



**SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL
ESTADO DE GUANAJUATO**

**COORDINACIÓN DE ORIENTACIÓN ALIMENTARIA.
PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN**

***“EVALUACIÓN DEL ESTADO DE NUTRICIÓN DE LOS NIÑOS
BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA DESAYUNOS ESCOLARES EN
PREESCOLAR QUE RECIBIERON EL APOYO DEL SUPLEMENTO
“SURE NUTRITION EN EL MUNICIPIO DE SILAO, GTO”***

**PROGRAMA “ACCIONES DIFERENTES CONTRA LA DESNUTRICIÓN”
GUANAJUATO, GTO A 14 DE JULIO DEL 2006.**



Paseo de la Presa 89-A
C. P. 36000, Guanajuato, Gto
Tel. 01(473) 735-33-00

www.guanajuato.gob.mx

Antecedentes

Del primer año a los 6 años de edad se considera a los niños como preescolares. Este periodo se caracteriza por experimentar un mayor control de los movimientos, intenso aprendizaje a través del desarrollo de la capacidad de análisis y reflexión por medio del conocimiento de habilidades sociales y cognoscitivas.

Los niños nacen con un gran potencial para su crecimiento y desarrollo. Poseen una mente absorbente que en pocos años les permite conformar su visión del mundo. Pueden asimilar uno o más idiomas, aprender a caminar, controlar mejor su cuerpo para correr y brincar, así como manipular diferentes utensilios ya sea para tomar sus alimentos o jugar. Son intrépidos, observadores y los mejores aprendices. Sin embargo, depende de los adultos a proporcionarles un ambiente adecuado para su mejor desarrollo, ya que son como un esponja y absorben experiencias tanto positivas como negativas.

Durante los primeros 12 meses de su vida, el infante experimenta un crecimiento muy rápido que contrasta en forma notable con el crecimiento de menor velocidad que acontece en la etapa preescolar, entre el primero y los seis años de edad.

Desde el nacimiento hasta alrededor del primer año, la estatura aumenta cerca del 50%. A partir de este momento, requerirá de cinco años para incrementar su estatura otro 50%. Con la masa corporal sucede algo semejante: al año, el infante triplica el peso que tenía al nacimiento, sin embargo, necesita toda la etapa preescolar para duplicar de nuevo su peso.

Entre los tres y seis años de edad, los incrementos anuales en el peso y la estatura son alrededor de dos kilogramos y seis centímetros, respectivamente.

Esta disminución en el crecimiento tiene como consecuencia el bajo apetito, que se observa con frecuencia en los niños de edad preescolar.

Del primero al segundo año de la vida, el cuerpo del niño experimenta grandes cambios. A los 12 meses empieza a mantenerse erguido sin ayuda y a dar sus primeros pasos. A los dos años camina con más firmeza y mayor rapidez, y sus movimientos son más seguros, aprende a brincar sobre el piso y a subir y bajar escaleras. Desde el punto de vista físico, el desarrollo de estas habilidades ocurre gracias a la disminución de la grasa corporal, el incremento de la masa muscular y el aumento de la densidad ósea. Estos cambios, aunados a un mayor incremento en la estatura que en el peso, son responsables de la modificación de la silueta.

A esa edad no hay diferencias notables entre niños y niñas en lo que respecta al peso y la estatura, aunque si existen pequeñas variaciones en la composición corporal. Por ejemplo, en esta etapa es notable la diferencia en el área grasa, que se incrementa más en las niñas que en los niños. Sin embargo, no hay divergencias en cuanto a las necesidades nutricias de uno y otro sexo, pues estas se empiezan a manifestar.

Si reconocemos que los niños nacen con todos los elementos para crecer y desarrollarse, entonces debemos ayudarlos y respetarlos en todos los aspectos que contribuyan a formar su vida, como puede ser el proporcionarles una alimentación adecuada y las orientaciones necesarias para su desarrollo integral.

La alimentación del preescolar depende, por una parte, del crecimiento del niño y de sus necesidades nutricias y, por otra, del medio que lo rodea y su desarrollo psicológico. Estos factores hacen que la alimentación en esta etapa sea una de las principales preocupaciones de los padres.

En cuanto la conducta alimentaria del preescolar, se debe aplicar esta regla básica: los encargados qué, los niños cuánto, es válida en todos los casos, aunque requiere ciertos ajustes de acuerdo con la edad de los pequeños.

A grandes rasgos, se puede afirmar que para el niño de uno a tres años, una relación alimentaria adecuada es aquella que ofrece libertad y apoyo para favorecer su autonomía y marca límites claros que le den seguridad. Entre los tres y los seis años, la conducta alimentaria le debe dar la oportunidad de desarrollar habilidades para alimentarse, aceptar una variedad de alimentos y socializar con la comida.

El interés del niño por el mundo que lo rodea, la falta de apetito por el tipo de crecimiento que tiene, el reducido tamaño de su estómago y la necesidad de autonomía, provocan que su alimentación sea muy variable.

Para los niños que se encuentran en esta etapa, la familia es la principal influencia en el desarrollo de los hábitos alimentarios. Los padres y los hermanos de mayor edad son modelos importantes para los pequeños en su aprendizaje e imitación. Los niños pequeños no tienen la capacidad innata para escoger una dieta equilibrada. Por consiguiente, tanto los padres como otros adultos son los responsables de ofrecer una variedad de alimentos nutritivos y apropiados para la etapa de desarrollo. La atmósfera en torno al alimento y la hora de la comida también es un factor importante que contribuye a las actitudes hacia los alimentos y las comidas.

La importancia de las condiciones nutricionales de los niños preescolares radica principalmente en las graves repercusiones sobre el desarrollo de la persona en su edad temprana, si es que esta no es adecuada. Los posibles daños ocasionados por una mala nutrición durante los primeros años de vida, pueden ser irreversibles.

Cuando por alguna razón no se recibe todos los nutrientes o se reciben incompletos, se corre el riesgo de desnutrición

La desnutrición es una enfermedad conocida por sus efectos sobre el organismo, influye desfavorablemente en el desarrollo físico y mental, debilitado nuestro organismo.

En México la principal causa de desnutrición es la mala alimentación. Una persona desnutrida es una persona enferma que contrae infecciones con facilidad y se recupera más lentamente; por el contrario, cuanto mejor nutrido este, se resiste más a las enfermedades infecciosas y se recuperan en menor tiempo.

También en esta edad existen varias influencias, algunas evidentes y otras sutiles, que determinan el consumo de hábitos alimentarios en los niños. Las principales influencias sobre el consumo alimentario en los años del desarrollo son: el ambiente familiar, las tendencias sociales, los medios de comunicación y los padecimientos o enfermedades.

La desnutrición en niños preescolares en México es un problema de salud pública que persiste a pesar de las acciones para combatirla. Resulta paradójico que con la gran cantidad de conocimientos adquiridos en diferentes campos relacionados con el problema, no ocurra una clara disminución de los niveles de desnutrición, los cuales continúan siendo críticos en ciertas regiones del país.

Al respecto, la desnutrición acaecida durante los primeros años de vida puede retardar el crecimiento del niño; no obstante dicho crecimiento continúa hasta los 18 años, los efectos de la malnutrición podrían aminorarse proveyendo una buena nutrición.

La pobreza es la causa subyacente principal de la desnutrición. El grado y la distribución de las deficiencias de la desnutrición en una población dada depende de muchos factores: la situación política y económica, el nivel de educación y saneamiento ambiental, las condiciones ambientales, la producción de alimentos, costumbres culturales y religiosas, hábitos de alimentación,

presencia de enfermedades infecciosas, la existencia y efectividad de programas de salud y nutrición y la disponibilidad y calidad de los servicios de salud.

Una de las causas principales que desencadenan este padecimiento principalmente en áreas rurales es la presencia de poco o nada de acceso a los servicios médicos formales lo que agrava la situación. Esta condición también ocurre cuando el organismo no tiene una ingesta suficiente de nutrimentos o como consecuencia de enfermedades infecciosas.

La mayoría de los niños mueren a causa de enfermedades infecciosas curables, como diarrea, neumonía, paludismo y sarampión. Según los expertos de la FAO, los menores podrían superar estos padecimientos si sus cuerpos y sus sistemas inmunitarios no estuvieran debilitados por el hambre y la desnutrición.

Las deficiencias de nutrimentos inorgánicos y las infecciones con frecuencia existen y exhiben complejas interacciones que conducen a un círculo vicioso desnutrición-infección entre las poblaciones vulnerables de los países en desarrollo, particularmente en los niños preescolares.

Algunos de los nutrimentos inorgánicos cuyas deficiencias comprometen el buen desarrollo de los preescolares son el hierro, zinc, calcio y la vitamina A, principalmente.

El hierro, es un nutrimento inorgánico que representa una de las mayores preocupaciones en la alimentación del preescolar, ya que su deficiencia causa anemia y este hecho limita al atraso del crecimiento y la susceptibilidad de infecciones, además que perjudica la capacidad de aprendizaje y el desarrollo psicomotor.

El zinc limita el crecimiento de lactantes y preescolares. La deficiencia grave de zinc se caracteriza por diarrea y lento crecimiento.

Referente al calcio, el consumo deficiente de este nutrimento inorgánico produce que el esqueleto no recibe niveles adecuados y esto ocasiona que no alcance la máxima densidad ósea en el preescolar.

Y por ultimo, la vitamina A, la cual si los niños no tiene el aporte de esta vitamina ocasiona daño irreversible de la cornea y ceguera nocturna. La deficiencia también suele incrementar morbilidad y mortalidad de varias infecciones.

Otra causa importante para que ocurra la presencia de desnutrición infantil es la incidencia constante de enfermedades parasitarias y bacterianas que contribuyen de manera importante para que se desencadene la desnutrición, igualmente la desnutrición aumenta la disponibilidad y severidad de las infecciones que representa un factor importante de prevalencia y de morbi mortalidad.

Referente a la importancia de la desnutrición, se hace una clasificación, que se desglosa de la siguiente manera:

Desnutrición primaria o leve: Es la que más padece los niños, pero también en lo general, a la gente que no se les da atención; por ello es conveniente mencionar que entre más temprano ocurra y se prolongue por mayor tiempo, más daños habrá, ya que ocasiona la disminución del tamaño del cuerpo, afecta el desarrollo y fomenta la aparición de enfermedades. La alimentación que reciba el niño con desnutrición primaria o leve, debe tener las características de una dieta normal, pero fraccionadas en mayor número de comidas al día.

Dentro de las características de la desnutrición se presenta lo siguiente:

1. Hay una lenta cicatrización de las heridas.
2. Padecer frecuentes infecciones respiratorias (gripa o bronquitis).

3. Padecer infecciones intestinales (diarreas).

Desnutrición Secundaria o Moderada: esta es provocada por falta de apetito o dificultades de nuestro organismo para utilizar los nutrimentos, acompañada de enfermedades como la diabetes, los problemas de riñón, el cáncer, los problemas psiquiátricos, etc...sobre todo, si no se siguen los tratamientos médicos y dietéticos indicados por el profesional de salud. Otros factores de riesgo para padecer desnutrición son las dietas de reducción de peso que se llevan sin control, el alcoholismo y el consumo por largo tiempo de medicamentos tomados sin prescripción médica.

Las características presentadas en la desnutrición Secundaria o Moderada son:

1. El niño se muestra apático y desgano por lo cual se cansa hasta para comer. Se lleva más tiempo al consumir sus alimentos.
2. El niño no siente hambre y no quiere alimentos. Por lo que la madre o personal de salud (si el niño está internado) deben insistir en proporcionarle los alimentos.
3. Darle comidas poco voluminosas, nutritivas, 6 a 7 veces al día, en intervalos de 2 1/2 a 3 horas. Cuando el niño pase de la desnutrición moderada a la leve se le darán 5 comidas (3 fuertes y 2 colaciones).
4. Complementar el tratamiento ingresando al niño a un programa o plan de estimulación.

Desnutrición Severa: En sus diversas manifestaciones, es sin duda la más dramática de las enfermedades nutricionales; generalmente se identifica en dos tipos, Kwashiorkor y Marasmo.

Las metas del tratamiento deben tener como finalidad, recuperar las deficiencias específicas, tratar las infecciones y suprimir la flora gastrointestinal anormal. Proporcionar una dieta que permita la rápida recuperación de los tejidos perdidos y el restablecimiento de la composición corporal normal. La dieta debe ser proporcionada en forma gradual por etapas según la evolución del niño.

Inicialmente se debe efectuar de manera inmediata y adecuada, las medidas a tratar las complicaciones de la desnutrición severa. De esta forma debe atenderse el desequilibrio electrolítico y cualquier otro padecimiento que se tenga (gastroenteritis, bronconeumonía, etc..).

La desnutrición severa es consecuencia de la insuficiencia crónica y acumulativa para cubrir las necesidades de nutrimentos del organismo, principalmente de los requerimientos energéticos y proteicos.

En los niños con desnutrición severa la pérdida de tejidos y su reducida capacidad funcional conducen a la pérdida de la reserva de sus funciones. Los niños se vuelven vulnerables a cualquier alteración de su medio externo, lo que generalmente conduce a la deficiencia y desequilibrios nutricionales específicos, infecciones secundarias, disminución en su sistema inmune, aumento excesivo de la flora del intestino y de otras nuevas pérdidas anormales a través del intestino, lesiones traumáticas de la piel y cicatrización alterada, todos estos procesos conducen a mayor reducción en el consumo de alimentos, agravando la situación del niño y en consecuencia final en el deterioro y fundamentalmente, en la mortalidad por desnutrición.

La prevalencia de desnutrición, así como sus efectos negativos, es mucho mayor en los niños que en los adultos. A principios de los años noventa, la

Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que el 3% de los niños de los países subdesarrollados estaba afectado por una desnutrición severa, lo que dio origen a enfermedades como la llamada kwashiorkor. Otra 25% padecía de desnutrición moderada (o de segundo grado) y de 40 a 45% de desnutrición de primer grado. La desnutrición era señalada como el principal problema que contribuía con más de la mitad de las muertes de infantes menores de cinco años en países de bajos ingresos.

De acuerdo con diversas estimaciones, se ha considerado que la desnutrición en el país es relativamente grave, destacando que el porcentaje global de desnutrición es de casi 30% de la población infantil menor de 5 años, de la cual casi la mitad se encuentra en situación de desnutrición grave, que la incidencia de bajo peso en los estados de la región sur del país (como Guerrero, Oaxaca) es 2.2 veces mayor que en el norte y centro de la Republica Mexicana, y que el 77% de las personas con alto grado de desnutrición y pobreza se encuentran en el medio rural, 34.3% de los niños en hogares en situación de pobreza alimentaria están desnutridos.

Por ultimo, en el estado de Guanajuato en el 2005, 14 niños murieron por desnutrición y en lo que va de enero a marzo del 2006 ya han muerto 5 niños. Por lo que resulta necesario un tratamiento adecuado para atacar este problema de salud publica.

Justificación.

Actualmente el DIF lleva a cabo el censo nacional de talla para identificar las poblaciones vulnerables de desnutrición infantil. Este ha proporcionado datos

importantes para que esta dependencia gubernamental gire instrucciones adecuadas para contrarrestar esta debilidad en nuestra población infantil.

De acuerdo al VI Censo Nacional de Talla del 2004, avalado por el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Subirán, Silao es uno de los municipios en el Estado que presenta mayor prevalencia de desnutrición y es prioritario de atención.

Dicho estudio motivo la aplicación de la evaluación correspondiente en poblaciones del estado de Guanajuato. ubicándolas geográficamente y de estratos sociales diversos para la objetivación del estudio en cuestión, dando resultados importantes para su estudio y posible solución, es este caso, en el municipio de Silao.

Es por ello que se requieren estrategias y una reorientación de las políticas alimentarias para solucionar este grave problema.

Para una buena nutrición de la familia es necesario que exista disponibilidad de alimentos y que estén accesibles en las comunidades. Los factores que influyen son los ecológicos, tecnología de alimentos, medios de comunicación, mercado, roles sociales y capacitación.

Existe evidencia documentada de desnutrición por deficiencia de nutrimentos inorgánicos entre la población de México, este padecimiento afecta principalmente a niños menores de cinco años, a causa del poco acceso que tienen hacia los alimentos y por consecuencia origina una mala alimentación. Una de las formas de atender la desnutrición por deficiencia de nutrimentos inorgánicos en los grupos de población con alto riesgo es, justamente, mediante la suplementación de dichos nutrimentos.

Es por ello, que el DIF Estatal pretende incluir el suplemento “Sure Nutrition”, el cual cumple con los nutrimentos necesarios para mejorar el estado de nutrición de los niños beneficiados. Este producto ha sido probado en

diferentes estados, teniendo buenos resultados con la mejora nutricional de los niños, además de que está avalado por el INCMNSZ y DIF Nacional.

Objetivo general.

Evaluar el estado de nutrición de los niños beneficiarios del programa desayunos escolares en preescolar mediante el consumo del suplemento “Sure Nutrition”.

Objetivo específicos.

1. Establecer la situación alimentaria y nutricional de la población preescolar del municipio de Silao.
2. Evaluar el estado de nutrición en los preescolares por medio de indicadores antropométricos, con la utilización de peso y talla.
3. Complementar la alimentación del preescolar mediante el consumo del suplemento “Sure Nutrition” y orientación alimentaria.
4. Llevar un control mediante medidas antropométricas de peso y talla, para conocer su avance.
5. Proponer alternativas de solución a la comunidad escolar para contrarrestar los efectos de la desnutrición escolar.

Hipótesis

- La suplementación a los preescolares beneficiarios del programa desayunos escolares del municipio de Silao tiene efecto sobre su estado de nutrición.

Descripción del programa de trabajo.

La presente investigación es un estudio de tipo descriptivo, prospectivo y longitudinal, que se inicio en el mes de abril del 2006 y finalizó en junio del mismo año.

El estudio se llevó acabo en las instalaciones del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del municipio de Silao. El tamaño de la muestra es de 30 niños, que están registrados como beneficiados por el programa desayunos escolares en preescolar en las diferentes comunidades del municipio.

Para llevar acabo este estudio se tomaron en cuenta los siguientes criterios: niños con edad entre 3 y 6 años, beneficiarios del programa desayunos escolares en preescolar del municipio de Silao que pertenecen al padrón de vigilancia nutricional en el periodo 2006. y niños detectados con desnutrición grave de acuerdo a la clasificación de Waterlow, referencia que utiliza el DIF estatal para evaluar el estado de nutrición.

No se incluyeron en el estudio niños que no quieran participar en el estudio y niños que tengan menos del 80% de asistencia para las evaluaciones antropométricas.

Antes de comenzar la investigación se cito a la madres de los beneficiarios en el sistema municipal, en donde se les explicó el estudio que se llevara acabo, su importancia, las características y la forma en la que van a participar en este. En esta sesión se realizó la evaluación antropométrica inicial mediante la toma de peso y talla.

Al termino de la evaluación, se les otorgó el suplemento alimenticio a las madres de familia, explicando la forma de preparación y el numero de tomas, haciendo hincapié que su ingesta debe realizarse en la mañana y en la noche, con una toma

de 50 gr del producto aproximadamente. Además se les informó que una vez a la semana se estará tomando el peso y la talla durante un periodo de dos meses.

Cada semana, el encargado el programa se traslado a cada una de las comunidades donde se encontraban los beneficiarios participantes, verificando así los avances de estos.

Al termino, se realizó una reunión explicando los efectos positivos del suplemento en los niños, así como también la entrega de un incentivo por los resultados obtenidos por parte de los beneficiarios.

Técnicas de medición para realizar las tomas de peso y talla.

➤ **Peso.**

La báscula se debe encontrar en una superficie plana, horizontal y firme. Antes de iniciar las mediciones se comprobará su buen funcionamiento y por lo menos una vez a la semana su exactitud, empleando para ello un juego de pesas previamente taradas.

En niños de más de 12 kg de peso y en adultos se utiliza una bascula clínica. Las pesadas se deben realizar teniendo al sujeto con el mínimo de ropa y después de haber evacuado o vaciado la vejiga de preferencia en ayuno. Se debe cuidar que los pies ocupen una posición central y simétrica en la plataforma de la báscula.

➤ **Talla.**

El instrumento para le medición debe ser con un estadímetro. En este caso se utilizará un estadimetro de pared. El sujeto debe estar de pie y sin zapatos, no adornos en la cabeza que dificulten la medición. Se debe mantener en posición de firmes, de modo que los talones estén unidos a los ejes longitudinales de ambos pies y guarden entre si un ángulo de 45 grados. Los brazos deben colgar libre y

naturalmente a lo largo del cuerpo. La cabeza debe mantenerse de manera que el plano de Frankfort se conserve horizontal. Se le solicitará al sujeto que contraiga los glúteos y estando frente a él, colocará ambas manos sobre el borde inferior del maxilar inferior del explorado, ejerciendo una mínima tracción hacia arriba. La persona que auxilia es quien realiza la medición aproximándola a milímetros; para ello cuidará que la plancha cefálica del aparato se encuentre adosada sobre el mismo y este horizontal al plano de medición.

Resultados

Al otorgar el suplemento “Sure Nutrition” a los beneficiarios del programa desayunos escolares en preescolar, se obtuvo una participación de 31 preescolares, de los cuales el 45% fueron niñas y el 55% fueron niños. La edad promedio de los participantes fue de 4 años.

Diagnostico:

En el diagnóstico, se obtuvieron datos de tipo clínicos y antropométricos, se tomaron como instrumentos la valoración global subjetiva para conocer cambios de peso, la ingesta alimentaría, síntomas gastrointestinales, capacidad funcional, y se realizó un examen físico, también el peso y la talla de los participantes, de la cual se originaron resultados como la presencia de desnutrición en ellos.

Toma de peso y talla inicial y final.

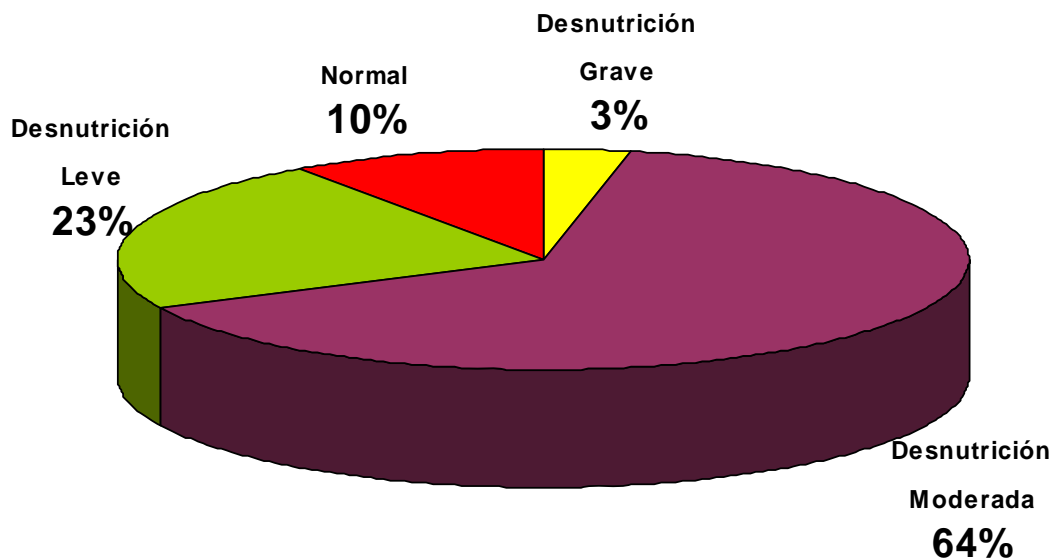
De acuerdo a la tomas realizadas, se obtuvo lo siguiente:

- La mayoría de los niños mantuvieron constante peso, y en promedio se tuvo un incremento de 1 a 1.5 kilos.

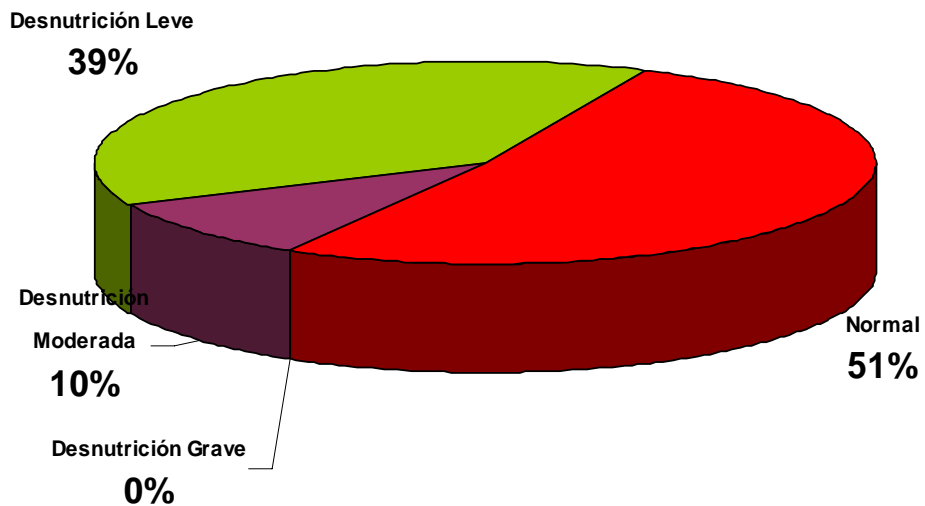
- En cuanto a la talla, se pudo apreciar un incremento entre 3 y 4 centímetros.

En las siguientes gráficas podemos observar el grado de desnutrición al inicio y al final del programa.

Inicio del Programa.

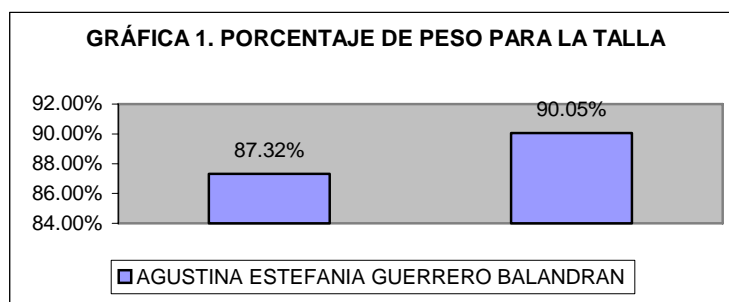


Resultados Finales.



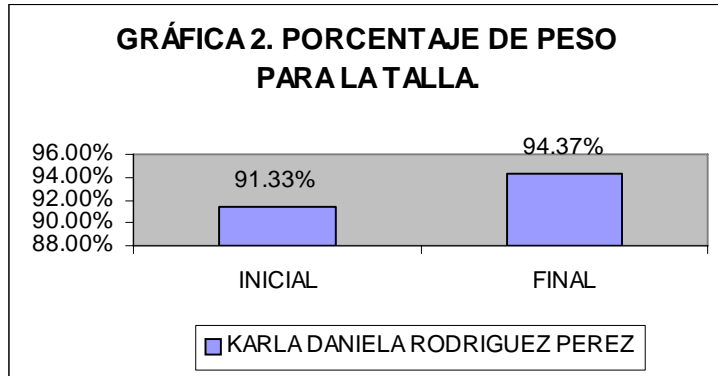
Para tener un mejor análisis de los datos, en las siguientes gráficas se muestran los resultados de cada uno de los niños.

En la gráfica 1 se muestra los resultados de Agustina Estefanía Guerrero Baladrán.



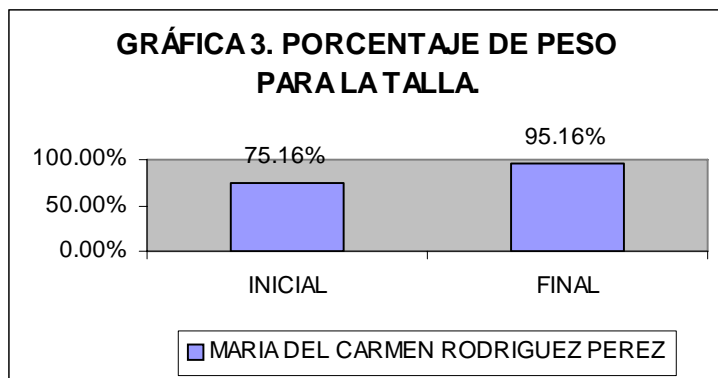
Se puede observar un ligero incremento en el porcentaje de peso y talla, además que se encuentra en el rango normal al finalizar el programa.

En la gráfica 2 se muestra los resultados de Karla Daniela Rodríguez Pérez.



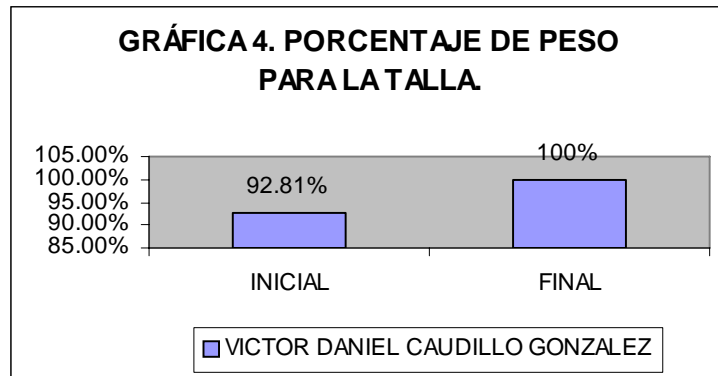
Se observa un ligero incremento, además que al finalizar el programa, ya no presenta desnutrición, tomando en cuenta el porcentaje de peso para la talla.

En la gráfica 3 se muestra los resultados de Maria del Carmen Rodríguez Pérez.



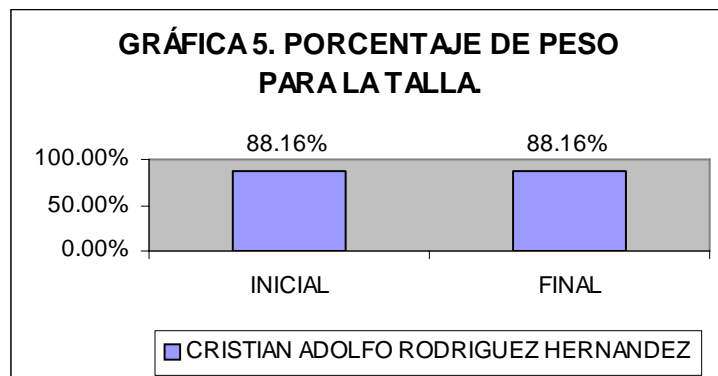
Se observa con esta niña un incremento importante, ya que al iniciar presentaba un porcentaje bajo lo que indicaba la desnutrición, mientras que al finalizar se considera dentro del rango normal.

En la gráfica 4 se muestra los resultados de Víctor Daniel Caudillo González.



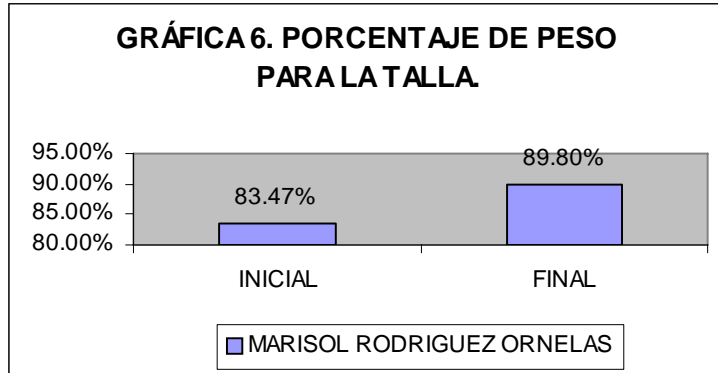
Se presenta que al finalizar el programa, se encuentra dentro del rango normal.

En la gráfica 5 se muestra los resultados de Cristian Adolfo Rodríguez Hernández.



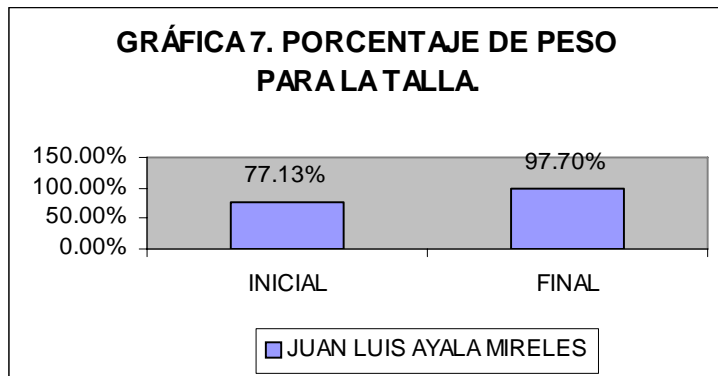
Se puede observar que no se presentó diferencia al finalizar el programa, no se obtuvo ningún resultado.

En la gráfica 6 se muestra los resultados de Marisol Rodríguez Ornelas.



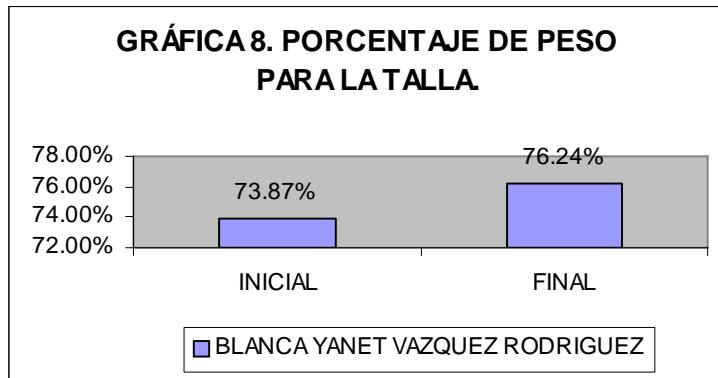
Se observa un ligero incremento en el porcentaje, pero al finalizar la niña todavía se encuentra en desnutrición leve.

En la gráfica 7 se muestra los resultados de Juan Luis Ayala Mireles.



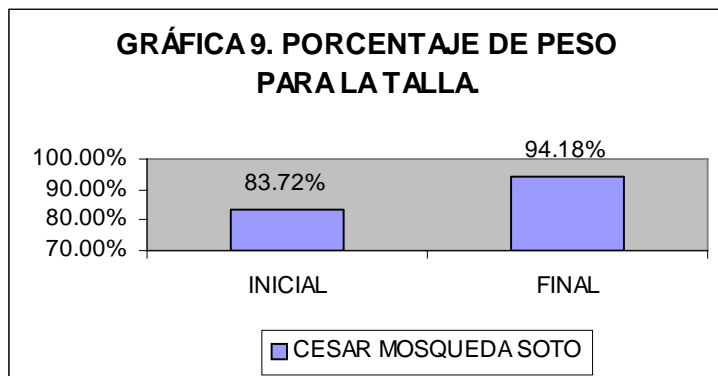
Se observa un incremento importante al finalizar el programa, y se encuentra dentro del rango normal.

En la gráfica 8 se muestra los resultados de Blanca Yanet Vázquez Rodríguez.



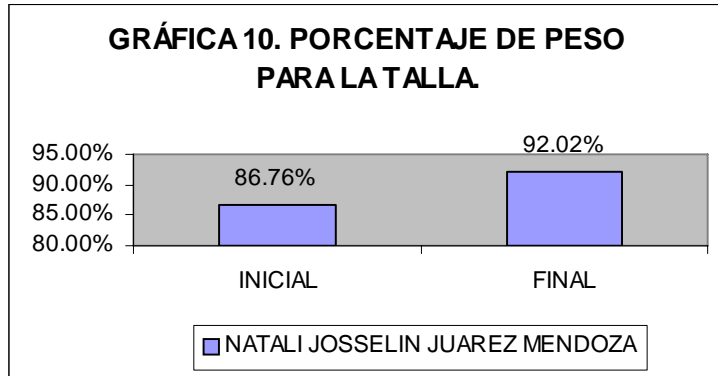
Se presenta que no se tuvo el resultado esperado, ya que la niña todavía se encuentra en desnutrición moderada al finalizar el programa.

En la gráfica 9 se muestra los resultados de Cesar Mosqueda Soto.



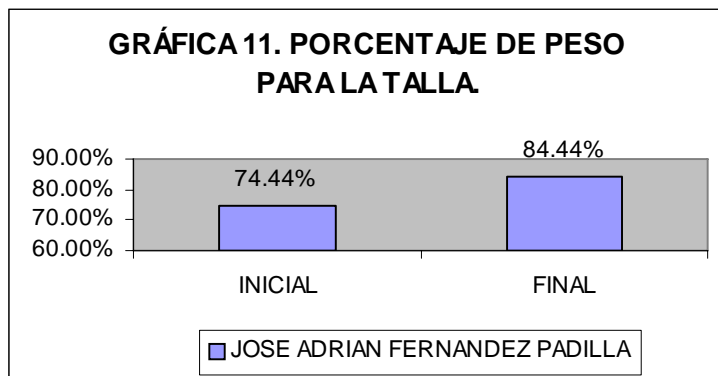
Se puede observar un incremento al finalizar el programa, donde ya se encuentra dentro del rango normal.

En la gráfica 10 se muestra los resultados de Natali Josselin Juárez Mendoza.



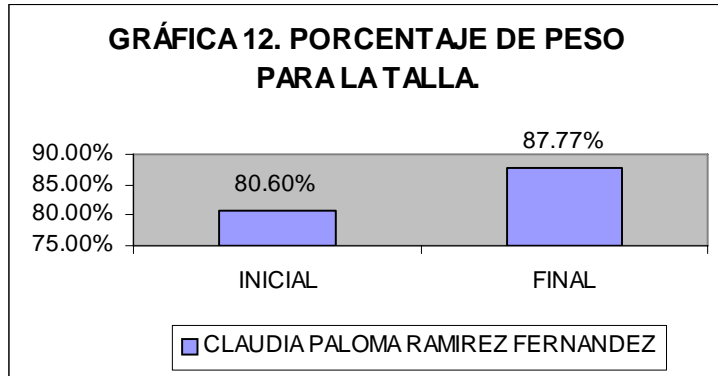
Se observa un incremento al finalizar el programa, además de que se encuentra dentro del rango normal.

En la gráfica 11 se muestra los resultados de José Adrián Fernández Padilla.



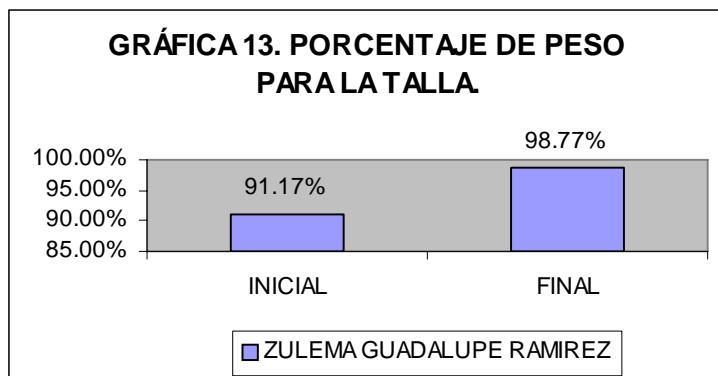
Se presenta un ligero incremento, a pesar de ello se encuentra en el rango de desnutrición moderada.

En la gráfica 12 se muestra los resultados de Claudia Paloma Ramírez Fernández.



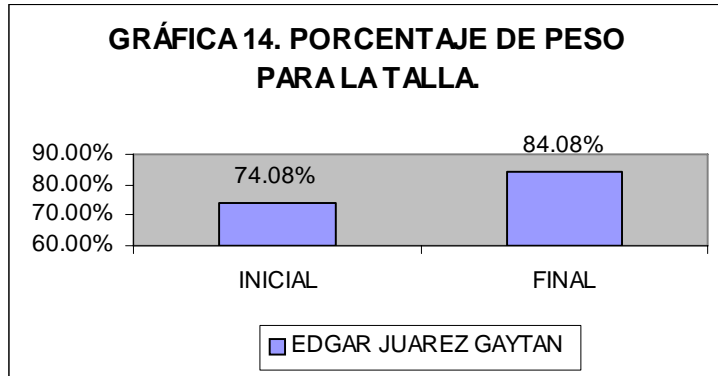
Se observa en la grafica un ligero incremento, a pesar de ello al finalizar el programa, se encuentra en el rango de desnutrición moderada.

En la gráfica 13 se muestra los resultados de Zulema Guadalupe Ramírez.



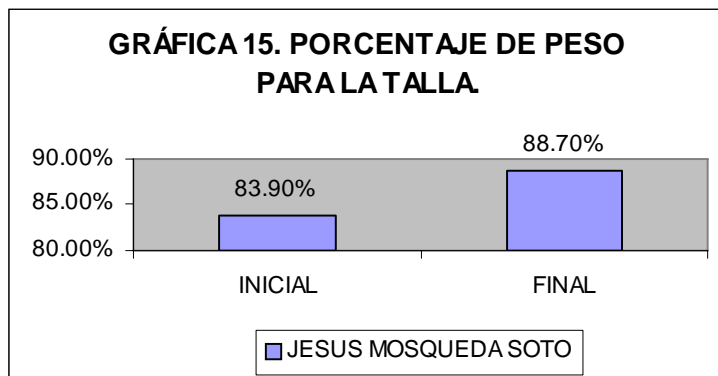
Se presenta que el incremento es poco, pero al finalizar entra en el rango normal.

En la gráfica 14 se muestra los resultados de Edgar Juárez Gaytan.



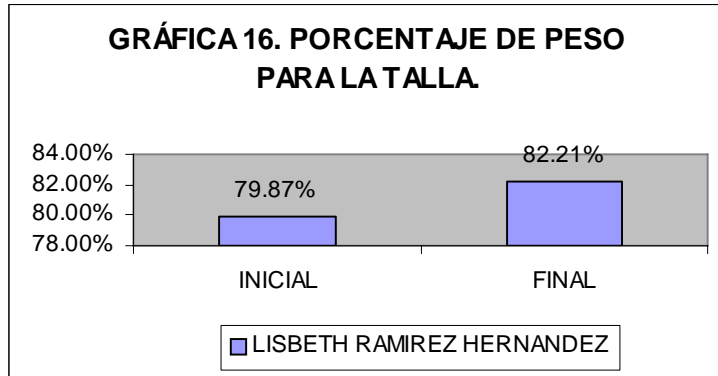
A pesar de que se tiene un incremento, al finalizar el programa el niño todavía se encuentra en el rango de desnutrición leve.

En la gráfica 15 se muestra los resultados de Jesús Mosqueda Soto.



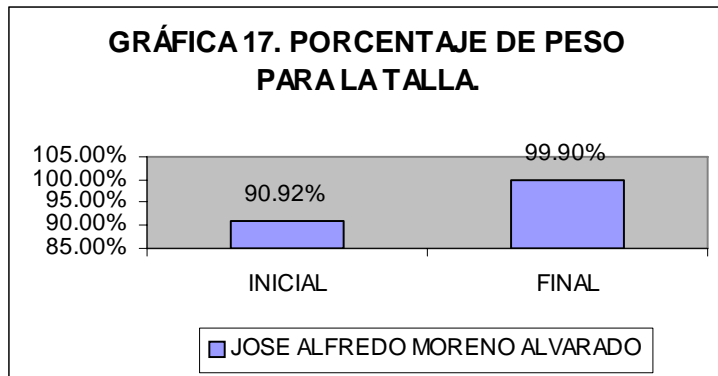
Se puede observar que todavía se encuentra en el rango de desnutrición leve, pero se tuvo un ligero incremento en el porcentaje final.

En la gráfica 16 se muestra los resultados de Lisbeth Ramírez Hernández.



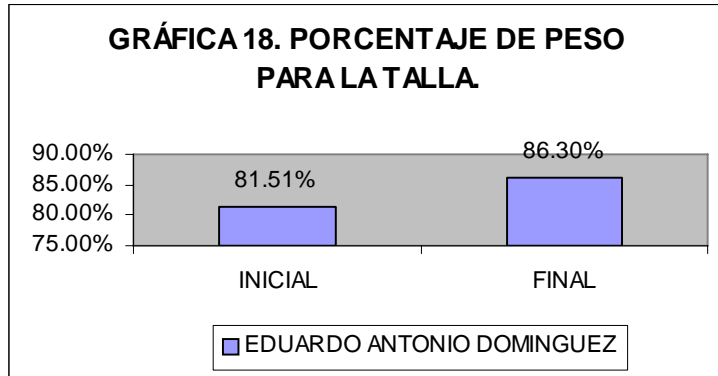
Se puede observar un incremento moderado, a pesar de ello, todavía se encuentra en el rango de desnutrición leve.

En la gráfica 17 se muestra los resultados de José Alfredo Moreno Alvarado.



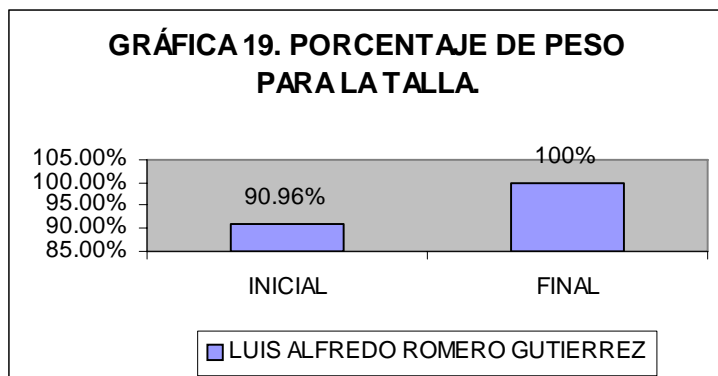
Se presenta un ligero incremento, y se encuentra al finalizar en el rango normal.

En la gráfica 18 se muestra los resultados de Eduardo Antonio Domínguez.



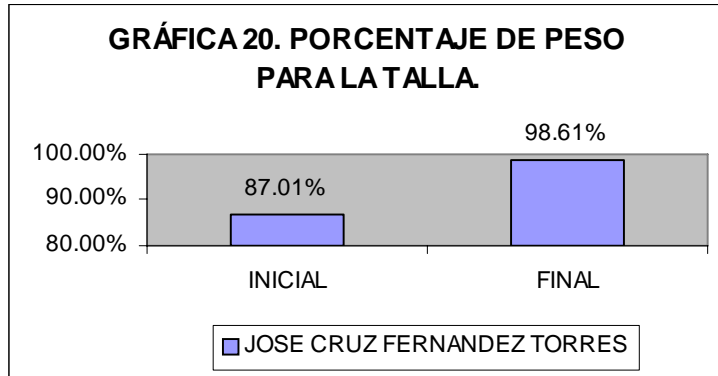
Se puede observar que el incremento es muy poco y todavía se encuentra en desnutrición leve.

En la gráfica 19 se muestra los resultados de Luis Alfredo Romero Gutiérrez.



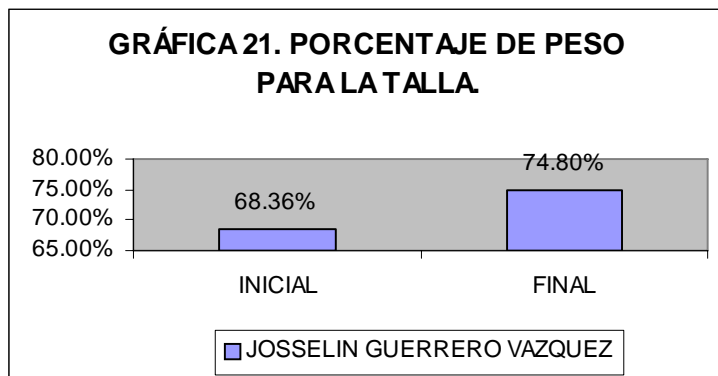
Se presenta que al finalizar el programa el niño se encuentra en el rango normal.

En la gráfica 20 se muestra los resultados de José Cruz Fernández Torres.



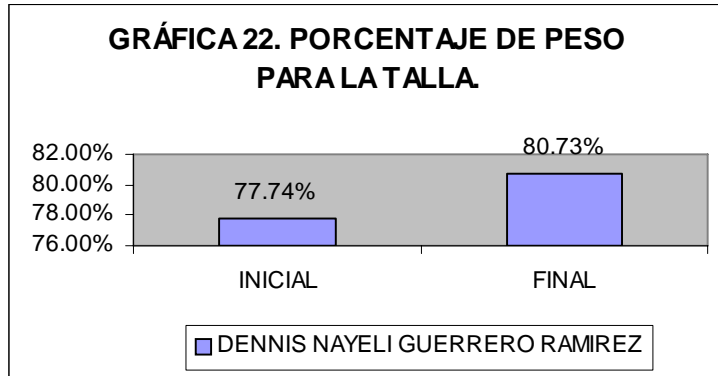
Se puede observar un incremento considerable, y en cuanto al diagnóstico, paso de desnutrición moderado a normal.

En la gráfica 21 se muestra los resultados de Josselin Guerrero Vázquez.



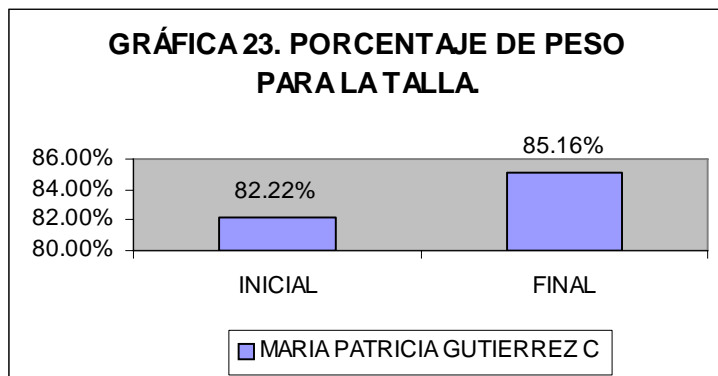
Se puede observar un ligero incremento, a pesar de esto, todavía se encuentra en el rango de desnutrición moderada.

En la gráfica 22 se muestra los resultados de Dennis Nayeli Guerrero Ramírez.



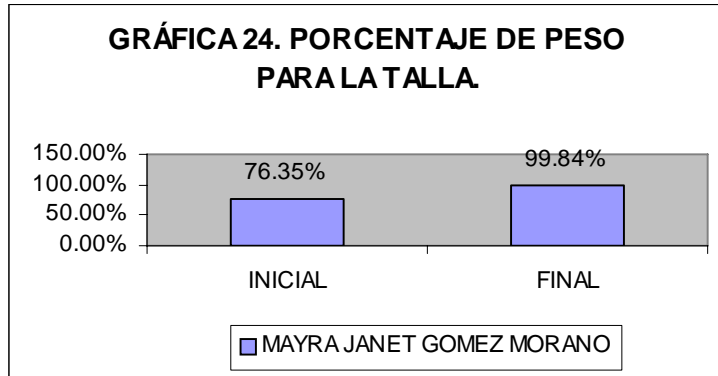
Se puede observar un incremento importante, a pesar que al finalizar el programa, todavía se encuentra en desnutrición leve.

En la gráfica 23 se muestra los resultados de Maria Patricia Gutiérrez C.



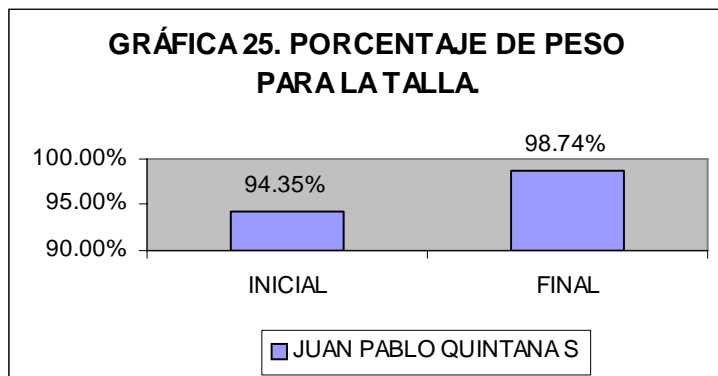
Se observa un incremento mínimo, y al finalizar el programa todavía esta dentro del rango de desnutrición leve.

En la gráfica 24 se muestra los resultados de Mayra Janet Gómez Morano.



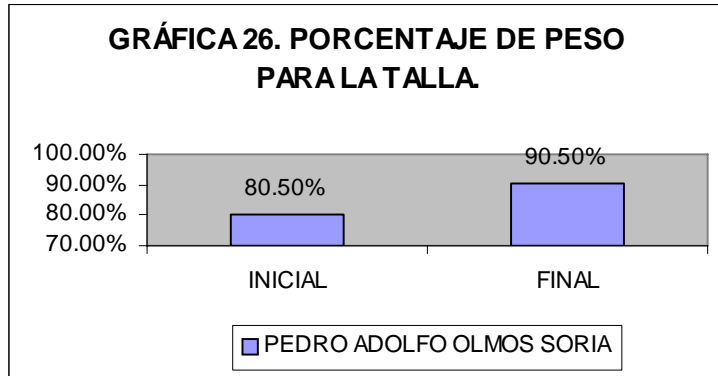
Se presenta un incremento moderado, y en cuanto al diagnostico final, entra en el rango normal.

En la gráfica 25 se muestra los resultados de Juan Pablo Quintana S.



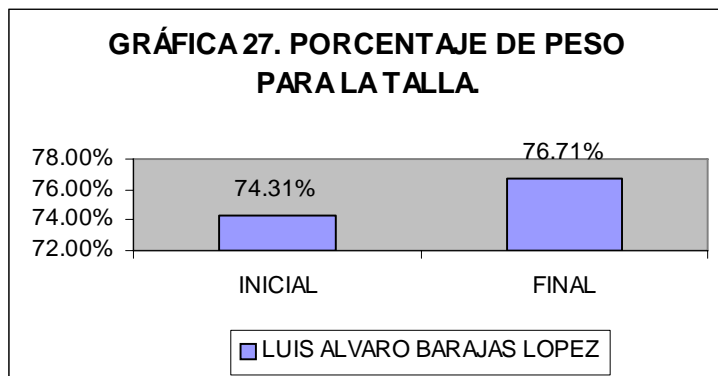
Se presenta un ligero incremento, y al finalizar el programa entra en el rango normal.

En la gráfica 26 se muestra los resultados de Pedro Adolfo Olmos Soria.



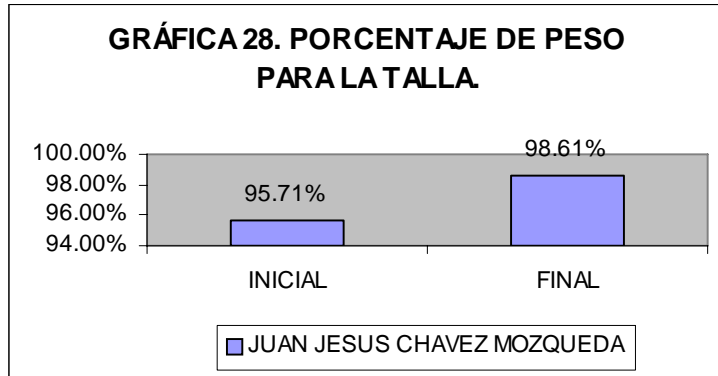
Se puede observar un incremento del 10%, al igual que también se observa que al final entre en rango normal.

En la gráfica 27 se muestra los resultados de Luis Álvaro Barajas López.



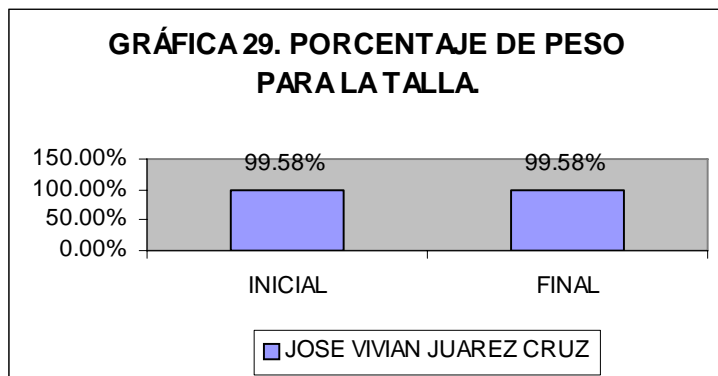
Se observa un ligero incremento, además que en la evaluación final, sigue encontrándose en desnutrición moderada.

En la gráfica 28 se muestra los resultados de Juan Jesús Chávez Mozqueda.



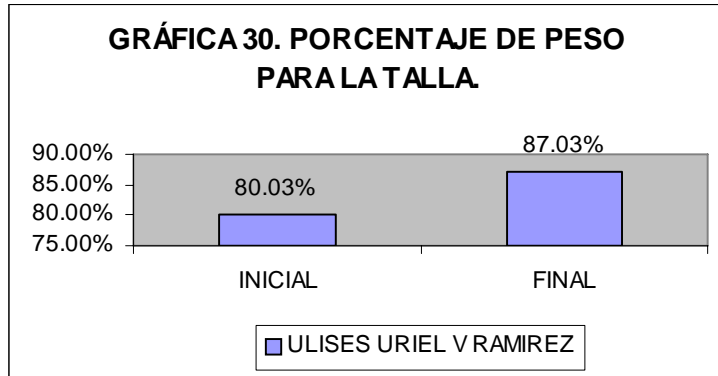
Se presenta un ligero incremento y al finalizar el programa se encuentra dentro del rango normal.

En la gráfica 29 se muestra los resultados de José Vivian Juárez Cruz.



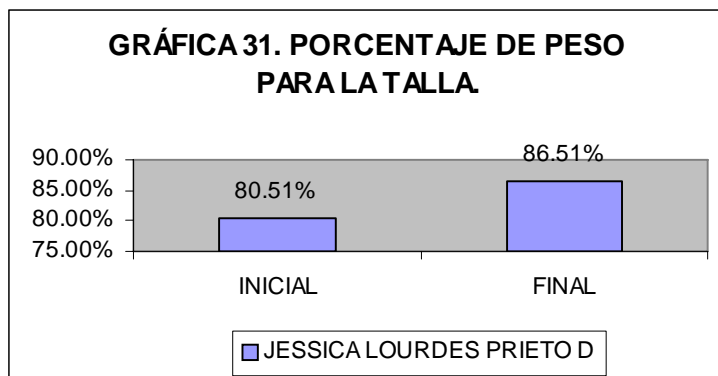
Se observa en este caso, que los datos no varían, así que se presentan los mismos resultados al finalizar el programa.

En la gráfica 30 se muestra los resultados de Ulises Uriel V. Ramírez.



Se presenta un ligero incremento, a pesar de esto, se encuentra al final en una desnutrición leve.

En la gráfica 31 se muestra los resultados de Jessica Lourdes Prieto D.



Se observa un ligero incremento, y queda en el rango de desnutrición leve.

Discusión

Los resultados del diagnóstico clínico y antropométrico permitieron adaptar el programa a las características de los niños.

El programa se planteó en 8 visitas a las comunidades del municipio de Silao, esto con el objetivo de favorecer la continuidad en la evaluación de peso y talla de los niños.

La insistencia de las nutriólogas por parte del DIF Estatal hacia las madres de familia de los niños beneficiarios, favoreció el manejo y consumo del suplemento.

Se observó que algunos niños al principio del programa presentaron problemas gastrointestinales, como diarrea o vómito, que fue ocasionado por la carga osmolar del suplemento alimenticio. Conforme transcurrió el tiempo, el organismo de los niños se adaptó a ello.

Algunas de las madres de familia mostraron interés por la salud de los niños, mientras que otras no eran tan insistentes para el consumo del suplemento.

Por lo anterior se considera importante seguir fomentando la aplicación de estos programas tanto en las madres de familia como en los niños, ya que se motiva su participación, se cambia su actitud acerca del consumo de los alimentos y se mantiene una buena salud.

Conclusiones.

Realizar un diagnóstico clínico y antropométrico fue de suma importancia para conocer las necesidades de la población a tratar y generar el acercamiento por parte de la Institución DIF Estatal.



Desarrollo
Integral de la
Familia

El utilizar la información obtenida en el diagnóstico facilitó el diseño del programa permitiendo contemplar estrategias y coordinación del DIF Estatal con las madres de familia.

Al aplicar el programa, se constató que las madres de familia tiene interés por participar y ayudar a los hijos.

Según los datos arrojados en la evaluación final, el resultado más importante de este programa fue que los niños incrementaron el porcentaje de peso para la talla, gracias a la ingesta del suplemento alimenticio.

Responsables del Proyecto:

L.N.C.A Karla Emma Falcón Millán..

L.N.C.A Elisa Webb Cortes.



Paseo de la Presa 89-A
C. P. 36000, Guanajuato, Gto
Tel. 01(473) 735-33-00

www.guanajuato.gob.mx