la normalidad dietética .....	10
1.5. Comer bien, comer mal: ¿una cuestión sólo de educación? .....	14
1.6. Formación de un buen habito alimenticio en su desarrollo congénito y escolar.....	17
1.7. La educación para la salud y hábitos alimentarios .....	18
1.8. Desarrollo congénito.....	20
1.9. Hábitos alimenticios en el desarrollo congénito.....	21
1.10. Azucres .....	22
1.11. Lonchera.....	22
1.12. Epidemiología de la desnutrición y la obesidad.....	22
1.13. Necesidades nutricionales y las habilidades de desarrollo de los bebés.....	23
1.14. Estilos de dar de comer a los niños.....	25

1.15.	Las prácticas de alimentación .....	26
1.16.	Importancia de la alimentación en la vida humana.....	26
1.17.	Alimentación, ambiente físico y salud corporal: el papel de los nutrientes.....	28
1.18.	Alimentación y comportamiento: desarrollo intelectual y cognitivo .....	29
CAPITULO II .....		31
2.DIAGNÒSTICO.....		31
2.1	Población.....	31
2.2	Tipo de Muestra .....	31
2.3	Muestra .....	31
2.4	Criterios de exclusión e inclusión.....	31
2.5	Métodos .....	31
2.6	Técnicas.....	31
CAPITULO III .....		45
3.DISEÑO DE LA PROPUESTA.....		45
3.1	TEMA:.....	45
3.2	Datos Informativo: .....	45
3.3	Cobertura y localización:.....	45
3.4	Equipo Técnico Responsable:.....	45
3.5	Costo .....	46
3.6	Justificación.....	46
3.7	Objetivos Objetivo General.....	47
3.8	Objetivos Específicos.....	47
3.9	Análisis de Factibilidad .....	47
3.10	Fundamentación científica.....	47
3.10.1	Mala alimentación.....	47
3.10.2	Consecuencias por una mala alimentación.....	47
3.10.3	Anemia. ....	48
3.10.4	Anemias Hemolíticas.....	48
3.10.5	Esferositosis Hereditaria .....	48
3.10.6	Aspectos epidemiológicos.....	49
3.10.7	Talasemia .....	50
Clasificación.....		51
3.10.8	Dieta recomendada para prevenir un mal desarrollo congénito.....	52
3.10.9	Descanso emocional.....	52
3.10.10	Ejercicio físico.....	53
3.10.9	Manifestaciones clínicas .....	53

5. CONCLUSIONES .....	55
6. RECOMENDACIONES .....	56
Bibliografía .....	57

## INDICE DE TABLAS

Table 1 ¿SU ESTILO DE VIDA ALIMENTICIO ESTA DICTADO POR UN NUTRICIONISTA ?.....	33
Table 2¿ CREE UD. QUE LLEVA UNA VIDA ALIMENTICIA EQUILIBRADA Y SANA?.....	34
Table 3 ¿ SUS PADRES PARTICIPAN EN LA ELABORACION DE SU ALIMENTACION DIARIA ? .....	35
Table 4 ¿ QUE TIPO DE ALIMENTO UD. CONSUME MAS DIARIAMENTE?.....	36
Table 5 ¿ UD. A SENTIDO MALESTAR CON SU ASPECTO FISICO?.....	37
Table 6 ¿ ESTA DISPUESTO A RECIBIR UN TIPO DE CAPACITACION PARA MEJOR SU ESTILO DE VIDA ALIMENTICIA? .....	38
Table 7 ¿ Ud. CUMPLIRIA CON UN MENU ESTANDAR ESTABLECIDO POR UN NUTRICIONISTA? .....	39
Table 8 ¿ UD. REALIZA ALGUNA ACTIVIDAD FISICA? .....	40
Table 9 ¿ TIENE ANTECEDENTES DE FAMILIARES CON PROBLEMAS DE OBESIDAD.? .....	41
Table 10 ¿ CREE UD. QUE LOS FACTORES SOCIOECONOMICO INFLUYE EN EL ESTILO DE VIDA ALIMENTICIO ?.....	42

## INTRODUCCION

Al hablar de formación de hábitos alimenticios se lo define como un patrón o costumbre que una persona u individuo coge a diario para su alimentación estos se dan de forma culturas, social y económica. .(Restrepo, 2005)

Sin embargo, la mayoría de los autores converge en que se tratan de manifestaciones recurrentes de comportamiento individuales y colectivas respecto al qué, cuándo, dónde, cómo, con qué, para qué se come y quién consumen los alimentos, y que se adoptan de manera directa e indirectamente como parte de prácticas socioculturales. (Bartrina, 2004)

En la adopción de los hábitos alimentarios intervienen principalmente tres agentes; la familia, los medios de comunicación y la escuela. En el caso de la familia, es el primer contacto con los hábitos alimentarios ya que sus integrantes ejercen una fuerte influencia en la dieta de los niños y en sus conductas relacionadas con la alimentación. (Restrepo, 2005; Héctor Poletti, 2007).

La etapa nutricional está influenciada por factores económicos, sociales y culturales, y por la disponibilidad, el acceso, el consumo y el beneficio biológico de los alimentos. Estudios realizados en América Latina y en los países en desarrollo coinciden en que el bajo poder adquisitivo, el limitado nivel educativo y las malas condiciones de higiene de los alimentos se relacionan con las altas tasas de desnutrición, además de la interacción entre la desnutrición y las infecciones, que se agravan mutuamente. (Llargués, 2009)

La presente revisión de hábitos alimentarios en el desarrollo congénitos en niños y el papel que juega la educación para la salud en la disposición de estos hábitos, se enfoca ante la problemática que existe entre la modificación de estos y el aumento de la obesidad en niños; así como la asociación de la obesidad como factor de riesgo de padecer enfermedades (diabetes, enfermedades cardiovasculares e hipertensión arterial) durante la edad adulta. (Macias, 2012).

El propósito de esta investigación es Determinar la formación de hábitos alimenticios saludables en el desarrollo congénito, debido a que es importante evaluar de qué manera se están alimentando los niños en su etapa de crecimiento o desarrollo con la finalidad de ver si se está adaptando una dieta equilibrada y estable para su estatura y peso.

Según estudios mundiales dado por la OMS, el número de lactantes y niños pequeños (de 0 a 5 años) que padecen sobrepeso u obesidad crece de 33 millones en 1990 a 44 millones en 2013. Sólo en la Región de África de la OMS, el número de niños con sobrepeso u obesidad aumentó de 5 a 10 millones en el mismo período. En los países en desarrollo con economías emergentes (clasificados por el Banco Mundial como países de ingresos bajos y medianos) la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil entre los niños en edad preescolar supera el 30%. (OMS, 2016).

UNICEF en Ecuador, expresó su preocupación por el incremento de los índices de sobrepeso y obesidad registrados en los últimos años en el país. Según datos de la Encuesta de Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT-ECU 2011-2013), Ecuador registra un 8,7% de niños menores de cinco años con exceso de peso, mientras que en las edades entre 5 y 11 años, este índice se triplica, llegando al 30,9% y en el caso de los adolescentes, hasta el 27%. (UNICEF ECUADOR, 2014)

La metodología que se planteó es de tipo descriptivo, observacional, no experimental de corte transversal, su fundamento se basa en la realización formación de un correcto hábito alimenticio en niños y mejorar su estilo de vida para evitar enfermedades cardiovasculares en un futuro. Además de técnicas secundarias como contenidos bibliográficos y lectura de artículos científicos. Para la selección de la muestra se utilizó el muestreo de selección aleatoria. Para el procesamiento estadístico se utilizará el programa IBM SPSS 22.

Se evidencia la importancia de la presente investigación, indicando que un estudio temprano puede prevenir muchas complicaciones futuras en la salud de los niños. Se cree que los resultados obtenidos incluyen en niños con

presencia de malos hábitos alimenticio, posteriormente será realizada pruebas nutricionales, valoración del paciente.

La técnica que se utilizará para medir el correcto estilo de vida de las personas será mediante la encuesta una técnica metodología, reforzada con el consentimiento de representado para dicha ejecución.

Esta investigación es viable ya que se cuenta con los recursos económicos, sociales, culturales necesarios para su ejecución.

### **Problema científico de investigación**

¿De qué manera la formación de hábitos alimenticios saludables se relaciona con el correcto desarrollo congénito?

### **Objeto de investigación o de estudio**

Hábitos alimenticios saludables

### **Campo de acción**

Formación de hábitos alimenticios saludables en el desarrollo congénito.

### **Hipótesis de la investigación.**

“La formación de hábitos alimenticios saludables es un parámetro indicador para el correcto desarrollo congénito.”

### **Objetivo General**

Determinar la formación de hábitos alimenticios saludables en el desarrollo congénito.

### **Variables.**

#### **Variable dependiente**

Desarrollo congénito

#### **Variable independiente**

Formación de hábitos alimenticios saludables

### **Tareas de Investigación.**

**Tarea 1:** Conocer la influencia de los hábitos alimenticios saludables en el desarrollo congénito

**Tarea 2:** Proporcionar hábitos alimenticios saludables en el desarrollo congénito

**Tarea 3:** Establecer la evolución nutricional en el desarrollo congénito.

**Tarea 4:** Diseñar una propuesta como alternativa de solución al problema planteado.



## DISEÑO METODOLÓGICO

### Población

La presente investigación la componen los niños de la escuela “5 De Mayo” del Cantón Chone. Que es nuestra población y Universo que son 136 alumnos según describe el Director de dicha institución.

### Tipo de Muestra

El tipo de muestreo que se utilizó fue las probabilísticas, aleatoria simple, porque se recogió muestras de la población, con el probabilístico voluntario a la hora de recolectar la técnica de la encuesta.

### Muestra

Para la presente investigación nuestro Universo representa 136 personas. En la Escuela 5 De Mayo del cantón Chone. Para el tamaño de la muestra de los estudiantes se aplicó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{z^2 PQN}{z^2 PQ + Ne^2}$$

### Muestreo

N =	Universo	136
n =	Tamaño de la muestra	<i>i</i>
P =	Probabilidad de Ocurrencia	<b>0.50</b>
Q =	Probabilidad de no concurrencia	<b>0.50</b>
Z =	Nivel de confianza	<b>1.96%</b>
e =	Nivel de desconfianza	<b>5%</b>

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.50)(0.50)(136)}{(1.96)^2(0.50)(0.50) + (136) (0.05)^2}$$

$$n = \frac{(3.8416)(0.25) (136)}{(3.8416)(0.25) + 136 ( 0.0025)}$$

$$n = \frac{(131)}{(1,300364)} \quad \mathbf{100}$$

## **Criterios de exclusión e inclusión**

### **Criterios de inclusión**

- Niños de 5 a 11 años de edad pertenecientes a la Escuela “5 De Mayo”.
- Niños que fueron autorizados con consentimiento informado.

### **Criterios de exclusión**

- Niños no pertenecientes a la Escuela “5 De Mayo”.
- Niños que no fueron autorizados consentimiento informado.

## **Métodos**

El aseguramiento metodológico estará dado en primer lugar, por la utilización de los métodos de investigación teóricos, entre los utilizados para el desarrollo de la investigación están los siguientes

**Método Descriptivo.-** Permite el alcance de información necesario para la elaboración de la presente investigación.

**Método observacional.-** Mediante la misma se podrá familiarizar con problema, ayudándonos a describir el comportamiento de las variables a analizar

**Método Estadístico.-** Para el análisis y presentación de resultado de los datos de las fuentes primarias, se utilizó las herramientas de análisis del IBM SPSS STATISTICS.

### **Técnicas.**

Incluye la observación científica y la aplicación de encuestas dirigida a padres y niños de familia de la escuela “5 De Mayo” del Canto Chone.

# CAPITULO I

## 1 MARCO TEORICO

### 1.1. Hábitos alimenticios

Se lo define como un patrón o costumbre que una persona u individuo coge a diario para su alimentación estos se dan de forma culturas, social y económica. (Restrepo, 2005)

Definir a los hábitos alimentarios no resulta sencillo ya que existe una diversidad de conceptos, sin embargo, la mayoría converge en que se tratan de manifestaciones recurrentes de comportamiento individuales y colectivas respecto al qué, cuándo, dónde, cómo, con qué, para qué se come y quién consumen los alimentos, y que se adoptan de manera directa e indirectamente como parte de prácticas socioculturales. (Macias, 2012)

En la adopción de los hábitos alimentarios intervienen principalmente tres agentes; la familia, los medios de comunicación y la escuela. En el caso de la familia, es el primer contacto con los hábitos alimentarios ya que sus integrantes ejercen una fuerte influencia en la dieta de los niños y en sus conductas relacionadas con la alimentación. (Restrepo, 2005)

Los hábitos alimentarios se aprenden en el seno familiar y se incorporan como costumbres, basados en la teoría del aprendizaje social le imitadas de las conductas observadas por personas adultas que respetan. Otros modos de aprendizaje se dan a través de las preferencias o rechazos alimentarios en los niños, en donde estos últimos son expuestos repetidamente a una serie de alimentos que conocen a través del acto de comer enmarcado por encuentros entre padres e hijos. (Macias, 2012)

Sin embargo, los hábitos alimentarios se han ido modificando por diferentes factores que alteran la dinámica e interacción familiar; uno de ellos corresponde a la situación económica que afecta los patrones de consumo tanto de los

niños como de los adultos, la menor dedicación y falta de tiempo para cocinar, lo que provoca que las familias adopten nuevas formas de cocina y de organización y la pérdida de autoridad de los padres en la actualidad, ha ocasionado que muchos niños coman cuándo, cómo y lo que quieran. (Restrepo, 2005)

En el caso de la escuela, dicha institución permite al niño enfrentarse a nuevos hábitos alimentarios que en muchas ocasiones no son saludables; aunque también asume un rol fundamental en la promoción de factores protectores en cuestión de hábitos alimentarios. (Macias, 2012)

## **1.2. Hábitos alimenticios saludables**

Considerando que la alimentación y la nutrición son procesos influenciados por aspectos biológicos, ambientales y socioculturales y que durante la infancia contribuyen a un desarrollo y crecimiento óptimo, así como una maduración biopsicosocial, es necesario que los niños adquieran durante esta etapa hábitos alimentarios saludables. Sin embargo, para ello es necesario considerar factores de tipo fisiológicos, sociales y familiares, donde estos últimos ejercen una fuerte influencia en los patrones de consumo. No obstante, los hábitos alimentarios se han ido modificando por factores que alteran la dinámica familiar tales como la menor dedicación y falta de tiempo para cocinar y la pérdida de autoridad en cuanto a la cantidad y calidad de los alimentos que consumen los niños. (Macias, 2012)

La alimentación es uno de los pilares esenciales de la salud y el bienestar. No en vano, el tipo de alimentación puede determinar la aparición de enfermedades como la obesidad, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y diversos tipos de cáncer. De hecho, existen estimaciones que cuantifican en más del 30% los cánceres que tienen una conexión directa con los alimentos de nuestra dieta. (Ayechu, 2010)

Dentro de unos buenos hábitos alimentarios debemos contemplar la inclusión de todos los grupos de alimentos.

De este modo, la dieta debería incluir:

- 5 raciones diarias o más de frutas, verduras y hortalizas (una de las raciones de verduras y hortalizas debería ser en crudo).
- Los cereales integrales y sus derivados deben formar parte de la dieta de manera primordial. Esto se traduce en 4-6 raciones diarias de alimentos ricos en este nutriente (Una ración sería, un plato de pasta, arroz o patatas, 60 g de pan, etc.). (Busdiecker, 2000)
- **Legumbres** de 2 a 4 veces por semana.
- **Pescado** de 2 a 4 raciones por semana, incluyendo pescado azul.
- **Aceite de oliva virgen**, tanto para cocinar, como para aliñar.
- Disminuir el consumo de carnes, derivados cárnicos y embutidos.
- Disminuir el consumo de alimentos preparados, precocinados, refinados, bollería y dulces.
- Se puede tener una dieta vegetariana equilibrada y saludable sustituyendo los alimentos de origen animal por alimentos vegetales: haciendo una buena combinación de proteínas vegetales (legumbres, cereales y frutos secos) y haciendo hincapié en los nutrientes que escasean en los alimentos vegetales (vitamina B12, vitamina D, hierro, zinc y grasa omega 3 de origen marino). (Bartrina, 2004)

### **1.3. Causas y efectos de mal hábitos alimenticios**

Unos malos hábitos alimentarios son aquellos que no proporcionan la energía y los nutrientes que necesitamos para que nuestro organismo funcione correctamente y para que podamos desempeñar nuestras actividades cotidianas. (Estevan, 2004)

También se incluyen aquí las pautas alimentarias que determinan un aporte excesivo de uno o varios nutrientes y también de calorías que pueden determinar la aparición de enfermedades metabólicas como obesidad y

diabetes tipo 2, además de aumentar el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares y cáncer. (Black, 2012)

En definitiva, unos malos hábitos alimentarios tendrán como consecuencia un estado de salud deficiente y la aparición de enfermedades y dolencias. (Gavina, 2001)

Los usos y las actitudes hacia los alimentos son tantos como variados y se manifiestan al expresar el significado de comer, su utilidad o la razón de hacerlo. (Bartrina, 2004)

En ocasiones es posible comer en abundancia como forma para medir las propias capacidades o responder a los apremios que la cultura representa. (Montilva, 2010)

En la sociedad kwakiutl de la costa noroeste americana, la acumulación de abundante comida y su posterior distribución entre el conjunto de la comunidad durante la celebración del potlatch constituían un comportamiento que debía acompañar sin excepción a toda pretensión de convertirse en grandes hombres; del mismo modo, en la época medieval, nobles y terratenientes ingleses podían sentarse a la mesa para consumir festines consistentes en 20 o 30 platos distintos de carnes de diversos tipos con el propósito sociopolítico de simbolizar el poder ejercido sobre el pueblo llano. (Black, 2012)

Por su parte, entre los banyankole, un pueblo pastor del este de África, cuando se prepara a una mujer para el matrimonio, a la edad de ocho años, ya no se le permite jugar ni correr, sino que debe permanecer en casa y beber grandes cantidades de leche diarias hasta engordar de tal modo que, al cabo de un año, apenas si puede andar con pasos vacilantes. Las mujeres de la corte, la madre del rey y sus esposas, son las más gruesas y ello no sólo es signo de estatus sino de belleza. (MacMillan, 2007)

#### **1.4. La construcción social de la normalidad dietética**

Si se toman en cuenta los ejemplos expuestos aquí, podría sorprender el hecho de que en la actualidad los comportamientos alimentarios los refieran las

autoridades políticas y los expertos sanitarios, sobre todo a través del discurso de la salud o la enfermedad, y que se tornen objeto de incumbencia, en primera instancia, de orden médico. Sin embargo, no hay razones para tal sorpresa. (Aranda, 1995)

La larga tradición de la medicina occidental de proveer información y consejos sobre la cantidad y la composición de la comida sana, la regulación del peso y la prevención de enfermedades ha contribuido a privilegiar las funciones biológicas de los alimentos a lo largo del tiempo y, dada su influencia en otros sistemas médicos, también del espacio. (Quirantes Moreno, 2009)

Que la interpretación biomédica enfatice los aspectos fisiológicos en detrimento de los sociales responde a una lógica que se ha construido al compás de la medicalización de la alimentación. (Montilva, 2010)

Los orígenes de esto se remontan a los tratados hipocráticos que, al aludir al cuidado del cuerpo y la salud, hicieron célebre en la Antigüedad clásica la máxima: que tus alimentos sean tu medicina. (Estevan, 2004)

En adelante, la aplicación de las normas dietéticas pretendió sustituir una buena parte de los motivos pragmáticos o simbólicos sobre los cuales se articulan la selección y el consumo alimentario por otros de interés médico. (Busdiecker, 2000)

Por influencia de la teoría mecanicista, esta tendencia se acentuó durante los siglos XVII y XVIII al conceder más atención a las cualidades sanitarias de los alimentos. (Elizalde, 2012)

El conocido físico inglés George Cheyne asumió la metáfora mecánica del cuerpo instrumento formado de circuitos y flujos para explicar que la comida constituía el combustible que abastecía la máquina humana y afirmar que la dieta rica, es decir, la consumida opíparamente por las elites constituía el origen de numerosas enfermedades y, por tanto, había que modificarla. (artínez, 2009)

El incremento de la producción coincidió en los países occidentales con la distribución menos desigual de los alimentos; en el siglo XIX la prescripción de

límites al consumo excesivo se generalizó a través de sucesivas reformas alimentarias. (Busdiecker, 2000)

Durante este período se manifestó con fuerza lo que Mennell ha denominado el proceso de civilización del apetito con base en la propuesta de Elías. Dicho proceso, producido a lo largo de varios siglos, supuso la modificación de las pautas del comportamiento siempre, según este autor, en una dirección determinada: la civilización se plasmó en un cambio progresivo del ejercicio de constreñimientos principalmente externos (ecológicos, económicos, simbólicos) hacia el desarrollo de constreñimientos internos, los cuales ejercieron las personas sobre sí mismas (dietas, higiene). Por ejemplo, en las áreas de influencia protestante, y en general cristiana, las recomendaciones dietéticas pasaron a formar parte de un reclamo ético. (Estevan, 2004)

En Estados Unidos, estos principios los difundieron en los hogares de las clases obreras los representantes de la New Nutrition. Éstos, un grupo de nutricionistas, reformadores sociales y especialistas en economía doméstica, pretendieron organizar el gasto alimentario al cambiar, sin mucho éxito, las costumbres culinarias. (Montero Bravo, 2006)

En la actualidad, la normalización dietética se ha concretado en torno a la dieta equilibrada, esto es, un patrón alimentario basado en la restricción o promoción del consumo de ciertos alimentos (qué y cuánto comer) y la prescripción de un conjunto de pautas relativas a cómo, cuándo y con quién hacerlo, cuyos objetivos son lograr una nutrición sana exenta de riesgo para la salud. (Aranda, 1995)

No obstante, dichos objetivos implican normalizar la vida cotidiana. En efecto, las múltiples guías publicadas para la promoción de una alimentación saludable, al pretender enseñar a comer bien, es decir, en compañía, ni de prisa ni despacio, a masticar pausadamente, entre tres y cinco veces al día, en horarios bien definidos y en variedad y cantidades justas, promueven una regulación de los modos de vida basada, a su vez, en una responsabilidad del cuidado de sí mismo y la exigencia de una verdadera competencia



dietética. Estas cuestiones se reconocen a través de la medicalización de la obesidad en las sociedades occidentales. (Black, 2012)

Según este enfoque medicalizado de la gordura, la obesidad y el sobrepeso, se asimila como evidente, sin serlo aún, que la grasa mata, que la obesidad es en sí patológica y que todos los obesos son sin excepción enfermos o lo serán. (Elizalde, 2012)

La obesidad representa un signo de trasgresión normativa y la consecuencia de aquello que no debe hacerse: comer mucho y ser ocioso. La percepción negativa de la gordura entre los profesionales de la salud se ha construido, a menudo, sobre la idea de que una vez instaurada, es una enfermedad intratable por la tendencia a ganar peso y por la supuesta falta de interés o voluntad de la persona obesa a hacer dieta y ejercicio para perderlo. (Restrepo, 2005)

Aunque en el ámbito sanitario hay nutricionistas que intentan tratar al paciente como un ser global al adaptar sus consejos a su particularidad biopsicosocial, son muy frecuentes las recriminaciones relativas a las conductas alimentarias en razón de sus dimensiones morales; esto hace sentir a los sujetos faltos de criterio o de competencias e irresponsables: con frecuencia cuando no nos sentimos bien lo compensamos comiendo y bebiendo, aunque no tengamos apetito y en contra de nuestro raciocinio y nuestra salud. (Salazar, 2010)

Al prescribir dietas de adelgazamiento, numerosos facultativos consideran que los portadores de la anomalía (el exceso de grasa) son responsables de su disfunción: si usted está obeso es porque no sabe o no quiere comer bien. (Llargués, 2009)

En el caso de que las personas gordas sean niños, tal responsabilidad se traslada con facilidad a los progenitores, como ha sucedido en fecha reciente en Gran Bretaña, cuando la madre de Connor McCreddie, un niño de nueve años y 89 kilos de peso, estuvo a punto de perder la custodia de su hijo acusada de "negligencia". (Bartrina, 2004)

### **1.5. Comer bien, comer mal: ¿una cuestión sólo de educación?**

Concebir los modos de vida como desordenados o inadecuados a consecuencia de una civilización abundante y decadente ha servido a los expertos sanitarios no sólo para legitimar las acciones de cambio en una dirección determinada civilizar el apetito sino para reproducir y mantener sus prácticas a través de la prevención. (Víctor-Lorenzo-Sellarés, 2017)

El argumento defendido para la educación nutricional en el caso de la obesidad es triple: es posible vivir mejor si se observa una dieta equilibrada, se trabaja más si se goza de una buena salud y representa menos costos para la colectividad. Los objetivos sanitarios, económicos y morales de tales propuestas son, por tanto, claros. (MacMillan, 2007)

Ahora bien, conviene formularse algunas cuestiones respecto de estos planteamientos y tratar de dilucidarlas. En primer lugar, ¿es cierto que no se sabe comer?, ¿es verdad que los comportamientos alimentarios están más desestructurados que en épocas anteriores y que dicha desestructuración afecta a todos por igual? Si es así sorprende, de nueva cuenta, que en estas poblaciones aumentara la esperanza de vida de forma vertiginosa y ello se atribuya, en buena medida, a la mejoría del estado nutricional de determinados grupos sociales. ¿No es entonces que la interpretación biomédica de este no-saber es consecuencia, cuando menos, de su interés por influir en todos los ámbitos de la vida cotidiana? (Lameiras Fernández, 2003)

Numerosas recomendaciones nutricionales han alterado los comportamientos alimentarios en favor de mejorar la salud colectiva al objetar, con mayor o menor acierto, la bondad de los hábitos anteriores y proponer otros nuevos. Ha sido el caso, por ejemplo, de las contradictorias prescripciones médicas sobre la lactancia infantil a lo largo del siglo pasado en España y que en su momento desautorizaron de manera arbitraria las competencias maternas. (Araya, 2002)

Lo que se considera bueno o malo, normal o patológico en salud se transforma a través del tiempo y el espacio y por esta razón conviene ser prudente al establecer dogmas de base científica. (Black, 2012)

Hoy día, en un contexto muy medicalizado, cada vez más prácticas alimentarias se consideran de riesgo (malas) porque los saberes expertos las han objetivado y cuantificado. (Bartrina, 2004)

Por sí mismo, el "riesgo" es un concepto que aparece en las sociedades modernas cuando, en concordancia con el desarrollo del cálculo estadístico, se cree que ante la amenaza de un daño –físico o psíquico– algo puede y debe hacerse para evitarlo. (Héctor Poletti, 2007)

Considerar que evitar las conductas arriesgadas depende, en gran medida, del individuo supone no comprender, tal como argumentan Douglas y Wildasky y Boltanski y Thévenot, que los sujetos perciben o representan un objeto u actividad como arriesgada, según sean el entorno económico y político, el sistema de valores y creencias y la posición que, por razones de género, clase, edad o grupo étnico, ocupan en la estructura social de una sociedad particular. Y son estos condicionantes estructurales los que, organizados en sistemas complejos, afectan a las personas y determinan si para ellas, al final, un comportamiento es preferible o evitable respecto de otros. (Bartrina, 2004)

Los hábitos alimentarios no están determinados de modo exclusivo por la preocupación por la salud o la enfermedad. Para algunos individuos el riesgo de engordar no consiste en contraer una obesidad mórbida, sino en dejar de tener un cuerpo socialmente aceptable y, pese a ello, otras personas gordas no se inquietan por su sobrepeso, sino que hacen de éste una razón para exigir el reconocimiento institucional de su particularidad. (Bartrina, 2004)

Al atender la diversidad de significados atribuidos a la obesidad y, por otro lado, las diferentes causas y efectos de ésta en la salud de las poblaciones, no parece sensato considerarlas aún como una consecuencia de asumir irresponsablemente conductas de riesgo. (Busdiecker, 2000)

En la reciente medida diseñada en España para hacer frente a la obesidad, ésta se define como un mal de carácter ambiental que hay que abordar sin recurrir a una campaña represiva, interpretada por el ciudadano como prescriptiva o de prohibición, sin soslayar que los factores ambientales o del

entorno juegan un papel primordial en el desarrollo de esta epidemia mundial de obesidad, creando el llamado "ambiente obesogénico". (Gavina, 2001)

Se han propuesto, al menos sobre el papel, iniciativas colectivas que comprometen la participación de los diversos agentes sociales referidos, como las escuelas, las industrias alimentarias, las administraciones públicas o los profesionales sanitarios. (Elizalde, 2012)

Sin embargo, ¿por qué las acciones promovidas por los programas de prevención han supuesto cambios mínimos en el entorno socioeconómico, mientras que se potencian aquéllas dirigidas a los individuos? Los objetivos para alcanzar los llamados estilos de vida saludables continúan centrados en modificar las conductas personales, tales como lograr un equilibrio energético y un peso normal, mejorar los conocimientos nutricionales o aumentar la actividad física. Sobre estos ámbitos se trabaja desde hace tiempo y, aun así, el éxito ha sido más bien modesto. (Bartrina, 2004)

Ello se debe, en opinión del autor, a que las acciones propuestas no han tenido en cuenta la compleja naturaleza del comportamiento alimentario ni de la cultura. ¿Por qué se insta a modificar los hábitos alimentarios inadecuados y no se proponen medidas eficaces para cambiar el sistema que es el que, al fin y al cabo, favorece la emergencia de ciertas enfermedades en determinados grupos sociales? Las recomendaciones nutricionales no deben perder de vista, además, que los estudios epidemiológicos señalan para muchos países una mayor prevalencia de la obesidad entre las mujeres y entre la población con menor nivel económico y formativo. (Black, 2012)

Entonces ¿por qué emitir todavía mensajes estandarizados sobre la conveniencia de la actual dieta equilibrada si, por razones estructurales o culturales, mucha gente no puede acceder a ella? Por otro lado, referirse al entorno social cuando se trata de buscar las causas o responsabilidades de ciertos problemas significa no definirlo, tal como se acostumbra hacer desde las instituciones, como una especie de nebulosa abstracta ("ambiente obesogénico") y, en consecuencia, difícilmente abordable, sino aprehenderlo en tanto que organización misma de una sociedad. (Araya, 2002)

## **1.6. Formación de un buen hábito alimenticio en su desarrollo congénito y escolar.**

El estudio de la alimentación y la nutrición ha sido abordado desde las ciencias exactas enfocadas a aspectos fisiológicos y las ciencias sociales que incluyen los hábitos y costumbres alimentarias de cada sociedad. (Busdiecker, 2000)

En ambos procesos intervienen factores biológicos, socioculturales, psicológicos y ambientales. (Busdiecker, 2000)

Por otro lado, la nutrición como proceso aporta energía para el funcionamiento corporal, regula procesos metabólicos y ayuda a prevenir enfermedades, Desde 2005 la llamada tridimensionalidad de la nutrición establece las relaciones entre los alimentos y los sistemas biológicos, sociales y ambientales de cada sociedad. (Macias, 2012)

Los procesos antes mencionados cumplen dos objetivos primordiales durante la infancia: 1) conseguir un estado nutritivo óptimo, mantener un ritmo de crecimiento adecuado y tener una progresiva madurez biopsicosocial y 2) establecer recomendaciones dietéticas que permitan prevenir enfermedades de origen nutricional que se manifiestan en la edad adulta pero que inician durante la infancia. (Busdiecker, 2000)

Es en esta etapa cuando se adquieren los hábitos alimentarios que tendrán durante toda su vida; sin embargo, también es una etapa de gran variabilidad debido a la presencia de factores como: el desarrollo económico, avances tecnológicos, la incorporación de la mujer al ámbito laboral, la gran influencia de la publicidad y la televisión, la incorporación más temprana de los niños a la escuela y la mayor posibilidad por parte de los niños de elegir alimentos con elevado aporte calórico y baja calidad nutricional. (Restrepo, 2005)

Los padres tienen una gran influencia sobre los hábitos alimentarios de los niños y son ellos los que deben decidir la cantidad y calidad de los alimentos proporcionados durante esta etapa; en conjunto con los padres, la escuela (principalmente profesores) juega un papel importante en el fomento y

adquisición de hábitos alimentarios saludables a través de la promoción y educación para la salud. (Busdiecker, 2000)

### **1.7. La educación para la salud y hábitos alimentarios**

La educación para la salud como disciplina surge ante la necesidad de proporcionar a las personas los medios necesarios para mejorar la salud, a través de la modificación de conductas de riesgo. En la 36<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud se definió a la educación para la salud como cualquier combinación de actividades de información y educación que lleve a una situación en la que las personas sepan cómo alcanzar niveles de salud óptimos y busquen ayuda cuando lo necesiten. (MacMillan, 2007)

La educación para la salud tiene como objetivo primordial diseñar programas de intervención destinados a modificar creencias, costumbres y hábitos no saludables, además de promover, proteger y fomentar la salud. (Montero Bravo, 2006)

Por lo anterior, la educación para la salud como estrategia en las escuelas contribuye a fomentar hábitos alimentarios saludables que contrarresten la prevalencia de obesidad a través de la promoción de hábitos alimentarios y estilos de vida saludables en los escolares, que inculque en los niños actitudes, conocimientos y hábitos saludables que favorezcan su crecimiento y desarrollo, el fomento de su salud y la prevención de las enfermedades evitables de su edad. (Araya, 2002)

Con base a lo anterior, en México se han realizado algunos esfuerzos por implementar programas nutricionales, basados en la promoción y educación para la salud, uno de ellos el Programa de Acción Específico 2007 - 2012 Escuela y Salud. (Aranda, 1995)

Consiste en un programa aplicado por parte de los profesores a través de los temas curriculares en las instituciones escolares de nivel básico y responde a una estrategia integral que identifica varios determinantes de salud, siendo

algunos de ellos la alimentación correcta y la actividad física. En este sentido su objetivo reside en impulsar conocimientos en materia de alimentación para generar hábitos y cambios en los niños para disminuir el incremento de la obesidad. (Pérez, 2008)

Sin embargo, la implementación de este programa no ha mostrado los resultados esperados por lo que en 2010 se implementa el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria (ANSA) que es una estrategia contra el sobrepeso y obesidad infantil y cuya función es establecer los lineamientos para el expendio y distribución de alimentos y bebidas en dichos establecimientos. (Bartrina, 2004)

Por otra parte, en el marco de esta estrategia se deriva el Programa de Acción en el Contexto Escolar; que promueve una cultura de salud mediante el desarrollo de competencias para una vida saludable a través de la participación de diversos sectores, entre los que destaca los profesores, padres de familia, alumnos y encargados de los expendios de alimentos dentro de las escuelas; a través de la promoción y educación para la salud, el fomento de la actividad física regular y el acceso y disponibilidad de alimentos y bebidas que faciliten una alimentación correcta. (Busdiecker, 2000)

Con base a lo anterior; las escuelas de nivel básico en México han adoptado la estrategia de "activación física", que consiste en realizar 30 minutos de ejercicio moderado dentro de la institución; por su parte, algunas empresas de la industria alimentaria han reducido las porciones de algunos alimentos que son vendidos en las llamadas "cooperativas escolares", aunque en este sentido la mayoría de dichos alimentos son frituras, jugos embotellados o pastelitos y en cuanto al fomento de hábitos alimentarios, dicha función se encuentra a cargo de los profesores. (Llargués, 2009)

Como se puede observar, se han hecho algunos esfuerzos por disminuir la prevalencia de obesidad en los niños mexicanos; sin embargo, no todas las instituciones de educación básica las han adoptado. Por lo que es necesario que los profesionales en el campo de la educación para la salud se incorporen

a la implementación de este tipo de programas; o al diseño de programas que contribuyan a fomentar hábitos alimentarios saludables y por ende crear estilos de vida saludables. (Bartrina, 2004)

### **1.8. Desarrollo congénito.**

Lo congénito puede heredarse, adquirirse por una infección o desarrollarse por la acción de una agente químico o físico. Las enfermedades congénitas, como se puede advertir, son muy variadas y pueden tener distintas gravedades. (Bartrina, 2004)

Congénito es un adjetivo que se refiere a todos aquellos rasgos que son connaturales en un individuo, que han nacido con él, que no han sido aprendidos. (Macias, 2012)

En Biología, como congénito se designa cualquier rasgo o identidad que ha estado presente en un individuo desde su nacimiento, que ha sido adquirido durante el periodo de gestación en el útero materno, o que se ha producido en el propio nacimiento. (Restrepo, 2005)

Para la Medicina, las enfermedades o malformaciones congénitas son aquellas innatas en un individuo, que se han presentado durante el periodo de desarrollo intrauterino, y que pueden ser consecuencia de radiaciones sobre el feto, fármacos o infecciones. (Macias, 2012)

Congénito, genético y hereditario son conceptos que, en ocasiones, son usados como sinónimos, pese a que no necesariamente lo sean. (Pérez, 2008)

Congénito se refiere a las características con que un individuo nace, las cuales están relacionadas con las condiciones a que fue expuesto durante su desarrollo en el vientre materno. (Montilva, 2010)

Lo genético, por su parte, está relacionado con los genes y con enfermedades que son consecuencia de alteraciones en el ADN, y que no son necesariamente hereditarias. Una enfermedad como el cáncer, por ejemplo, es genética, pero no hereditaria (Black, 2012)



Hereditaria, por otro lado, es cualquier enfermedad que se transmite de una generación a otra, de los padres a los hijos, y que son, efectivamente, consecuencia de alteraciones genéticas. (Macias, 2012)

Como defecto congénito se conoce aquel que un bebé desarrolla durante el periodo de gestación en el útero. La mayoría de los defectos congénitos se producen en los primeros tres meses del embarazo. (Estevan, 2004)

### **1.9. Hábitos alimenticios en el desarrollo congénito.**

“El futuro de los niños está en las manos de sus padres” o “ser padre es una responsabilidad”, probablemente son frases que se escuchan cuando se afronta la maravillosa aventura de tener hijos. (Lameiras Fernández, 2003)

Lo que no sabe aún, quizás, es que de los hábitos alimenticios que usted tenga puede depender el coeficiente intelectual que desarrollen los pequeños de la casa. (Black, 2012)

Afirmar que una alimentación adecuada incide directamente en la capacidad de atención de los infantes, suele ser uno de esos puntos que más resalta en las guías de cuidado de niños. Sin embargo, para la psicopedagoga infantil, Lilia Cifuentes, la teoría va más allá de una simple influencia en el esmero del pequeño por el aprendizaje. (Montilva, 2010)

La nutrición de los primeros seis años de vida de los niños es fundamental para determinar el desarrollo cognitivo del resto de su vida. No es un mito, es una realidad poco tomada en cuenta. (Black, 2012)

“Estos primeros años, por lo menos hasta los seis años, el desarrollo cognitivo del niño depende directamente de una buena alimentación. Los niños que no estén bien alimentados, no es solo sin hambre, sino comiendo alimentos de calidad, suelen generar algún tipo de retardo” (Lameiras Fernández, 2003)

La importancia de la nutrición para los niños inicia desde la etapa embrionaria. “Los alimentos que coma la madre, cómo se cuide y los nutrientes que

consume en el embarazo influyen de forma directa en el desarrollo cognitivo de los niños. Y se ve fácilmente, hasta en la parte física. Si no se da la alimentación que se debe puede influir en algún tipo de retardo” (Bartrina, 2004)

### **1.10. Azúcares**

No es mito: la presencia en exceso de azúcar en la dieta diaria de los niños es una limitante en su capacidad de atención y el desarrollo académico. “Atienden menos y sube su actividad física. El resultado es bajo rendimiento en clases. (Bartrina, 2004)

### **1.11. Lonchera**

Poder lograr la aceptación de los niños a una alimentación sana puede ser una odisea. Por esta razón, la psicopedagoga Lilia Cifuentes resalta el compromiso que deben tener los representantes a la hora de dictar los hábitos alimenticios que regirán en el hogar. (Estevan, 2004)

### **1.12. Epidemiología de la desnutrición y la obesidad**

Una inadecuada ganancia de peso puede comenzar antes del nacimiento, como retardo del crecimiento intrauterino, o después del nacimiento, dando lugar a retardo del crecimiento temprano en la vida. (Black, 2012)

En algunos países, y en algunos lugares de la sierra rural del Ecuador, la desnutrición crónica es cercana al 45% en niños menores de 5 años de edad. (Araya, 2002)

Muchos niños con desnutrición crónica mantienen su baja estatura durante toda la vida y están en riesgo de un pobre rendimiento escolar durante la niñez, y baja productividad en la edad adulta. (Black, 2012)

Las recomendaciones para evitar la desnutrición se centran generalmente en asegurar que los niños reciban una alimentación complementaria rica en nutrientes. (Bartrina, 2004)

La obesidad en niños se ha convertido en un problema global que aumenta el riesgo de los niños de sufrir problemas cardiovasculares, diabetes, el estigma, y problemas de salud mental. La ganancia de peso excesivo antes de los 5 años de edad a menudo se mantiene en la adolescencia. (Black, 2012)

Aumentando el riesgo de obesidad relacionada con las comorbilidades en el futuro. El empeoramiento de los indicadores de salud se atribuye parcialmente a los cambios en la dieta, evidenciada en el consumo de alimentos con alto contenido de azúcar y grasas, y bajo consumo de alimentos ricos en nutrientes, situación producida en los niños durante las últimas décadas. (Héctor Poletti, 2007)

Lo cual enfatiza la necesidad de intervenir de manera temprana en la vida. Las recomendaciones para la prevención de la obesidad incluyen el aumento del consumo de frutas y verduras; la reducción del consumo de energía (calorías) provenientes de azúcar y grasas saturadas; el aumento de la actividad física moderada y vigorosa, y la reducción del tiempo frente a la pantalla del televisor o de los videojuegos. (Black, 2012)

### **1.13. Necesidades nutricionales y las habilidades de desarrollo de los bebés**

Las necesidades nutricionales de los infantes son altas para sostener su rápido crecimiento. Se recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida. (Quirantes Moreno, 2009)

La cual no solo satisface las necesidades nutricionales de los bebés, sino que también proporciona inmunidad, permite a los niños a regular su consumo y experimentar la alimentación temprana en el contexto de una relación que nutre su desarrollo; adicionalmente, la lactancia se ha asociado con la reducción de la obesidad y otras enfermedades crónicas. (Montilva, 2010)

Aprender a comer requiere una compleja integración de habilidades en el proceso en lo cual los infantes aprenden a autorregular sus estados de hambre y saciedad en el “dar y recibir” que caracteriza a las interacciones durante los momentos de comer con su cuidador. Aunque las destrezas de alimentarse continúan por un camino de desarrollo claro, hay grandes diferencias individuales en las habilidades y preferencias. (Black, 2012)

El primer año de vida está marcado por un crecimiento rápido y altos requerimientos nutricionales. Como las habilidades orales, motoras y digestivas de los niños maduran, su dieta y comportamiento alimentario atraviesan por grandes transiciones. Ellos pasan de una dieta de leche materna o una dieta basada en leche artificial a los alimentos complementarios y, finalmente, a la dieta familiar. (Black, 2012)

Al mismo tiempo, avanzan desde la dependencia de ser alimentado en una posición supina o semirreclinada a alimentarse en una posición sentada. A la edad de 12 meses, los niños pueden sentarse de forma independiente, masticar y pasar una gama de texturas, así como alimentarse a sí mismos con alimentos que pueden recoger con los dedos, y participar en las comidas familiares. El impulso hacia la autonomía característica de los niños 1 a 2 años se evidencia en el deseo de los niños pequeños a tocar sus alimentos y comenzar a alimentarse por sí solos. (Busdiecker, 2000)

(Bartrina, 2004) describe que la “Evidencia de la Organización Mundial de la Salud ha demostrado consistencias globales en el crecimiento y desarrollo del niño. Expertos en nutrición y en desarrollo infantil han proporcionado directrices universales sobre qué y cómo alimentar a los lactantes y niños pequeños”.

La alimentación receptiva o interactiva se ha convertido en un principio ampliamente recomendado en el que los cuidadores proporcionan la dirección y la estructura (por ejemplo, elección de los alimentos) que los niños requieren para un crecimiento sano, junto con la capacidad de responder a las señales de hambre y saciedad de los niños que promueve la autorregulación y, eventualmente, la responsabilidad de los niños para una alimentación saludable. (Black, 2012)

#### **1.14. Estilos de dar de comer a los niños**

La ingesta dietética de los niños está influenciada tanto por el clima emocional durante la alimentación (estilos de alimentación) como las prácticas o comportamientos específicos de alimentación. Los estilos de alimentación tienen sus raíces conceptuales en los estilos de crianza de los hijos, un paradigma basado en el afecto y las exigencias de la interacción cuidador-niño. En los estudios sobre estilos de crianza, la combinación de mucha afecto alta exigencia, conocido como capacidad de responder, se considera que favorece el desarrollo de la capacidad de regulación de los niños. (Aranda, 1995)

Estudios observacionales han demostrado que la crianza responsiva (definida como aquella que responde a las señales emitidas por el niño) se relaciona con el desarrollo cognitivo y socioemocional positivo en los niños pequeños; por otra parte, ensayos de intervención han demostrado que el mecanismo que vincula la crianza responsiva y el desarrollo de los niños opera a través de las interacciones responsivas entre padres y madres e hijos. (Llargués, 2009)

La capacidad de responder se caracteriza por un clima emocional en el que las expectativas son claras y los niños experimentan niveles altos de afecto y aceptación por parte de sus cuidadores en respuesta a sus señales. En otras palabras, los cuidadores responden a las señales de los niños de una manera que es, a la vez, rápida y sensible, aunque no necesariamente consintiendo a las demandas específicas de los niños. (Black, 2012)

El tono emocional positivo mantiene la interacción y permite a los cuidadores progresar con las orientaciones y lenguaje apropiados para su desarrollo. Los niños contribuyen a la interacción, ganando capacidades de regularse y de interacción que promueven el desarrollo positivo. (MacMillan, 2007)

El concepto de estilos de crianza se ha aplicado a los estilos de alimentación, las relaciones entre los estilos de alimentación y los hábitos alimentarios y el crecimiento han sido discrepantes; las relaciones más consistentes que se han visto son para los estilos de alimentación no responsivos. (Macias, 2012)

El estilo con control, presión y alimentación forzada se ha relacionado con la baja ingesta; la alimentación restrictiva relacionada con una ingesta excesiva, y

la alimentación indulgente relacionada con un aumento en la ingesta y ganancia de peso. (Montilva, 2010)

Pero, por el contrario, una intervención implementada a través de establecimientos de salud de MINSA en una comunidad de bajos ingresos de la zona periurbana en Trujillo, Perú, que por un lado promovía una práctica nutricional específica (por ejemplo, dar purés espesos, incluir un alimento especial: hígado, huevo, pescado) vinculado con un beneficio en los niños (por ejemplo, satisfacerlos y alimentarlos) más una estrategia de alimentación responsable para una alimentación exitosa (por ejemplo, Enseña a su hijo a comer con amor, paciencia y buen humor) fue eficaz en la prevención de la desnutrición crónica. (Black, 2012)

### **1.15. Las prácticas de alimentación**

Las prácticas de alimentación se refieren a los comportamientos específicos que caracterizan a las interacciones durante la alimentación (por ejemplo, número de bocados que se ofrecen, la reacción de los padres frente a la aceptación/rechazo del niño, etc.). Las recomendaciones y evaluaciones de las interacciones durante la alimentación a menudo se centran en las prácticas (por ejemplo: cuándo introducir utensilios; qué hacer cuando un niño se niega a comer, etc.). (Quirantes Moreno, 2009)

Ha habido relativamente pocos intentos de integrar las prácticas de alimentación con los estilos de alimentación y una falta de directrices claras para los programas de intervención en la promoción de conductas de alimentación saludable y crecimiento. (Bartrina, 2004)

### **1.16. Importancia de la alimentación en la vida humana**

A lo largo de nuestra vida, si conseguimos llegar al promedio de vida del hombre occidental del siglo veinte, tomamos alrededor de setenta y cinco mil comidas. Solo con dedicar más o menos una media hora a cada una (probablemente más), quiere decir que unos cuatro años de nuestra vida los pasamos en la mesa. (Gavina, 2001)

Sin embargo, nuestro tiempo en la mesa no contempla únicamente la acción de comer. Generalmente el tiempo de la comida se reparte entre su consumición, la interacción con aquéllos que nos acompañan y aquellos estímulos que atraen nuestra atención (la televisión, la radio, o nuestro propio discurso interno). (Salazar, 2010)

En este sentido es interesante el estudio de Koivisto, Fellenius y Sjoden (1994). Estos autores encontraron, en una investigación con niños, que el tiempo de las comidas se repartía entre la consumición de la propia comida y otras actividades, fundamentalmente hablar. De hecho, encontraron que durante un 50% de ese tiempo los niños no comían, sino que lo dedicaban a interactuar con otros y a jugar. (Héctor Poletti, 2007)

Los estudios antropológicos nos muestran que, a lo largo de la historia y en diferentes culturas, el ser humano ha ido elaborando todo un ritual alrededor de la comida que va más allá de la mera necesidad fisiológica. La comida se ha convertido en una situación de grupo y, por lo tanto, de comunicación. (Lameiras Fernández, 2003)

El momento de la comida es, en muchas ocasiones, un momento de descanso, una interrupción del trabajo, un señalizador del día, el medio que reúne a la familia y a los amigos, o la actividad que nos hace salir de casa en un día festivo. (artínez, 2009)

En cualquier caso, alimentarse constituye una acción relevante en nuestra vida diaria y en nuestra vida en general, no solo por su función fisiológica de supervivencia, sino también por su relación con conductas de interacción social y cultural. Alrededor de la comida nos comunicamos, aprendemos, nos adaptamos al medio en el que nos encontramos y desarrollamos lazos emocionales con los que nos rodean. Durante el tiempo que se dedica a la comida se aprenden hábitos, se dan y se reciben opiniones sobre diferentes temas y se generan comportamientos que se generalizan a otros ámbitos y situaciones. (Black, 2012)

### **1.17. Alimentación, ambiente físico y salud corporal: el papel de los nutrientes**

Para cubrir sus necesidades básicas de supervivencia, el ser humano se ha alimentado a lo largo de los tiempos mediante prácticas de ensayo y error. La selección de alimentos adecuados ha ido acompañada también de la consumición de otros nocivos para la vida. (Ayechu, 2010)

El conocimiento científico de los alimentos y su papel en el organismo humano es relativamente reciente, ya que no supera los 200 años (Martínez, 1998). No obstante, el interés por la alimentación se remonta a épocas bastante anteriores, como podemos comprobar en autores de la antigüedad como Herodoto, Hipócrates o Galeno, y posteriormente en escritores del Renacimiento como por ejemplo Giacomo Castelvetro. Así pues, el interés por lo que comemos, cómo lo comemos, y por lo que deberíamos comer, ha interesado al ser humano a lo largo de los siglos. (Estevan, 2004)

Qué alimentos debemos tomar, en qué cantidad y con qué frecuencia, son cosas que dependen de los nutrientes que contiene cada uno de los alimentos y de nuestras necesidades de tales nutrientes. La cantidad y variedad de nutrientes que una persona consume de hecho dependen de muchos factores. Entre éstos destacan la herencia genética, la edad, el sexo, el clima en que vive, la actividad física que realiza, la cultura a la que pertenece y los medios económicos que posee (Bartrina, 2004)

La cantidad y variedad de nutrientes que una persona debe consumir también depende de muchos factores. No obstante, desde el punto de vista de las necesidades fisiológicas de supervivencia, resulta posible establecer algunas pautas generales. Veamos:

Los componentes de los alimentos que aseguran nuestra nutrición son los hidratos de carbono, los lípidos, las proteínas, los minerales, las vitaminas y el agua. Estos nutrientes se encuentran en cantidades variadas en los alimentos que ingerimos. Por ello, una correcta alimentación requiere que tomemos una serie de alimentos combinados de manera tal que cubran nuestras



necesidades orgánicas y permitan una buena calidad de vida. (Busdiecker, 2000)

### **1.18. Alimentación y comportamiento: desarrollo intelectual y cognitivo**

Además de la influencia que la alimentación tiene sobre el desarrollo corporal del niño y el adolescente, ésta influye también sobre su desarrollo intelectual y cognitivo. Este influjo, por lo que hoy conocemos, posiblemente se produce a un triple nivel. (Ayechu, 2010)

En primer lugar, por la acción indirecta que el desarrollo corporal produce sobre las variables cognitivas y emocionales. (Ayechu, 2010)

En segundo, por la influencia directa producida por la alimentación sobre las propias variables cognitivas e intelectuales. Por último, porque es durante las comidas cuando el niño aprende de las personas que lo rodean una gran cantidad de comportamientos. (Black, 2012)

Comportamientos que no solo se relacionan con el acto de comer y que en muchas ocasiones suponen el aprendizaje de herramientas comportamentales tales como el lenguaje, el prestar atención, el imitar a los que están a su lado. (Lameiras Fernández, 2003)

La relación entre alimentación y desarrollo físico y psíquico no solo se da en el individuo. También históricamente se reconoce la influencia que la mejora de la alimentación y de las condiciones de crianza han producido sobre la estatura de los habitantes de los países desarrollados. (Héctor Poletti, 2007)

Junto con este crecimiento corporal, también se han producido mejoras cognitivas generales. En este sentido, Lynn (1989, 1990) ha calculado que en el último medio siglo el cociente intelectual ha crecido más de tres puntos entre los habitantes de los países desarrollados. De la misma opinión son Sigman y Whaley (1998). (Bartrina, 2004)

Resumiendo, pues, podemos decir que la alimentación influye sobre el desarrollo cognitivo mediante tres vías. Por una parte, un buen aporte calórico

supone una mayor disposición de energía, que permite una mayor motilidad y más actividad exploratoria, lo que, a su vez y dependiendo del medio que rodea al niño, supone mayores oportunidades de aprendizaje y desarrollo de habilidades. (Bartrina, 2004)

Por otra parte, una alimentación adecuada asegura el aporte de los nutrientes necesarios (vitaminas, minerales, proteínas, etc.) para el desarrollo neurológico, así como para el desarrollo psicológico de funciones generales y específicas tales como la memoria, la atención o el lenguaje, lo que, al final, dotará al niño de mayores oportunidades de aprendizaje y desarrollo de habilidades (Pollitt, 1988).

Por último, es en gran medida durante las comidas cuando el niño llega a aprender, ejercitar y dominar una gran variedad de habilidades y destrezas cognitivas, sociales y culturales, tanto específicas y relacionadas con el propio comportamiento alimentario. (Black, 2012)

## **CAPITULO II**

### **2 DIAGNOSTICO O ESTUDIO DE CAMPO**

Según la investigación realizada para el diagnóstico o estudio de campo en donde se aplicó el estudio mediante los objetivos propuesto en este proyecto investigativo, con la finalidad de determinar la formación de hábitos alimenticios saludables en el desarrollo congénito Se logró lo siguiente:

#### **Objetivo 1.-**

Para cumplir el primer objetivo que fue conocer la influencia de los hábitos alimenticios saludables en el desarrollo congénito se realizó una encuesta dirigida a padres de familia, donde se evidenció que el 91% de los padres no tienen una dieta elaborada por un nutricionista especializado en el desarrollo intelectual y físico de su hijo, mientras que un 9% si tiene un nutricionista de planta el cual le ayuda a la elaboración de su dieta nutricional para el desarrollo de su hijo.

#### **Objetivo 2.-**

Cumpliendo con el segundo objetivo Proporcionar hábitos alimenticios saludables en el desarrollo congénito, se evidencio que en un 69% de los encuestados creen tener una vida alimenticia estable de acuerdo a su peso, tamaño y contextura, mientras que un 31% define que no lleva una vida alimenticia saludable ni planificada.

#### **Objetivo 3.-**

Con relación al tercer objetivo de establecer la evolución nutricional en el desarrollo congénito, en este punto se evidencio que el 100% define que los padres son aquellos que rigen su plan alimenticio por lo que es de gran importancia llegar a ellos para regir un buen régimen nutricional diario para los niños en desarrollo evitando enfermedades transmisibles y no transmisibles.

Según la hipótesis planteada; “La formación de hábitos alimenticios saludables es un parámetro indicador para el correcto desarrollo congénito.” Se acepta ya que un 91% de los padres no tiene una dieta nutricional para sus hijos

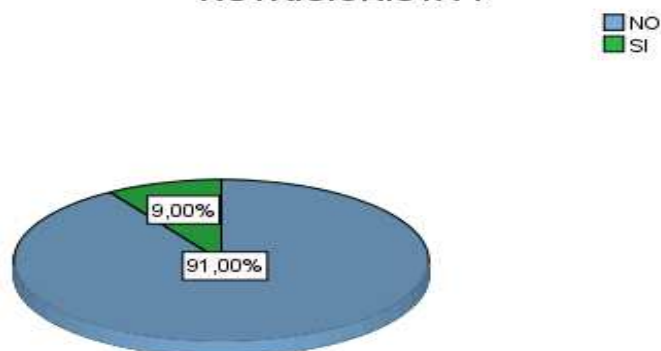
elaborada y diseñada por un nutricionista el cual afecta en tanto la salud mental, psicología y emocional al niño en su desarrollo congénito.

**Tabla 1 ¿SU ESTILO DE VIDA ALIMENTICIO ESTA DICTADO POR UN NUTRICIONISTA?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	91	91,0	91,0	91,0
	SI	9	9,0	9,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

**AUTOR:** Ibarra Angela  
**FUENTE:** Escuela "5 de Mayo" Chone

**¿SU ESTILO DE VIDA ALIMENTICIO ESTA DICTADO POR UN NUTRICIONISTA ?**



**Análisis:** De los 100 encuestado el 91% describe que no posee una dieta alimenticia establecida por un nutricionista mientras que el 9% manifiesta que si tiene una dieta avalada por un nutricionista.

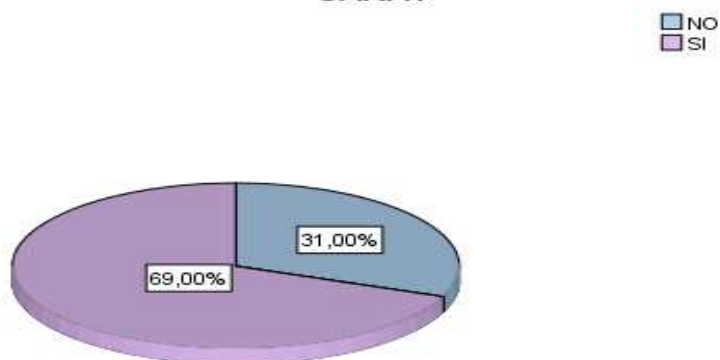
**Tabla 2 ¿ CREE UD. QUE LLEVA UNA VIDA ALIMENTICIA EQUILIBRADA Y SANA?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	31	31,0	31,0	31,0
	SI	69	69,0	69,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

**AUTOR:** Ibarra Angela

**FUENTE:** Escuela "5 de Mayo" Chone

**¿ CREE UD. QUE LLEVA UNA VIDA ALIMENTICIA EQUILIBRADA Y SANA?**



**Análisis:** De los 100 encuestado el 69% establece que si tiene una vida alimenticia sana y equilibrada mientras que un 31% manifiestan que no poseen una vida alimenticia adecuada.

**Tabla 3 ¿ SUS PADRES PARTICIPAN EN LA ELABORACION DE SU ALIMENTACION DIARIA ?**

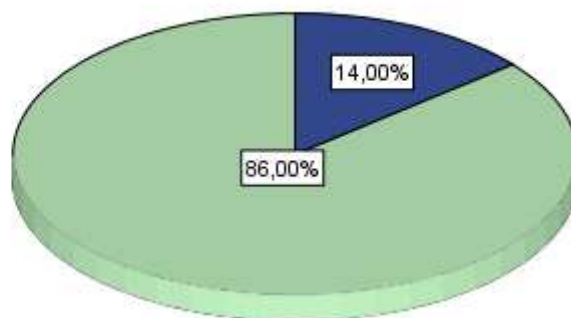
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	14	14,0	14,0	14,0
	SI	86	86,0	86,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

**AUTOR:** Ibarra Angela

**FUENTE:** Escuela "5 de Mayo" Chone

**¿ SUS PADRES PARTICIPAN EN LA ELABORACION DE SU ALIMENTACION DIARIA ?**

■ NO  
■ SI



**Análisis:** De los 100 encuestado describe que en un 86% los padres participan en su alimentación diaria, mientras que un 14% describe que sus padres no participan en su alimentación diaria.

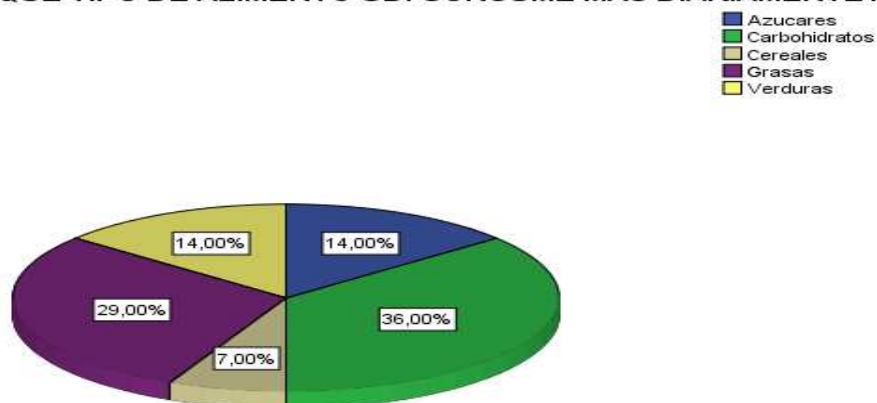
**Tabla 4 ¿ QUE TIPO DE ALIMENTO UD. CONSUME MAS DIARIAMENTE?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Azucares	14	14,0	14,0	14,0
	Carbohidratos	36	36,0	36,0	50,0
	Cereales	7	7,0	7,0	57,0
	Grasas	29	29,0	29,0	86,0
	Verduras	14	14,0	14,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

**AUTOR:** Ibarra Angela

**FUENTE:** Escuela "5 de Mayo" Chone

**¿ QUE TIPO DE ALIMENTO UD. CONSUME MAS DIARIAMENTE?**



**Análisis:** De los 100 encuestado se manifiesta que un 36% consume carbohidrato en su alimentación, mientras que un 29% lo que son grasas, en un 14% verduras y azucares por lo tanto un 7% consume cereales.



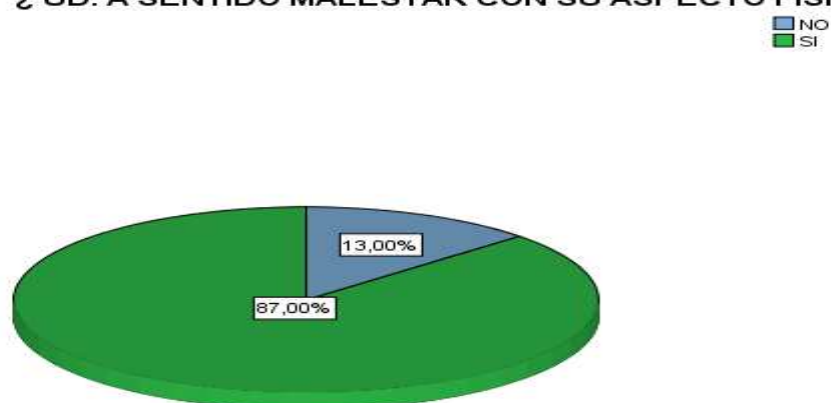
**Tabla 5 ¿ UD. A SENTIDO MALESTAR CON SU ASPECTO FISICO?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	13	13,0	13,0	13,0
	SI	87	87,0	87,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

**AUTOR:** Ibarra Angela

**FUENTE:** Escuela "5 de Mayo" Chone

**¿ UD. A SENTIDO MALESTAR CON SU ASPECTO FISICO?**



**Análisis:** De los 100 encuestado describen que en un 97% se siente inconforme con su aspecto físico, por lo tanto un 13% se siente bien con el físico que posee.

**Tabla 6 ¿ESTA DISPUESTO A RECIBIR UN TIPO DE CAPACITACION PARA MEJOR SU ESTILO DE VIDA ALIMENTICIA?**

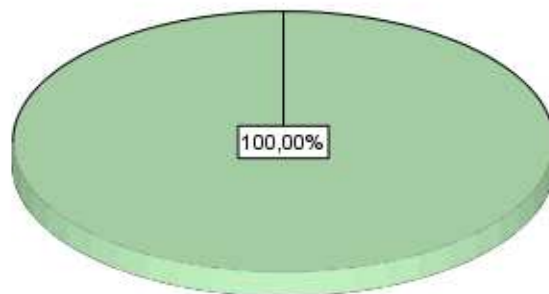
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	100	100,0	100,0	100,0

**AUTOR:** Ibarra Angela

**FUENTE:** Escuela "5 de Mayo" Chone

**¿ ESTA DISPUESTO A RECIBIR UN TIPO DE CAPACITACION PARA MEJOR SU ESTILO DE VIDA ALIMENTICIA?**

■ SI



**Análisis:** De los 100 encuestado detallan en un 100% que si están dispuesto a recibir una capacitación para mejor su estil de vida diaria y alimenticia.

**Tabla 7 ¿Ud. CUMPLIRIA CON UN MENU ESTANDAR ESTABLECIDO POR UN NUTRICIONISTA?**

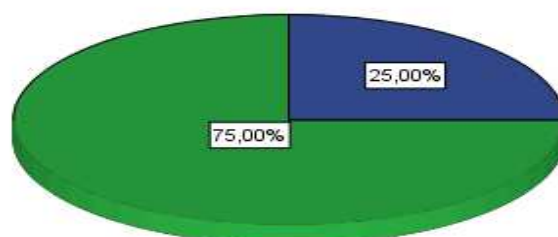
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	25	25,0	25,0	25,0
	SI	75	75,0	75,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

**AUTOR:** Ibarra Angela

**FUENTE:** Escuela "5 de Mayo" Chone

**¿ Ud. CUMPLIRIA CON UN MENU ESTANDAR ESTABLECIDO POR UN NUTRICIONISTA?**

■ NO  
■ SI



**Análisis:** las personas encuestadas manifiestan en un 75% que si un profesional en el área alimenticia le brinda un plan alimenticio estable y solidos ellos lo siguen como estará establecida, en un 25% dicen que no confían en un profesional pues creen que la forma de alimentación familiar basta.

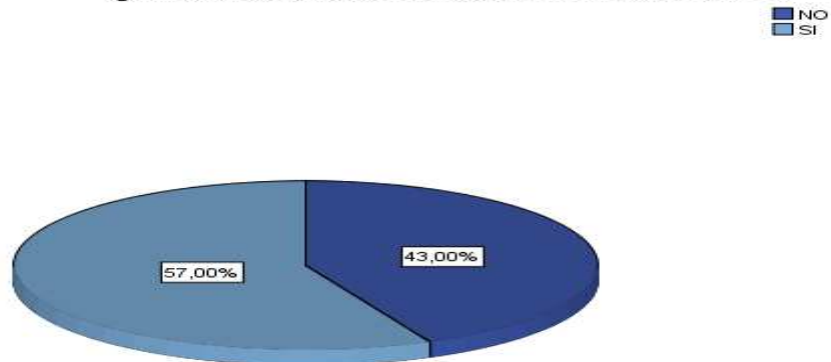
**Tabla 8 ¿ UD. REALIZA ALGUNA ACTIVIDAD FISICA?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	43	43,0	43,0	43,0
	SI	57	57,0	57,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

**AUTOR:** Ibarra Angela

**FUENTE:** Escuela "5 de Mayo" Chone

**¿ UD. REALIZA ALGUNA ACTIVIDAD FISICA?**



**Análisis:** el 57% de las personas encuestadas dicen que realizan actividades físicas ya que se le han fomentado que cuerpo sano mente sana, en un 43% manifiesta que no realiza actividad física debido a que no le da tiempo, o simplemente no se le incentiva a realizarlo.

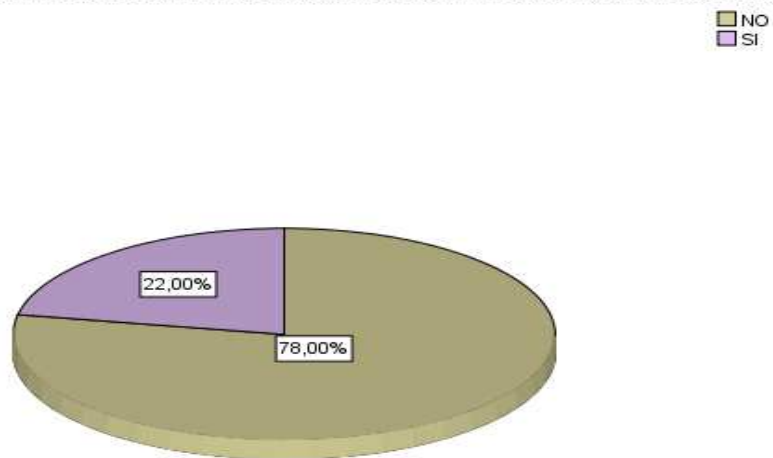
**Tabla 9 ¿ TIENE ANTECEDENTES DE FAMILIARES CON PROBLEMAS DE OBESIDAD.?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	78	78,0	78,0	78,0
	SI	22	22,0	22,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

**AUTOR:** Ibarra Angela

**FUENTE:** Escuela "5 de Mayo" Chone

**¿ TIENE ANTECEDENTES DE FAMILIARES CON PROBLEMAS DE OBESIDAD.?**



**Análisis:** según describen las personas en estudio en un 22% de ellas detallaron que si poseen en su familia personas con problemas de obesidad debido a su mal plan alimenticio, en un 78% que no poseen en su familia personas con una enfermedad de obesidad.

**Tabla 10 ¿CREE UD. QUE LOS FACTORES SOCIOECONOMICO INFLUYE EN EL ESTILO DE VIDA ALIMENTICIO ?**

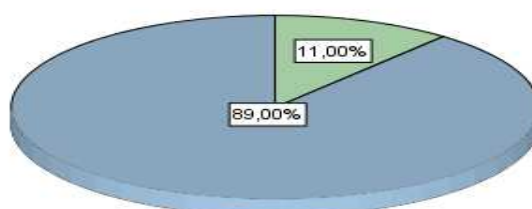
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	11	11,0	11,0	11,0
	SI	89	89,0	89,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

**AUTOR:** Ibarra Angela

**FUENTE:** Escuela "5 de Mayo" Chone

**¿ CREE UD. QUE LOS FACTORES SOCIOECONOMICO INFLUYE EN EL ESTILO DE VIDA ALIMENTICIO ?**

NO  
 SI



**Análisis:** el 89% describe que la falta de dinero, las políticas gubernamentales influyen en el estilo de vida alimenticio, mientras que en 11% señalan que no tienen problema algunos en sus medidas alimenticias

**Tabla cruzada ¿ CREE UD. QUE LLEVA UNA VIDA ALIMENTICIA EQUILIBRADA Y SANA?\* ¿SU ESTILO DE VIDA ALIMENTICIO ESTA DICTADO POR UN NUTRICIONISTA ?**

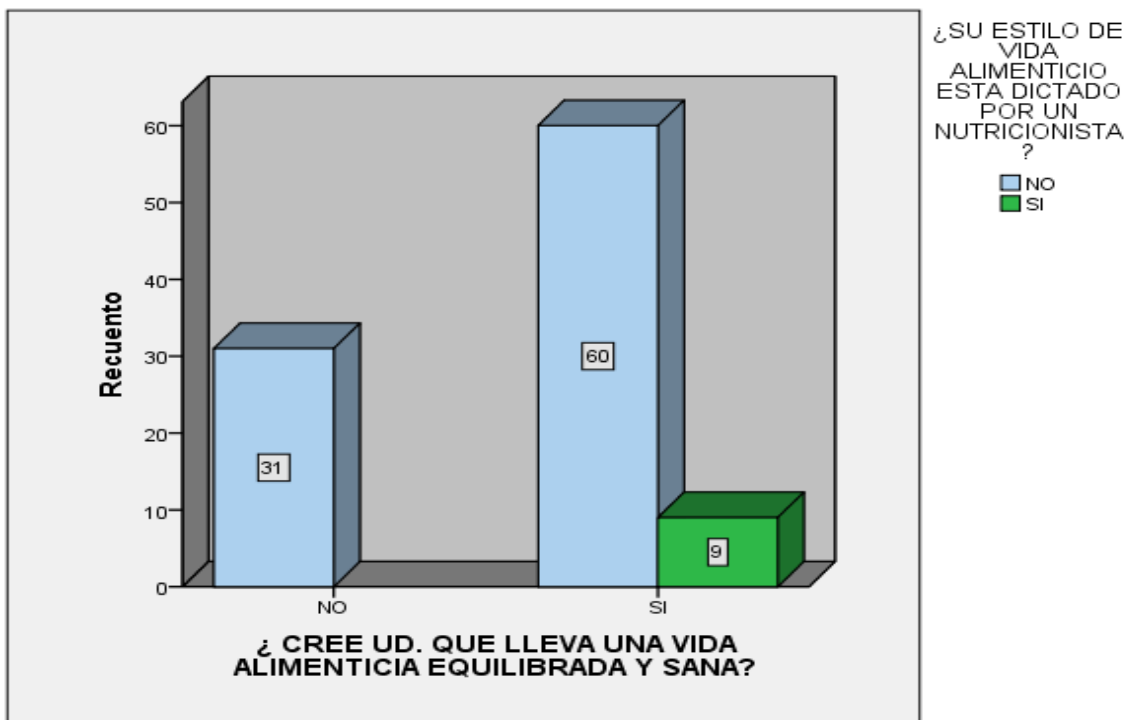
Recuento

		¿SU ESTILO DE VIDA ALIMENTICIO ESTA DICTADO POR UN NUTRICIONISTA ?		Total
		NO	SI	
¿ CREE UD. QUE LLEVA UNA VIDA ALIMENTICIA EQUILIBRADA Y SANA?	NO	31	0	31
	SI	60	9	69
Total		91	9	100

**AUTOR:** Ibarra Angela

**FUENTE:** Escuela "5 de Mayo" Chone

**Gráfico de barras**



**Análisis:** De los 100 encuestado el 69% describe que tiene una vida sana y estable, aunque no tengan un nutricionista guiando su alimentación mientras que un 31% describe que no tiene la vida adecuada y si necesita la ayuda de un nutricionista.

## Validación de hipótesis

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,443 <sup>a</sup>	1	,035		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	2,993	1	,084		
Razón de verosimilitud	7,072	1	,008		
Prueba exacta de Fisher				,054	,030
N de casos válidos	100				

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,79.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

**AUTOR:** Ibarra Angela

**FUENTE:** Escuela "5 de Mayo" Chone



## CAPITULO III

### 3 DISEÑO DE LA PROPUESTA

#### 3.1 TEMA:

MEDIDAS PREVENTIVAS SOBRE LA MALA ALIMENTACION EN EL DESARROLLO CONGENITO

#### 3.2 Datos Informativo:

Institución: Unidad Educativa 5 De Mayo Ubicación: Chone

Cantón: Chone

Beneficiarios: Usuarios que acuden a dicha institución

Dirección: Avenida Eloy Alfaro.

#### 3.3 Cobertura y localización:

País Ecuador

Región Costa

Provincia Manabí

Cantón Chone

#### 3.4 Equipo Técnico Responsable:

Investigadora: Ibarra Rosado Ángela María

Tutor:

### **3.5 Costo**

Para los beneficiados el programa de educación será gratuito. La persona investigadora cubrirá todos los gastos.

### **3.6 Justificación**

La educación es el pilar primordial en el cuidado de la salud de los pueblos; que orienta y concientiza acciones en los individuos, brinda oportunidades de aprendizaje destinadas a mejorar el conocimiento de la población y por ende a mejorar la calidad humana ante una patología, a medida que se adquiere conocimiento, surge un interés individual, familiar, social, se pone en práctica acciones y se desarrolla con mayor responsabilidad hábitos saludables con el fin de prevenir un problema de salud.

Se justifica que de toda la población tomada representa el 100%, pero una vez obtenido los resultados se observó que la mayor población es afectada por procesos de que no tienen un nutricionista que avale y siga su plan alimenticio para su desarrollo congénito en un 91% es decir que los valores son superiores al rango de referencia y se puede presentar en todas las edades, cabe recalcar que más énfasis tiene en niños en su proceso de desarrollo.

Enfatizando la importancia de las medidas de prevención sobre medidas preventivas sobre la mala alimentación en el desarrollo congénito y ofreciendo charlas a los usuarios sobre las causas y factores de riesgo que conllevan a esta enfermedad.

El presente estudio de investigación, demanda la necesidad de orientar actividades con respecto a los procesos de mala alimentación en desarrollo congénito, en donde se pretende dar una solución más eficaz.

### **3.7 Objetivos Objetivo General**

Elaborar una propuesta para medidas de prevención sobre la mala alimentación en el desarrollo congénito.

### **3.8 Objetivos Específicos**

- Impartir campañas de prevención sobre el cuidado de la salud para el buen desarrollo congénito.
- Realizar charlas a los usuarios sobre las medidas de prevención que conllevan a una mala alimentación en el desarrollo congénito.
- Entregar trípticos sobre la importancia de una mala alimentación en el desarrollo congénito.

### **3.9 Análisis de Factibilidad**

La presente propuesta está dirigida al público en general para socializar los conocimientos a los que conllevan una mala alimentación en el desarrollo congénito, para de esta manera prevenir complicaciones que afecta en la vida de los pacientes.

### **3.10 Fundamentación científica**

#### **3.10.1 Mala alimentación**

Una mala alimentación es la que no aporta a nuestro organismo los nutrientes necesarios para realizar las funciones necesarias para la vida. Cada persona tiene unas necesidades distintas, y según nuestra actividad diaria, el lugar donde vivimos y las condiciones meteorológicas, estas varían de modo significativo. (Elizalde, 2012)

#### **3.10.2 Consecuencias por una mala alimentación**

Las consecuencias de una mala alimentación pueden ser más o menos graves y se pueden revertir modificando la dieta hacia una alimentación saludable y completa. Pero hay que tener presente que en algunos casos, puede ser motivo de problemas no sólo físicos sino que también mentales (Elizalde, 2012)

Una carencia de sustancias nutritivas puede generar enfermedades como la anemia, el bocio, escorbuto o raquitismo entre otras. En caso de que se trate de una deficiencia leve que es reciente seguramente se sufrirá de una baja en la resistencia física, en la capacidad mental, trastornos de carácter, calambres, adormecimiento y dolores de cabeza entre otras dolencias. (Elizalde, 2012) El hierro es uno de los minerales más importantes para nuestro organismo, una dieta con aporte de hierro deficiente puede causar problemas graves durante el embarazo, retraso del crecimiento y trastornos del desarrollo mental a largo plazo. Además el organismo se torna más vulnerable a contraer infecciones. (Elizalde, 2012)

### **3.10.3 Anemia.**

Es la baja concentración de la hemoglobina. Las causas que generan la anemia son diferentes; se tiene como principal a la deficiencia de hierro puesto que hay disminución de la masa eritrocitaria. Se puede medir y evaluar mediante pruebas de laboratorio, principalmente la Biometría Hemática, en que se observa: hemoglobina, hematocrito, y volumen corpuscular medio, etc. elementos que aportan mucha información del estado de los glóbulos rojos. (edu.xunta.gal, 2016)

### **3.10.4 Anemias Hemolíticas.**

Es un grupo de trastornos ya sea intravascular como extravascular que provocan la disminución de la pérdida prematura del glóbulo rojo. Entre 90 y 120 días es la vida media del eritrocito glóbulo rojo de sangre periférica se encuentra acortada; en la hemólisis moderada, esta se disminuye a 20-40 días y en la hemólisis severa, de 5-20 días y las reservas eritropoyéticas están agotadas. (edu.xunta.gal, 2016)

### **3.10.5 Esferocitosis Hereditaria**

Se dice que la Esferocitosis Hereditaria (EH) fue explicada en 1871 por Vanlir y Masiusque que estudiaron a una familia belga cuya muestra era una mujer joven con síntomas de dolor abdominal recurrente, ictericia y agotamiento. Su hermana y su madre presentaban síntomas equivalentes. Los autores estimaron que algunos hematíes eran chicos, esféricos e hipercromicos, y

surgieron que se referían de corpúsculos en rutas de eliminación de los que presentaban un exceso de pigmentos biliares. (Víctor-Lorenzo-Sellarés, 2017)

La Esferocitosis Hereditaria (EH) es el más común de los defectos de membrana del eritrocito, que se manifiesta como una anemia hemolítica, en la que el defecto de espectrina o de proteínas que participan en el anclaje de la espectrina a la membrana llevan a una reducción de la superficie del glóbulo rojo, resultando un secuestro selectivo por el bazo y menor vida media eritrocitaria. Se conocen diferentes genes que codifican proteínas de membrana del citoesqueleto del glóbulo rojo. (Víctor-Lorenzo-Sellarés, 2017)

Uno de los mejores aportes de esta enfermedad se realizó por los aciertos de *Chauffardk*, quien confirmó el ascenso de la fragilidad osmótica de los eritrocitos, lo que manifestaba la anemia hemolítica descubierta en estos casos. Observó además como se ocasionaba la corrección de la hemólisis con la esplenectomía, y manifestó la implicación del bazo en esta forma. Subsiguientemente se halló que los glóbulos rojos de pacientes con HS demostraban una disminución de Na<sup>+</sup> intracelular y una pérdida de lípidos de la membrana., lo que manifestaba la depreciación del área superficial de la célula. Gracias a estos estudios la entidad se la conoce además como enfermedad de Minkowsky-Chauffrd. Desde los años 70, con el progreso de nuevos métodos, se hallaron las primeras variaciones bioquímicas de las proteínas de la membrana eritrocitaria y desde 1985, mediante los métodos del ADN recombinante, se han podido precisar las variaciones moleculares en un número relevante de casos. (Víctor-Lorenzo-Sellarés, 2017)

### **3.10.6 Aspectos epidemiológicos**

La Esferocitosis Hereditaria es conocida como la anemia hemolítica más habitual en el mundo. Se puede presentar en cualquiera de los grupos étnicos y raciales, se lo encuentra en Europa del Norte, con una prevalencia de 1 a 5000 sujetos. No obstante, dada la costumbre de formas muy ligeras de enfermedad que solos se pueden descubrir mediante pruebas de laboratorio muy perceptivas, se aprecia que ésta prevalencia posiblemente sea 4-5 veces superior. Se dice que en los Estados Unidos, se ha conocido que perturba a 1

de cada 2500 personas. No existen apreciaciones confiables en otras poblaciones, pero su repetición parece ser especialmente diminuta en africanos y en personas del sudeste asiático. En el país no existen estimaciones de prevalencia, pero es la anemia hemolítica hereditaria más comúnmente diagnosticada. (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH-AND HUMAN SERVICES-National Institutes-of-Health, 2016)

### **3.10.7 Talasemia**

Es un tipo de anemia del grupo de anemias hereditarias. Esta condición genética confiere resistencia a la malaria, pero causa una disminución de la síntesis de una o más de las cadenas polipeptídicas de la hemoglobina. Hay varios tipos genéticos, con cuadros clínicos que van desde anomalías hematológicas difícilmente detectables hasta anemia grave y cuadros de enfermedad terminal. Se estima que un 5% de la población mundial es portadora de un gen mutado para la hemoglobina siendo más frecuente el ser portador de una talasemia que cualquier otra hemoglobinopatía. Unos 300.000 niños nacen cada año con síndromes talasémicos en todo el mundo. (Prevención-Diagnóstico-Tratamiento, 2016)

La talasemia es muy común en las zonas mediterráneas como el norte de África, el sur de España y de Italia (regiones de Apulia, Calabria, Sicilia y Cerdeña). En estas dos últimas regiones los portadores son más de 700.000 en una población total de poco menos de 7 millones. La talasemia consiste en un grupo de enfermedades de amplio espectro. Estas van desde simples anomalías asintomáticas en el hemograma hasta una grave y fatal anemia. La hemoglobina del adulto, denominada Hemoglobina A está compuesta por la unión de cuatro cadenas de polipéptidos: dos cadenas alfa ( $\alpha$ ) y dos cadenas beta ( $\beta$ ). Hay dos copias del gen que produce la hemoglobina  $\alpha$  (HBA1 y HBA2), y cada uno codifica una  $\alpha$ -cadena, y ambos genes están localizados en el cromosoma 16. El gen que codifica las cadenas  $\beta$  (HBB) está localizado en el cromosoma 11. (Prevención-Diagnóstico-Tratamiento, 2016)

## Clasificación

- **$\alpha$  Talasemia rasgo** (portador). Las mutaciones de la cadena  $\alpha$  en el cromosoma 16 afecta a uno de los genes de un cromosoma causando una talasemia silenciosa (asintomática) caracterizada por algunas hemoglobinas con tres  $\beta$  y una  $\alpha$  globina. Los portadores pueden tener mutaciones de la cadena  $\alpha$  en dos cromosomas. (Peñaloza, 2007)
- **$\alpha$  Talasemia grave** (Hemoglobina H). Las mutaciones de la cadena  $\alpha$  en el cromosoma 16 afecta a tres de los genes (involucrando a ambos cromosomas homólogos) causando una talasemia grave caracterizada por la mayoría de las hemoglobinas con tres cadenas  $\beta$  y una  $\alpha$  globina. (Peñaloza, 2007)
- **$\alpha$  talasemia mayor** (enfermedad de Bart). Las mutaciones de la cadena  $\alpha$  en el cromosoma 16 afecta a los cuatro genes (involucrando a ambos cromosomas homólogos) causando un hidropesía fetal caracterizada por hemoglobinas con solamente cuatro cadenas  $\gamma$  (gamma) y es incompatible con la vida. (Peñaloza, 2007)
- **$\beta^+$  Talasemia Menor (Minor)**. Las mutaciones de la cadena  $\beta$  en el cromosoma 11 afecta a uno de los genes causando una talasemia relativamente leve caracterizada por una hemoglobina con tres  $\alpha$  y una  $\beta$  globina. Puede que no haya síntomas como puede que los síntomas sean intermedios entre leve y graves. (Peñaloza, 2007)
- **Enfermedad de la hemoglobina H** La padecen aquellos individuos que sólo poseen una copia funcional del gen de la  $\alpha$ -globina. Da lugar a una anemia moderada con inclusiones en los eritrocitos producidas por la hemoglobina H, la cual está formada por cuatro cadenas de  $\beta$ -globina, debida a las pocas que hay del otro tipo. Las manifestaciones clínicas son

desde anemia leve a moderada, a veces puede llegar a provocar esplenomegalia. (Peñaloza, 2007)

- **$\beta^0$  Talasemia Mayor (Major) o Anemia de Cooley.** Las mutaciones de la cadena  $\beta$  en el cromosoma 11 afectan a ambos genes causando la más grave de las talasemias caracterizada por la falta total de  $\beta$  globina. Cuatro cadenas  $\alpha$  se combinan en defecto de las cadenas  $\beta$  formando una hemoglobina inestable que tiende a precipitarse en los glóbulos rojos causando daños en la membrana celular e incrementando la fragilidad del hematíe en cuestión. (Peñaloza, 2007)

### **3.10.8 Dieta recomendada para prevenir un mal desarrollo congénito**

Alimentos no permitidos: grasas animales, eliminar embutidos, lácteos de origen animal y derivados como quesos, yogures procesados, etc. Sólo se admite el yogur casero o kéfir, así como azúcares refinados y derivados tales como sodas, panadería, pasteles, dulces, etc. Que son las principales causas de que se acumulen toxinas y grasas nocivas en los intestinos y que haya problemas intestinales y estomacales. (Rivas, 2013)

Alimentos permitidos y recomendados: si ya estas operado, lo mejor son los caldos de verduras o carnes blancas, como pescado y pollo. Evita todas las carnes rojas. Bebe jugos de verduras crudas, coladas y a sorbos pequeños durante el día. Los jugos puedes elaborarlos con zanahoria, alfalfa, papa, etc. Incluye en tu dieta zanahorias, apio, tomates, manzanas por las noches, limón y naranja en las mañanas, jugo de sábila, guindillas y cereales integrales. (Rivas, 2013)

### **3.10.9 Descanso emocional**

Es necesario tratar de darse un descanso no sólo físico sino emocional. Una de las causas más frecuentes de este tipo de problemas es la ansiedad o el temor que muchas veces no se nota porque nos acostumbramos a vivir presionados, apresurados, insatisfechos y con poca confianza en el futuro. La incertidumbre o el cerrarse a la corriente de las cosas influyen poderosamente en esta



afección. Hay que darse el tiempo de revalorar, leer y nutrirnos emocional y espiritualmente. (Laura, 2010)

### **3.10.10 Ejercicio físico**

Practica ejercicio, pues este ayuda a liberar tensiones. Toma al menos 15 minutos de tu día para practicar un ejercicio que te guste y disfrutes como caminar, nadar, andar en bici, bailar, etc. (Laura, 2010)

Incluye en tu dieta alimentos como el jugo de sábila, las ciruelas pasas, las leches vegetales, el limón y la naranja, y las semillas. (Laura, 2010)

### **3.10.9 Manifestaciones clínicas**

Las manifestaciones clínicas de una mala alimentación son:

- Dolor agudo en el vientre o abdomen.
- Náusea y vomito.
- Pérdida del apetito.
- Fiebre baja.
- Diarrea o estreñimiento.
- Abdomen inflamado y distendido en especial en los bebés y los niños pequeños. (Macias-Magadan, 2008)

## CRONOGRAMA

Nº	ACTIVIDADES	AÑO ACTUAL 2017																											
		JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Revisión y explicación del formato del anteproyecto	■	■	■	■																								
2	Revisión del planteamiento del problema y contextos					■	■	■	■																				
3	Revisión de formulación del problema, delimitación									■	■	■	■																
4	Revisión de interrogantes de investigación, justificación y objetivos									■	■	■	■																
5	Revisión de Marco Teórico													■	■	■	■												
6	Revisión de hipótesis, metodología, población y muestra													■	■	■	■												
7	Revisión de marco administrativo, cronograma y bibliografía																	■	■	■	■								
8	Revisión de formato de encuesta y entrevista																	■	■	■	■								
9	Entrega de anteproyecto a la comisión de Tesis																					■	■	■	■				
10	Revisión de las páginas preliminares																					■	■	■	■				
11	Revisión del planteamiento del problema																					■	■	■	■				
12	Revisión de la formulación del problema, delimitación e interrogantes																					■	■	■	■				
13	Revisión y sugerencia del Marco teórico																					■	■	■	■				
14	Revisión del capítulo 11																					■	■	■	■				
15	Revisión del capítulo 111																					■	■	■	■				
16	Revisión minuciosa del análisis de datos																					■	■	■	■				
17	Revisión del capítulo IV																					■	■	■	■				
18	revisión de bibliografías y anexos																					■	■	■	■				
19	Entrega de borradores																									■	■	■	■
20	Realizar correcciones de lectores																									■	■	■	■
21	Entrega de tesis empastada y CD"S																									■	■	■	■

## 4 CONCLUSIONES

Se concluye que

- la influencia de los hábitos alimenticios saludables en el desarrollo congénito se evidenció que el 91% de los padres no tienen una dieta elaborada por un nutricionista especializado en el desarrollo intelectual y físico de su hijo, mientras que un 9% si tiene un nutricionista de planta el cual le ayuda a la elaboración de su dieta nutricional para el desarrollo de su hijo, podemos decir que los padres no tienen una buena cultura y educación en la forma de alimentar a sus hijos.
- El 31% de las personas en estudios tienen una vida saludable deplorable por su mala gesta alimenticia en un 36% consume carbohidrato en su alimentación, mientras que un 29% lo que son grasas, en un 14% verduras y azucares por lo tanto un 7% consume cereales, mientras que en un 69% tienen una vida estable.
- Los padres en un 86% participan en su alimentación diaria de sus hijos en edad de crecimiento imponiéndoles orden en su forma alimenticia, mientras que un 14% describe que sus padres no participan en su alimentación diaria.

## **5 RECOMENDACIONES**

Se recomienda que:

- A los niños que estén en desarrollo congénitos elaborarles un plan alimenticio claro y estable para que no interfieran en su crecimiento físico y mental.
- Se realicen charlas de capacitación sobre un buen plan alimenticio en adultos, niños y autoridades competentes para evitar problemas en el desarrollo congénito.
- Se valore cada mes el peso, talla del niño en desarrollo para evidenciar si las charlas propuestas han sido de gran ayuda para evitar enfermedades no transmisibles en niños.

## Bibliografía

- Aranda, M. R. (1995). Hábitos alimentarios del coyote (*Canis latrans*) en la Sierra del Ajusco, México. . *Acta Zoológica Mexicana (nueva serie)*, (65), 89-99.
- Araya, B. &. (2002). Factores que determinan la selección de alimentos en familias de sectores populares. . *Revista chilena de nutrición*, 29(3),, 308-315.
- artínez, M. H. (2009). Desarrollo de un programa de educación nutricional y valoración del cambio de hábitos alimentarios saludables en una población de estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria. . *Nutrición Hospitalaria*, 24(4),, 504-510.
- Ayechu, A. &. (2010). Calidad de los hábitos alimentarios (adherencia a la dieta mediterránea) en los alumnos de educación secundaria obligatoria. *In Anales del sistema sanitario de Navarra (Vol. 33, No. 1, pp. 35-42). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.*, 0-0.
- Bartrina, J. A. (2004). Hábitos alimentarios de los alumnos usuarios de comedores escolares en España. *Estudio «Dime Cómo Comes».* *Atención primaria*, 33(3),, 131-139.
- Black, M. M.-K. (2012). ¿ Cómo alimentar a los niños?: La práctica de conductas alimentarias saludables desde la infancia. *Revista Peruana de medicina experimental y salud pública*, 29(3), 373-378.
- Busdiecker, B. A. (2000). Cambios en los hábitos de alimentación durante la infancia: una visión antropológica. *Revista chilena de pediatría*, 71(1), 5-11.
- edu.xunta.gal. (2016). *INTRODUCCIÓN AL METABOLISMO*. Obtenido de [http://www.edu.xunta.gal/centros/iesriocabe/system/files/u1/T\\_202\\_Introducci\\_\\_n\\_al\\_metabolismo.pdf](http://www.edu.xunta.gal/centros/iesriocabe/system/files/u1/T_202_Introducci__n_al_metabolismo.pdf)

- Elizalde, A. I. (9 de Junio de 2012). *Consecuencias De Una Mala Alimentacion*.  
Obtenido de mala alimentacion:  
<http://negativaalimentacion.blogspot.com/>
- Estevan, M. D. (2004). Condicionantes socioeconómicos de los hábitos alimentarios e ingesta de energía y nutrientes en escolares de la población española. (*Doctoral dissertation, Universidad Complutense de Madrid*)., 0-0.
- Gavina, A. &. (2001). Los comportamientos alimentarios en las etapas de la vida. *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology*, 30(2),, 7-24.
- Héctor Poletti, O. &. (2007). Sobrepeso, obesidad, hábitos alimentarios, actividad física y uso del tiempo libre en escolares de Corrientes (Argentina). *Revista Cubana de Pediatría*, 79(1),, 0-0.
- Lameiras Fernández, M. C. (2003). Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. . *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(1),, 0-0.
- Llargués, E. F. (2009). Estado ponderal, hábitos alimentarios y de actividad física en escolares de primer curso de educación primaria: estudio AVall. . *Endocrinología y Nutrición*, 56(6),, 287-292.
- Macias, A. I. (2012). Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. *Revista chilena de nutrición*, 39(3),, 40-43.
- MacMillan, N. (2007). Valoración de hábitos de alimentación, actividad física y condición nutricional en estudiantes de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. *Revista chilena de nutrición*, 34(4), 330-336.
- Montero Bravo, A. Ú. (2006). Evaluación de los hábitos alimentarios de una población de estudiantes universitarios en relación con sus conocimientos nutricionales. *Nutrición Hospitalaria*, 21(4), 466-473.
- Montilva, M. B.-C. (2010). Perfil de alimentación y nutrición de mujeres en edad fértil de un Municipio del Centroccidente de Venezuela. *An Venez Nutr*, 23(2),, 67-74.

- OMS. (14 de Junio de 2016). *Comisión para acabar con la obesidad infantil* .  
Obtenido de Datos y cifras sobre obesidad infantil :  
<http://www.who.int/end-childhood-obesity/facts/es/>
- Peñaloza, R. A. (2007). influencia de la altura en la eritropoyesis del recién nacido. *Cuadernos Hospital de Clínicas*, 52, 17, 0-0.
- Pérez, E. C. (2008). Epidemiología del sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina* 179, 16-20.
- Prevención-Diagnóstico-Tratamiento. (16 de Marzo de 2016). Recuperado el 13 de Febrero de 2017, de <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/335GRR.pdf>
- Quirantes Moreno, A. J. (2009). Estilo de vida, desarrollo científico-técnico y obesidad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 35(3), 0-0.
- Restrepo, S. L. (2005). La familia y su papel en la formación de los hábitos alimentarios en el escolar. Un acercamiento a la cotidianidad. *Boletín de antropología Universidad de Antioquia*, 19(36)., 0-0.
- Salazar, C. M. (2010). Acercamiento exploratorio a los hábitos alimentarios y físicos de las familias de los alumnos de una escuela primaria. . *Revista de Educación y Desarrollo*, 12(1), 45-52.
- U.S. DEPARTMENT OF HEALTH-AND HUMAN SERVICES-National Institutes-of-Health. (15 de Mayo de 2016). *Los riñones y cómo funcionan*. Recuperado el 13 de Febrero de 2017, de [https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwig6crt2I3SAhUK1CYKHfg5C78QFggeMAE&url=https%3A%2F%2Fwww.niddk.nih.gov%2F-%2Fmedia%2F069A8C909AC24F1B8EDED85E3EFB0CAC.ashx&usg=AFQjCNErLIMZB\\_93mfg6JnsIRR0mDyy8cQ&s](https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwig6crt2I3SAhUK1CYKHfg5C78QFggeMAE&url=https%3A%2F%2Fwww.niddk.nih.gov%2F-%2Fmedia%2F069A8C909AC24F1B8EDED85E3EFB0CAC.ashx&usg=AFQjCNErLIMZB_93mfg6JnsIRR0mDyy8cQ&s)
- UNICEF ECUADOR. (28 de Agosto de 2014). *UNICEF resaltó la necesidad de promover una alimentación saludable para combatir la obesidad y desnutrición infantil*. Obtenido de 2014

Víctor-Lorenzo-Sellarés. (2017). Enfermedad renal crónica. *Nefrología al Día*,  
Capítulo 16.





**UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ**  
**EXTENSIÓN CHONE**  
**CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**

**Encuesta dirigida a:** Padres de los niños.

**OBJETIVO:** Determinar la formación de hábitos alimenticios saludables en el desarrollo congénito

**PREGUNTAS**

**1. ¿ Los recursos económicos que sustentan su hogar son provenientes de:**

- Jubilación ( )  
Bono de desarrollo ( )  
Agricultor ( )  
Comerciante ( )  
Jornalero ( )

**2. Usted realiza actividad física.**

Si ( ) No ( )

**3. Que clases de alimentos ud ingiere.**

- Alimentos altos en grasas ( )  
Alimentos altos en azúcar ( )  
Alimentos altos en sal ( )

**4. Usted consume alcohol**

Si ( ) No ( )

**5. De los siguientes alimentos cuales influye en su alimentación con mayor frecuencia:**

Arroz, pan, plátano ( )

Hamburguesa, papas fritas, fritadas. ( )

Cola ( )

Jugos ( )

Frutas, verduras y hortalizas ( )

Cereales granos seco. ( )

Pollo, pescado, carnes rojas, hígado. ( )

Queso, leche, huevo, mantequilla. ( )

**6. Sabia Ud. que la mala alimentación puede ser factor determinante a algunas enfermedades en el desarrollo congénitos en niños.?**

Si ( ) no ( )

**7. Le gustaría participar en este programa para diagnosticar niveles elevados de lípidos en sangre**

Si ( ) no ( )

**8. Cree Ud. que el régimen alimenticio dado a su hijo en desarrollo es el adecuado?**

SI ( ) NO ( )

**9. Ud. ha elaborado este régimen alimenticio con la ayuda de una nutricionista?**

SI ( )

NO ( )

**10. Ha notado un problema anormal en el desarrollo de su hijo sea intelectual como físico?**

SI ( )

NO ( )



**UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ**  
**EXTENSIÓN CHONE**  
**CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**

**Encuesta dirigida a:** los niños

**OBJETIVO:** Determinar la formación de hábitos alimenticios saludables en el desarrollo congénito

**1. Su estilo de vida alimenticio esta dictado por un nutricionista?**

SI ( )

NO ( )

**2. Cree Ud. que lleva una vida alimenticia equilibrada y sana?**

SI ( )

NO ( )

**3 Sus padres participan en la elaboración de su alimentación diaria.?**

SI ( )

NO ( )



**UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ**  
**EXTENSIÓN CHONE**  
**CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**

**Encuesta dirigida a:** nutricionista

**OBJETIVO:** Determinar la formación de hábitos alimenticios saludables en el desarrollo congénito

**1. Cómo relacionaría los buenos hábitos alimenticio en un correcto desarrollo congénito en niños?**

SI ( )

NO ( )

**2. Es posible que el mal estilo de vida alimenticio en niño afecto a su desarrollo normal?**

SI ( )

NO ( )

**3. Qué medidas preventivas daría ante niño con un mal estilo de vida alimenticio?**

SI ( )

NO ( )