



**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS QUIMICAS Y FARMACIA**



INSTITUTO DE NUTRICION DE CENTROAMERICA Y PANAMA

(INCAP)

***"ESTADO NUTRICIONAL Y PRACTICAS ALIMENTARIAS
UTILIZADAS EN NIÑOS PREESCOLARES DE 1 A 5 AÑOS,
QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD DE TOLE,
REPUBLICA DE PANAMA"***

NIRIA ITZEL DE OBALDIA VALDES

**CENTRO DE ESTUDIOS SUPERIORES EN NUTRICION Y CIENCIAS DE ALIMENTOS
(CESNA)**

Escuela de Nutrición

Guatemala, Mayo de 1981

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS QUIMICAS Y FARMACIA

INSTITUTO DE NUTRICION DE CENTRO AMERICA Y PANAMA

"ESTADO NUTRICIONAL Y PRACTICAS ALIMENTARIAS UTILIZADAS
EN NIÑOS PREESCOLARES DE 1 A 5 AÑOS QUE ASISTEN AL
CENTRO DE SALUD DE TOLE, REPUBLICA DE PANAMA"

Tesis elaborada por

Niria Itzel De Obaldía Valdés

Previo a optar al título de

NUTRICIONISTA

en el grado de Licenciado

Centro de Estudios Superiores en Nutrición y Ciencias de Alimentos

Escuela de Nutrición

Guatemala, mayo de 1981

**JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS QUIMICAS Y FARMACIA
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

Decano	Lic. Leonel Carrillo
Secretario	Lic. Carlos Augusto Posadas V.
Vocal 1o.	Dr. José Héctor Aguilar
Vocal 2o.	Lic. Enrique Blanco Salguero
Vocal 3o.	Lic. Justo Comas Fuxet
Vocal 4o.	Br. Guido Arreola
Vocal 5o.	Br. Erick Juárez

DEDICO ESTE ACTO

A DIOS

A MI MADRE

AURELIA VALDES

Con respeto y admiración por sus sacrificios

A MIS HERMANOS

Marisol

Franklin

Armando y familia

A MIS FAMILIARES

Especialmente a Mercedes Aguirre

A LAS SEÑORAS

Aida, Concepción y Ofelia con cariño

A MIS AMIGOS

A USTED

DEDICO ESTA TESIS

- A Los Niños, especialmente a los Niños de Tolé, con cariño**
- A Mi Patria Panamá**
- A La Escuela de Nutrición**
- Al Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá**
- A La Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia**
- A La Universidad de San Carlos de Guatemala**
- Al Sistema Integrado de Salud de la Provincia de Chiriquí**
- Al Distrito de Tolé**
- A Mis Compañeros de Promoción**

RECONOCIMIENTOS

Agradecimiento sincero a mi Comité de Tesis formado por:

Lic. Colbert Bruña Miranda

Lic. Gloria Rivera N.

Dr. Luis O. Angel

Reconocimiento especial a:

Lic. Colbert Bruña M.

Lic. Gloria Rivera

Dr. Miguel A. Guzmán

por toda la orientación profesional y apoyo moral brindado durante el desarrollo del presente trabajo.

Agradezco sinceramente a:

Lic. Guillermo Palma

Ing. Pedro Arenales

Sr. Romeo Durini

por su colaboración brindada durante la realización del presente trabajo,

AGRADECIMIENTOS

- Al Personal del Centro de Salud de Tolé por la ayuda y colaboración brindadas durante el desarrollo del presente trabajo.
- A La Dirección del Area Sanitaria de San Félix por su ayuda desinteresada.
- A Las Madres que hicieron posible la realización del presente trabajo, con respeto.
- Al Instituto para la Formación y Aprovechamiento de los Recursos Humanos (IFARHU) de la República de Panamá, por el financiamiento brindado.
- A La Fundación Nestlé por el apoyo financiero para la culminación de éste trabajo.
- A La Dra. Susana J. Icaza un agradecimiento sincero.
- A Todas las personas que moral o profesionalmente me brindaron su apoyo durante la realización de mis estudios, especialmente a mis Catedráticos y al Dr. Ramiro Batres.

CONTENIDO

	Página
I. INTRODUCCION	1
II. ANTECEDENTES	3
A. Estado Nutricional de los Grupos más Vulnerables	
B. Importancia de la Alimentación en Preescolares	5
C. Evaluación del Estado Nutricional	6
D. Prácticas Alimentarias	14
E. Metodología Utilizada para Estudiar las Prácticas Alimentarias	19
F. Evaluaciones Nutricionales Realizadas en Panamá	22
G. El Distrito de Tolé	25
III. PROPOSITOS	33
IV. MATERIAL Y METODOS	34
A. Materiales	34
B. Metodología	35
V. RESULTADOS	41
A. Descripción de la Muestra	41
B. Estado Nutricional de Niños Preescolares según Indicadores Antropométricos	41
C. Sub-muestra	48
D. Evaluación de la Dieta de los Niños Preescolares	52
E. Relación entre los Porcientos de Adecuación Calórica y Proteínica con Indicadores Antropométricos.	62

	Página
F. Prácticas Alimentarias	65
VI. DISCUSION	94
VII. RESUMEN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	96
A. Resumen	96
B. Conclusiones	98
C. Recomendaciones	99
VIII. BIBLIOGRAFIA	100
IX. APENDICES	108
Apéndice No. 1. "Formulario de identificación y registro de peso y talla"	109
Apéndice No. 2. "Formulario de recordatorio de 24 horas"	110
Apéndice No. 3. "Formulario de prácticas alimentarias"	111
Apéndice No. 4. "Estándares de peso y estatura - sexo femenino y masculino"	118
Apéndice No. 5. "Preparaciones utilizadas en niños preescolares".	120

I. INTRODUCCION

El "hambre", que después de muchos estudios se le ha denominado "desnutrición", es uno de los problemas básicos de los países en vías de desarrollo, incidiendo especialmente en la población que vive en áreas marginadas y rurales, cuyas condiciones de vida son degradantes al ser humano.

La gravedad del problema se manifiesta cuando se analizan las estadísticas de dichos países, observándose que las tasas de mortalidad infantil y la de niños menores de cuatro años son las más elevadas, apareciendo como primeras causas las enfermedades infecciosas y la desnutrición, que siempre aparece como causa asociada.

Por otro lado se presentan esfuerzos realizados para mejorar la situación, bajar estas tasas de mortalidad, especialmente en el área rural, cuyos índices son los más elevados. Irónicamente en contraposición a ésta situación, se observa que los servicios de salud son cada vez más sofisticados y mejores en las áreas urbanas, donde se concentra la mayoría de personal capacitado, en detrimento de la atención prestada a la población rural y/o marginada.

Lamentablemente en la solución de dicha problemática no se da importancia a la modificación de las estructuras socio-económicas, que como primer factor están determinando la magnitud de problema de salud y nutrición que afecta a nuestra población, especialmente a los niños menores de cinco años; todo lo cual va a tener como consecuencia posterior, una disminución en la capacidad de producción del individuo, y por lo tanto merma la economía de subsistencia de nuestros países, arrojándonos cada día más

a la dependencia de los llamados "países desarrollados".

La situación en algunas áreas rurales y marginadas en la República de Panamá, no difiere grandemente de los puntos ya descritos. Aunque la situación del panameño muestra un ligero cambio; ya que se le ofrece a la población un mínimo de ayuda como paliativo, a través de programas que tratan de modificar las condiciones de salud; sin embargo los niños siguen muriendo porque el sinergismo entre infección y desnutrición permanece latente. Los niños que logran sobrevivir se adaptan a las pésimas condiciones del ambiente, y siguen viviendo aparentemente de una forma normal, sólo que con una talla menor a la de un niño de su misma edad, ya que el peso se ha adaptado a la talla deficitaria.

El presente trabajo muestra la situación de un área rural en la República de Panamá, el cual permite conocer el estado nutricional y prácticas alimentarias de los niños y los factores que la están condicionando, con el cual se pretende orientar programas en los cuales no sólo participe el sector salud, sino también los sectores de agricultura y educación.

II. ANTECEDENTES

A. Estado Nutricional de los Grupos más Vulnerables

Los preescolares y niños menores de un año constituyen un segmento de vital importancia en la población de un país, y desde el punto de vista nutricional forman un grupo altamente vulnerable, porque sus necesidades nutricionales son especiales, ya que éstas van en aumento (26, 38, 41, 86).

El estado nutricional de una comunidad y de sus diferentes miembros, es el resultado de la interacción de factores culturales, sociales y económicos (29), los que afectan la disponibilidad, el consumo y la utilización biológica de los alimentos ingeridos (3, 5, 40).

Cabe señalar que el buen estado nutricional tiene repercusiones en las magnitudes físicas del cuerpo, particularmente en el período de crecimiento y desarrollo por el que atraviesan los niños menores de un año y preescolares (38, 53, 75). Entendiéndose por crecimiento "el proceso por el cual se incrementa la masa de un ser viviente, incremento que se produce por el aumento de número de células o de la masa celular" (10), y, por desarrollo "el proceso por el cual los seres vivos logran mayor capacidad funcional de sus sistemas, y que se produce a través de los fenómenos de crecimiento y especialización o integración" (52). A éste respecto el Dr. Ramos Galván añade que "el aporte insuficiente de nutrientes causa la disminución de crecimiento; la depleción orgánica que se origina por subalimentación prolongada puede visualizarse por una regresión en los niveles alcanzados de crecimiento y desarrollo, que coloca al

niño afectado en situaciones metabólicas de homeostasis, semejante a la de un niño normal de mucho menor edad" (73).

1. Problema nutricional

"El hambre es una condición de miseria y sufrimiento, un estado de degradación humana", y el término usado como sinónimo es la "desnutrición" (50).

La magnitud del problema nutricional se ve reflejado en los datos estadísticos de países en desarrollo, como son las altas tasas de mortalidad de niños menores de un año y preescolares, donde la desnutrición figura como causa principal y/o asociada al 57% de todas las muertes de dichos grupos etarios (6).

Sin embargo, el origen del problema es muy parecido en dichos países, reflejándose en la siguiente situación: el niño alimentado con leche materna tiene un progreso satisfactorio (crecimiento y desarrollo adecuado), hasta los seis meses de vida, una vez pasado éste período se inicia un estacionamiento del estado nutricional, el cual se va deteriorando lentamente. El tiempo transcurre, el niño aumenta sus requerimientos, y la madre no está capacitada para satisfacerlos solamente con su pecho (12, 24, 27, 63). Sumándose a ésta situación, la pobreza que impide adquirir los alimentos necesarios para el niño; y la ignorancia que impide saber que otros alimentos dar, teniendo como consecuencia desproporción entre los parámetros peso, talla y edad (24). Cabe añadir que éste estado nutricional relacionado con la ingesta de calorías y proteínas, puede considerarse como una serie descendente, ininterrumpida, desde la normalidad, pasando por los grados leve y moderado de malnutrición, hasta los síndromes graves del

marasmo alimentario y el kwashiorkor (38). En otras palabras, el problema nutricional plantea lo siguiente: "no sobreviven los más fuertes, sino los más resistentes, los que aguantan más la desnutrición, los que se ajustan más física y mentalmente a la miseria y a la pobreza. Se trata de una selección negativa con consecuencias individuales y sociales" (13).

Esta situación es producto de los sistemas socio-económicos de nuestros países, en los que se combinan factores como: mala distribución de tierras, baja producción de alimentos, medios de conservación inadecuados, limitado poder adquisitivo de la población, conocimientos deficientes de las relaciones entre dieta y estado de salud (81), lo cual va a repercutir directamente en los hábitos alimentarios de la población.

B. Importancia de la Alimentación en Preescolares

El período preescolar y especialmente el segundo año de vida, está cargado de peligros. El niño atraviesa una fase de "transición" en lo que se refiere a sus requerimientos nutricionales, inmunidad a las infecciones y dependencia psicológica (38, 40). Esta época se caracteriza por crecimiento rápido, lo que implica aumento de necesidades, en particular de proteínas para el tejido muscular en pleno desarrollo. Estas necesidades que se hacen más urgentes, tienen menos probabilidad de ser satisfechas, ya que no sólo hacen falta varias comidas, sino también que los alimentos deben ser fáciles de masticar y digerir (8, 38).

En la edad preescolar, el destete debe ser bien inducido, ya que si éste es temprano y/o brusco puede originar traumas severos (38, 75). Por lo tanto la importancia de la alimentación en éste período se acentúa, porque ésta es "un medio en la interacción que se establece entre la nece-

sidad básica del niño y sus gratificaciones, pues el acto de alimentar o ser alimentado, encierra además de su condición implícita de nutrición, el de constituir uno de los modos de expresión, de comunicación entre niños y padres" (11).

Es importante señalar que ciertas normas y prácticas alimentarias del individuo adulto, están influenciadas por la formación de éstas en la edad pre-escolar (los niños imitan a los adultos), y juegan un papel importante en ello: las presiones culturales, las costumbres familiares, la situación económica, las creencias religiosas, la escala de valores, las actitudes, las tradiciones y prejuicios, que de una u otra forma afectarán la selección de alimentos, su distribución a nivel familiar, su consumo y consecuentemente el estado nutricional (1, 7, 23, 44, 55, 62, 72, 73).

C. Evaluación del Estado Nutricional

La evaluación directa del estado nutricional de un individuo se realiza mediante el estudio de signos clínicos, estudios bioquímicos, medidas antropométricas (35). Para hacer evaluaciones en una colectividad o comunidad, se hace necesario aplicar éstas técnicas, a cada uno de sus miembros o a una muestra representativa (62).

1. Signos clínicos

El examen clínico ha sido siempre y seguirá siendo un importante método que ayuda a determinar el estado nutricional de una comunidad, basándose en el examen de ciertos cambios que se suponen, están relacionados con una nutrición inadecuada y que pueden verse o palpase en los tejidos epiteliales externos. Este método tiene el inconveniente de no ser cuan-

tificables, y su interpretación se complica debido a que una misma lesión puede ser producida por la carencia de más de un nutrimento (35, 62).

2. Estudios bioquímicos

Las pruebas bioquímicas pueden ser prácticas y relevantes para sugerir la posibilidad de malnutrición, se dividen en dos categorías: las que miden cambios que son reflejo directo del suministro de nutrimentos; y las que ponen al descubierto alteraciones bioquímicas, que son reflejo de trastornos metabólicos provocados por carencias o desequilibrios alimentarios (37, 62). Su uso se dificulta en la recolección de muestras, almacenamiento, costo de laboratorios y escasez de personal (37).

3. Medidas antropométricas

Este método se ocupa de medir las variaciones de las dimensiones físicas y la composición global del cuerpo humano en diferentes edades y distintos grados de nutrición (36).

Desde hace mucho tiempo las medidas antropométricas se han usado como método único o en combinación con otros métodos, como una ayuda para determinar el estado nutricional de grupos de población (29), ya que el grado de desarrollo y el estado físico del cuerpo están genéticamente determinados, pero dependen en buena parte de la nutrición (62).

Las medidas antropométricas que han persistido hasta hoy como las más importantes son la talla y el peso (29, 91), y en los niños son los mejores índices de prevalencia de malnutrición proteico-calórica. Entre otras medidas tenemos: el pliegue cutáneo tricipital, perímetro braquial, perímetro cefálico y torácico (36).

a) **Peso corporal** - Es el parámetro más corriente y de gran utilidad, para evaluar el estado nutricional en grupos de población, especialmente en niños, a través de la determinación ponderal (36). Es importante añadir, que el peso es corrientemente perdido como respuesta de deficiencia dietética o de enfermedad, y puede perderse en cortos períodos de tiempo (83).

b) **Talla** - La talla es el parámetro considerado como la expresión directa del crecimiento cefalocaudal (74). Cabe añadir que la altura de un individuo es la suma de cuatro componentes: las piernas, la pelvis, la columna vertebral y el cráneo; aunque en la antropometría nutricional se mide la altura total (36); ya que la talla es el parámetro más estable del crecimiento y una vez se alcanzan niveles de estatura no pueden ser perdidos. Además se requiere una dieta deficiente por un período prolongado para que el retraso sea significativo (83).

4. Indicadores antropométricos del estado nutricional

Existen razones que justifican el uso de medidas de crecimiento físico como indicadores del estado nutricional del niño, como por ejemplo las diferencias en talla o en peso de niños con la misma edad, debido al factor nutrición. Sin embargo hay que recordar que la nutrición es sólo uno de los factores ambientales que afectan el crecimiento físico de las comunidades (32).

a) **Peso para peso correspondiente a la edad** - Este indicador da una visión de la historia nutricional pasada (92, 93). Sin embargo por sí solo no muestra la agudeza o cronicidad de la desnutrición, ya que impide determinar si el niño está actualmente con una dieta deficiente o si muestra evidencia de malnutrición pasada, pero actualmente tiene una dieta satisfactoria (83).

Este indicador se expresa en términos de porciento de adecuación:

$$\frac{\text{peso real encontrado}}{\text{peso ideal que corresponde a un niño de la misma edad.}} \times 100$$

b) **Peso para talla correspondiente a la talla** - Este es un indicador más específico, que sirve para descubrir tanto la supernutrición como la subnutrición, con el inconveniente de que la estatura disminuye a causa de ésta última, durante el desarrollo (62). Este indicador que ignora la edad del niño, se utiliza para determinar el grado de delgadez del niño en relación a su talla (83, 93), y provee un índice de su estado nutricional actual (92, 93). Ya que un niño con bajo peso en relación a su talla sugiere, que en el período previo al examen estuvo y está con una dieta deficiente en calorías y/o proteínas (83). Se expresa en porciento de adecuación y se obtiene así:

$$\frac{\text{peso real encontrado}}{\text{peso ideal para la talla actual.}} \times 100$$

c) **Talla para talla correspondiente a la edad** - Este indicador nos refleja la historia del niño, y está menos sujeto a fluctuaciones bruscas (93). Por ejemplo, un individuo con déficit marcado en talla, pudo haber sufrido desnutrición crónica en una etapa más temprana, pero

actualmente recibe una dieta adecuada (83). Se expresa en porciento de adecuación:

$$\frac{\text{talla real encontrada}}{\text{talla ideal que corresponde a un niño de la misma edad.}} \times 100$$

5. Clasificaciones del estado nutricional en base a indicadores antropométricos

De los indicadores anteriormente descritos, se ha utilizado en niños preescolares el peso corporal en relación a la edad, como un indicador del estado severo de malnutrición, o sea la tan conocida clasificación de Gómez, la cual es útil para determinar la gravedad del problema nutricional en la comunidad.

a) Clasificación de Gómez - En niños menores de cinco años, el peso corporal para la edad puede ser evaluado de la siguiente forma (2, 24):

Clasificación del Estado Nutricional	Porciento de adecuación del peso para peso correspondiente a la edad
- Obesos	- Mayor de 110%
- Normales	- De 91 a 110%
- Desnutridos de primer grado	- De 76 a 90%
- Desnutridos de segundo grado	- De 61 a 75%
- Desnutridos de tercer grado	- De 60% ó menos.

Entre otras clasificaciones tenemos las siguientes:

b) Clasificación de Seoane y Latham -

i. Malnutrición aguda de duración corta actual - Incluye los niños con talla normal para su edad, con bajo peso para su edad y bajo peso para su talla. Estos niños con la talla normal y un peso bajo, reflejan una deficiencia de calorías y proteínas reciente (de duración corta), pero sin evidencia de deficiencia crónica.

ii. Malnutrición crónica pasada - Esta categoría incluye los niños con bajo peso para su edad, baja talla para su edad, pero peso normal para la talla. Estos niños presentan actualmente una ingesta adecuada de calorías; como también una deficiencia pasada de calorías y proteínas de larga duración. Aquí pueden incluirse los niños que se han recuperado, conocidos como "enanos nutricionales".

iii. Malnutrición de larga duración actual - En ésta categoría los niños presentan bajo peso para la edad, baja talla para la edad y bajo peso para talla, o sea que muestran una deficiencia calórica y/o proteínica actual pasada.

Estos autores señalan la existencia de otras clasificaciones, que incluyen niños normales, altos y obesos, los cuales se excluyeron de la anterior clasificación (83).

c) Clasificación de J. C. Waterlow - En base a la clasificación de Seoane y Latham, Waterlow propone cuatro grandes categorías que difieren entre sí cualitativamente:

i. Normales

ii. Malnutridos pero no retardados - Que es igual a estado

de malnutrición aguda.

iii. Malnutrición y retardo - Que representa malnutrición aguda y crónica.

iv. Retardo pero no malnutrición - En ésta última categoría caen los "enanos nutricionales".(93).

De lo anterior se observa, que si además de un estado que se denominaría normal, reconocemos tres grados de malnutrición, como los mostrados en el déficit peso para talla, y tres grados de retardo como en el déficit talla para edad, la clasificación resultante tendrá 16 células o partes, como se presenta en el esquema que se ilustra en el Cuadro No. 1.

CUADRO No. 1

CLASIFICACION DEL ESTADO NUTRICIONAL SEGUN GRADOS DE MALNUTRICION Y RETARDO (*).

Estado Nutricional		Retardo (grados)			
		% de talla esperado para la edad			
% de peso esperado para la edad		0	1	2	3
		> 95	95-87.5	87.5-80	< 80
Malnutrición	Normal > 90				
	1 90 a 80				
	2 80 a 70				
	3 < 70				

Valores esperados = 50 percentil de Boston; 95% de talla esperada para edad = aproximadamente al tercer percentil de Boston (93).

Joy y Payne nos presentan la importancia de la clasificación de Waterlow, en la evaluación del estado nutricional de la comunidad y las posibles intervenciones a las situaciones planteadas (43). Cuadro No. 2.

CUADRO No. 2

MEDIDAS RELEVANTES A TOMAR EN UNA COMUNIDAD SEGUN EL ESTADO NUTRICIONAL (*)

		Grados de retardo (desgaste)			
		0	1	2	3
Grados de cese del crecimiento - malnutrición	0	Alta prevalencia sugiere que el estado nutricional de la comunidad es comparable al mejor grupo.	Alta prevalencia sugiere deprecia- ción aguda reciente, e indica ne- cesidad para acción posible a cor- to plazo, para remediar la situa- ción o una intervención en desas- tre.		
	1				
	2	Alta prevalencia indica prioridad para proyectos de desarrollo comunitario, preventivo y cura- tivo.	Alta prevalencia indica necesidad para acción con respecto a grupos privados, especialmente y posible- mente individual, y tratamiento curativo.		
	3				

* Joy y Payne. Food and nutrition planning. Roma, FAO, 1975. pp. 80. (Nutrition consultant report, No. 35).

D. Prácticas Alimentarias

"La alimentación como complejo cultural está tan arraigada dentro de cada sociedad, que pueden identificarse a través de una serie de acciones o normas de conducta relacionadas con prácticas rituales, tabúes, tradiciones, y en general todo un folklore que gira alrededor del alimento y de las prácticas alimentarias" (88).

Las prácticas alimentarias reflejan la estructura y los valores culturales de una sociedad, cualquier cambio que se introduzca en ella puede romper el equilibrio existente (55). Partiendo de lo anterior, podemos decir que las prácticas alimentarias se relacionan con la selección, preparación de los alimentos, la tecnología que ello conlleva, al igual que el uso y distribución para los diferentes miembros de un grupo, especialmente a los niños preescolares.

Todas las culturas, ya sea de una aldea tropical o una comunidad tecnológicamente refinada, observan una serie de prácticas alimentarias que en la generalidad de los casos, se arraigan completamente a la forma de vivir del individuo, ya sean éstas provechosas o nocivas para la salud y nutrición (39). Estas prácticas que son transmitidas por grupos, de una generación a otra, y que son de alta significancia, vienen a constituir los hábitos alimentarios (58); definiéndose éstos como "el conjunto de costumbres y/o prácticas de una comunidad que reflejan la forma en que su cultura traza la norma de conducta de sus individuos, en relación con el alimento, de donde resulta que el conglomerado acaba por tener un patrón dietético común" (47). Sin embargo por hábitos alimentarios se entiende, "no sólo la forma en que se consumen los alimentos, sino también como se producen, en que cantidad, que parte se destina a la familia y que parte

se vende" (14).

Frecuentemente en nuestras poblaciones se observan prácticas alimentarias que tienen consecuencias desafortunadas; ya que a niños menores de un año y preescolares tan pronto desarrollan trastorno gástrico, especialmente en caso de diarrea y vómitos, se le administran preparaciones a base de almidones (cereales) y le suspenden todo alimento que contenga proteína, y le reducen la ingesta de alimentos sólidos (55, 61, 82).

Otra práctica alimentaria que acarrea problemas nutricionales para el niño en edad preescolar, es que tiene pocos derechos a la escasa ración familiar, ya que generalmente se establece jerarquía entre los adultos, ignorándose que las necesidades de alimentos del preescolar son mayores, que las que reclaman sus cuerpos adultos ya desarrollados (28, 47).

Igualmente se informa la práctica alimentaria iniciada en Panamá, de simplificar la preparación de sopa, reemplazando al célebre y nutritivo "sancocho", por sopas de tipo deshidratada (86).

Es interesante, aunque no sorprendente que las prácticas alimentarias, ya sean del tipo prohibitivo, de preparación, distribución a nivel familiar u otro, tengan base en los "factores económicos" (60), y una relación directa con la educación (34). Obviamente las prácticas alimentarias usadas indistintamente, sobre todo aquellas que conducen a problemas nutricionales, especialmente a los niños menores de cinco años, tienen múltiples orígenes, pero en las áreas tropicales son "la pobreza y la ignorancia" (8, 24, 90).

1. Factores determinantes de las prácticas alimentarias en una comunidad

Los hábitos alimentarios a nivel individual y las prácticas alimentarias a nivel del grupo, tienen una fuerza de tradición difícilmente observables, por lo tanto no es sorprendente que las clases de alimentos considerados comestibles, las formas de prepararlos y la manera de consumirlos, están profundamente adheridos a los sistemas de conducta de cada cultura (55), por lo tanto variarán de acuerdo a los factores que le den origen. Así se tiene, que los factores condicionantes de las prácticas alimentarias son las siguientes:

a) Geografía - Esta ejerce un influjo fundamental en las normas de alimentación, ya que las sociedades viven casi enteramente de los alimentos que producen, y la naturaleza de su dieta está determinada por su ubicación geográfica, topografía del terreno y su calidad, el clima, suministro de agua; así como la capacidad de producción de la población en materia de agricultura, caza y pesca (4, 38, 47). Sin embargo en nuestros países los injustos sistemas de tenencia de tierra, caracterizado por latifundios, obstaculizan todo proceso de producción eficiente (33, 76).

b) Tradición - La selección, preparación y consumo de alimentos, está subordinada a ciertas creencias y métodos tradicionales que se van transmitiendo de una generación a otra (4, 18, 23).

c) Religión - Las distintas religiones del mundo tienen profunda influencia en las prácticas alimentarias del hombre. Históricamente

las religiones han decretado los alimentos que el hombre puede comer y los que le están vedados; los que puede comer y de los que debe abstenerse ciertos días del año, lo cual le proporciona al hombre una forma simbólica de expresar su devoción en la vida diaria, lo mismo que su respeto y amor a su ser supremo o poder sobrenatural (49).

d) Prestigio social - Ciertos alimentos han adquirido un significado especial que no guarda relación con su valor nutritivo (4, 23). A éste respecto Dorothy Lee añade: "la cultura puede presentar el alimento principalmente como medio para calmar el hambre, o para nutrirse, o como una forma de lograr salud psicósomática, puede considerar el comer como un deber, una virtud, un placer del gusto o una comunión social o religiosa" (46).

e) Tabúes - Ciertas creencias limitan el uso de los alimentos considerados prohibidos, influyendo en los hábitos alimentarios. En muchos países existe la creencia de que algunos alimentos, principalmente los de alto valor nutritivo son dañinos para ciertas edades (4, 7, 18, 23, 28, 38, 47, 63, 79). En cuanto al tiempo de duración, las prohibiciones pueden ser permanentes o temporarias, y afectan distintos grupos dentro de una sociedad (23).

En cuanto a las prohibiciones que afectan a individuos en ciertos períodos de vida, se distinguen: prohibiciones impuestas a las mujeres embarazadas y a las madres lactantes; infantes antes del destete; niños preescolares durante y después del destete, durante la pubertad y adolescencia, prohibiciones y dietas asociadas con enfermedades ya sean éstas físicas o psíquicas (12, 18, 22, 23, 42, 55, 79).

f) Adelanto tecnológico - Tiene influencia decisiva sobre los hábitos alimentarios y es una fuerza eficaz para producir cambios. El progreso técnico forma parte de la base, para la producción de alimentos suficientes para una población. Cabe agregar que la calidad de los transportes dejan también una huella profunda en las prácticas alimentarias (47).

g) Aculturación - Son los procesos que se desarrollan cuando dos o más culturas separadas, se ponen en contacto en un grado suficiente para producir cambios importantes en una de ellas o en ambas (22, 23). Por ejemplo: la introducción a las comunidades de alimentos preparados y empacados, adquieren mayor importancia por el prestigio que los acompaña, aunque su valor nutritivo sea bajo, y se establece una competencia con los propios alimentos de la región y/o con los alimentos de alto valor nutritivo, con el fin de atraerse los limitados recursos de la población, provocando un empeoramiento dietético (22).

h) Aspectos económicos - Como es evidente el factor económico juega un papel importante en la determinación de las prácticas alimentarias. En consecuencia se observa que donde el dinero es limitado para la obtención de víveres, la población consume más alimentos ricos en carbohidratos, que alimentos de origen animal, vegetales y frutas, debido a lo elevado de su precio (22, 48, 51).

2. Clasificación de las prácticas alimentarias

La función básica de comer va a estar influenciada por las prácticas alimentarias de cada sociedad (47). Según D. Jelliffe (39), se hace

posible clasificar las costumbres y/o prácticas alimentarias en cuatro grupos, de acuerdo con su efecto visible sobre la salud y la nutrición:

a) Prácticas benéficas - Son prácticas que parecen beneficiar la salud y la nutrición de los niños, aunque pueden diferenciarse de las prácticas de otras regiones.

b) Prácticas sin importancia - Son ciertas prácticas que pueden parecer extrañas e innecesarias a un observador. Si no tienen significancia para la salud y nutrición, deben respetarse.

c) Prácticas de eficacia dudosa - Son prácticas que parecen tener efectos tanto benéficos como nocivos, por lo tanto se hace difícil su clasificación.

d) Prácticas nocivas - Son aquellas prácticas alimentarias nocivas desde el punto de vista de la salud y la nutrición. Ejemplo: restricción prolongada de alimentos a los niños con diarrea (39).

E. Metodología Utilizada para Estudiar las Prácticas Alimentarias

Los métodos para estudiar las prácticas alimentarias y los hábitos alimentarios son utilizados indistintamente. La importancia de éstos métodos, es que comprenden investigaciones minuciosas de la ingestión de alimentos y del tipo de comida que consumen grupos o individuos, observaciones, entrevistas; ya sean de carácter general o sucesivas (77).

1. Métodos dietéticos

a) Registro diario - Este método se utiliza midiendo la cantidad de alimentos que la familia prepara y consume en cada comida, ya sea por simple interrogatorio o bien aplicando medidas caseras, o bien pesando cuidadosamente los alimentos y/o cantidades de los mismos (59, 91).

b) Recordatorio - Con éste método se obtienen las cantidades de alimentos consumidos por la familia, basándose en lo que la madre recuerda sobre el día anterior (2, 20, 59). Cuando el período abarca más de 24 horas, se le da el nombre de "historia dietética" (20, 59). Se ha comprobado que ambos métodos, tienen igual capacidad para estimar los componentes de la dieta (54).

c) Inventario - El principio general de éste método, es realizar un inventario de los alimentos disponibles al principio y al final del período de investigación. De ésta forma, el consumo de alimentos por la familia durante cierto período de tiempo, puede ser determinado (59).

d) Peso directo - La técnica del método consiste en pesar todos los alimentos a ser consumidos por los individuos en estudio. En algunos casos se procede a pesar la porción servida y el sobrante (20, 59).

2. Otros métodos

a) Observación - La observación puede asumir muchas formas, y es a la vez la más antigua y la más moderna de las técnicas de investigación (25). Según la investigación a realizar la observación puede ser

como se presenta a continuación:

i. Observación no regulada sin participación - Este procedimiento se emplea, cuando el investigador puede disfrazarse de tal modo que se le acepte como miembro del grupo. No necesita realizar las mismas actividades que los demás, puede intentar hacer un papel que sea aceptable para el grupo, sin que se divulgue su verdadera personalidad (25).

ii. Observación participante - Esta puede variar, desde una afiliación total al grupo, hasta una pertenencia a él, sólo una parte del tiempo, y así se estará en capacidad de registrar el comportamiento "natural" del grupo (25). Con respecto a éste punto, J. Cravioto añade: "estoy de acuerdo en que el investigador debe vivir en la comunidad para recopilar información fidedigna" (15).

Para la recolección de datos con éstos métodos, el documento esencial será por naturaleza algún tipo de cuaderno de experiencias de campo, que pueda tomar la forma de diario de cada punto estudiado, breves apuntes de tarjetas (25).

b) Entrevista - Es la obtención de datos con precisión, enfoque, confiabilidad y validez, a través de la conversación (2).

Generalmente se utilizan cuestionarios, los cuales se recomienda, que deben ser sencillos y fácil de llenar (59).

F. Evaluaciones Nutricionales Realizadas en Panamá

A partir de 1950 se han realizado evaluaciones del estado nutricional, en distintos sectores de la República de Panamá. En marzo de 1952, se hizo un estudio dietético en la Mesa, Provincia de Veraguas, que comprendió 24 familias, repitiéndose en noviembre de 1953 en 14 familias de las originalmente estudiadas. Ambos estudios demostraron una similitud en el patrón de dieta existente. La ingesta de calcio, vitamina A y riboflavina fue deficiente, sin embargo las calorías y el hierro alcanzaron niveles óptimos u adecuados en más del 75% de las familias en ambos estudios. El 50% de las familias en el primer estudio registraron niveles adecuados de consumo de ácido ascórbico, y en el segundo estudio aumentó al 64% de las familias (85). Este estudio se completó con un estudio clínico-nutricional en 50 niños escolares (7 a 10 años). Los resultados antropométricos reportan un retraso aproximado de dos años en peso y talla, al compararlos con estándares del INCAP. Los datos clínicos muestran alta incidencia de signos patológicos en ojos, boca y piel. Las determinaciones en el suero sanguíneo muestran niveles bajos de vitamina A y caroteno; y el 95% de éstos niños presentaron anemia macrocítica (78).

En octubre de 1953 a mayo de 1954, en el Barrio de El Chorrillo, se realizó una encuesta clínico-nutricional en 68 preescolares y 82 escolares. Los resultados antropométricos muestran un peso y talla más o menos normales durante el primer año de vida, presentándose un retraso severo a partir del segundo año de vida hasta los cuatro años, disminuyendo en severidad de los cinco a diez años. Los resultados bioquímicos revelaron niveles séricos normales, excepto para la vitamina A y las proteínas, que indicaron valores subnormales, especialmente en niños preescolares. El 68%

de los niños presentaron anemia, la cual en el 92% de los casos era de tipo macrocítica (71). Los resultados del estudio dietético a nivel familiar, muestran una marcada deficiencia de calcio, vitamina A, riboflavina, tiamina y ácido ascórbico. El 75% de las familias presentó niveles adecuados en cuanto a calorías, hierro y niacina, y las proteínas presentaron consumo adecuado sólo en el 62% de las familias (86).

En 1965, se realizó en Panamá una evaluación del estado nutricional a nivel nacional, según los resultados de la misma, la población panameña sufre una serie de problemas nutricionales severos. Entre los métodos utilizados en ésta investigación tenemos: examen clínico nutricional (lesiones del cabello, ojos, boca, edema y examen oral); medidas antropométricas (peso, grosor de tres pliegues, longitud corporal total, dos longitudes parciales, cinco circunferencias y cinco diámetros); estudios bioquímicos (suero sanguíneo, sangre total, glóbulos rojos y orina); estudios dietéticos (por los métodos de recordatorio de 24 horas y registro de tres días). Según los resultados, la población, especialmente los niños preescolares sufren malnutrición proteico-calórica crónica, observándose que durante los tres primeros meses de vida, la talla y el peso de los niños son normales comparados con estándares apropiados, después de éste período su ritmo de crecimiento disminuye, a los seis meses está por debajo de la norma del estándar, a los dos años de edad lleva ocho meses de retraso, y a los cinco este retraso equivale a 14 meses, acentuándose en la talla, más que en el peso (29).

En 1975, de la población estudiada en 1965, se tomó una muestra a nivel rural, compuesta por 142 familias y 82 preescolares, para hacer un estudio analítico de la situación alimentaria, según estratos socio-eco-

nómico (alto, medio y bajo). Los resultados muestran que el arroz es el alimento más consumido por las familias (siendo entre 6/oz/día por adulto y 2 a 3/oz/día por niño), lo cual aporta un 50% y 40% de las calorías de la familia y del niño preescolar respectivamente. Además del arroz, la dieta básica la constituyen carnes, frutas y productos farináceos (plátano, raíces, tubérculos). Se observó un consumo apreciable de leche y otros productos lácteos entre los preescolares. También se encontró un consumo deficiente en cuanto a calorías, vitamina A, calcio y riboflavina para los diferentes grupos socio-económicos (19).

Durante los meses de julio y agosto de 1980, se realizó una encuesta nacional de nutrición, que incluyó una muestra de las nueve provincias. Los resultados preliminares muestran lo siguiente: la ingesta promedio de calorías/per-cápita fue de 2131, y la proteína total (proteína animal y vegetal) fue de 63 gramos/per-cápita. En relación al estado nutricional, según el indicador peso/edad el 50% de los niños menores de cinco años presentan algún grado de desnutrición. Según el indicador peso/talla el 25.2% de los niños padecen desnutrición y el indicador talla/edad muestra un índice de prevalencia de desnutrición en el 44.3% de los niños estudiados. La combinación de los indicadores peso/talla y talla/edad revela que el 10.1% de los niños tienen desnutrición crónica-aguda, un 15% con desnutrición aguda y un 34.2% desnutrición crónica. El 40.5% de los niños son aparentemente normales (70).

G. El Distrito de Tolé

1. Ubicación geográfica

La República de Panamá está dividida políticamente en nueve provincias y la Comarca de San Blas. La Provincia de Chiriquí se encuentra ubicada al suroeste de la República, con una superficie de 8,757 Km², constituyendo el 11.6% de la superficie total del país. Esta provincia se divide en 13 distritos, entre los cuales tenemos el Distrito de Tolé, con una superficie de 1,204 Km², o sea 13.7% de la superficie de la provincia. Tolé se compone de 13 corregimientos que son: Tolé, Alto Caballero, Cerro Caña, Cerro Iglesia, Cerro Puerco, Cerro Viejo, Chichica, Lajas de Tolé, Maraca, Peña Blanca, Potrero de Caña, Quebrada de Piedra y Sitio Prado (68). Ver Mapa No. 1.

2. Aspectos demográficos

Según el censo de 1970, la población total del Distrito de Tolé es de 20,757 habitantes, de los cuales 8,461 hab. (40.8%) es población no indígena, y 12,296 hab. (59.2%) es población Indígena Guaymie (66). Entendiéndose por población indígena "aquella compuesta por los aborígenes del Istmo, que viven en lugares poblados, situados en regiones habitadas principalmente por ellos. Por lo general hablan su propio idioma y conservan sus tradiciones y costumbres tribales" (67).

En la República de Panamá, encontramos los siguientes grupos indígenas: Cunas, Chocoes, Guaymies, Bokota y Teribes. Los Indígenas Guaymies se encuentran repartidos en las provincias de Bocas del Toro, Veraguas y Chiriquí. Las características culturales que presentan, le son comunes

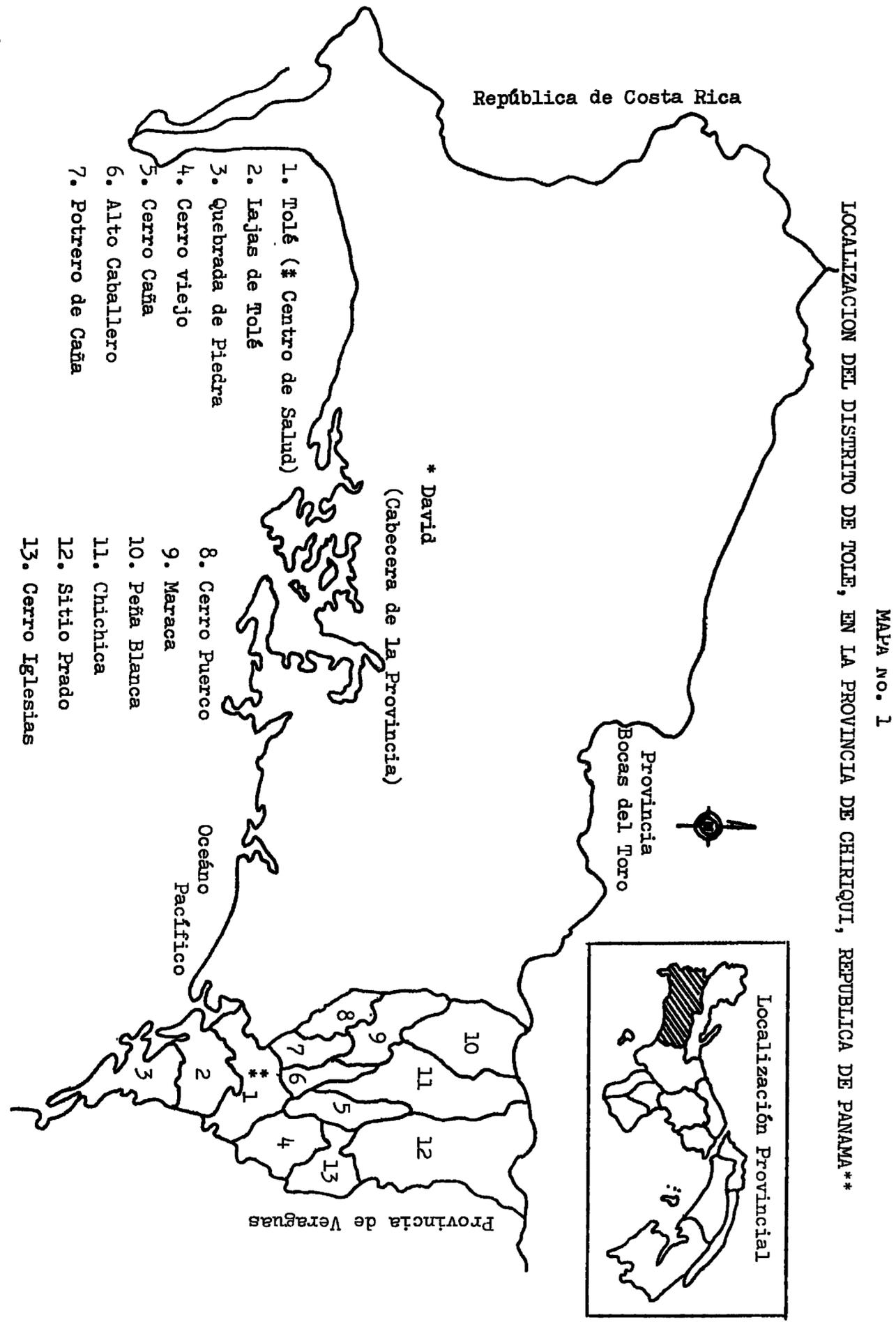
a todos ellos; la vestimenta que usan actualmente, es producto de la aculturación. El vestido masculino es el básico en el área rural y urbana, consiste en pantalón y camisa; las mujeres utilizan una bata larga con diseños geométricos aplicados y collares (89), y andan descalzos la gran mayoría. En el cuadro No. 3, se presentan otros datos demográficos como: tasa de mortalidad, tasa de natalidad, porciento de analfabetismo y otros aspectos por corregimiento.

3. Vivienda

Según los datos del censo de 1970, existen en el Distrito de Tolé 3,328 viviendas particulares ocupadas, con las siguientes características: el 90% no tiene agua potable, el 87.1% no tiene servicio sanitario, el 86.1% tiene piso de tierra y el 94.6% no tiene luz eléctrica. De éste total de viviendas, 2,216 (68.6%), están ocupadas por Indígenas Guaymíes, observandose la tendencia a vivir en aldeas o pequeños caseríos (66).

4. Atención Sanitaria

Desde el punto de vista de organización y administración de los servicios de salud del país, cada provincia constituye una región de salud (excepto la Región de Azuero y la Región Metropolitana), apoyandose en un Centro Médico Regional y una red de instituciones de salud. Cada región de salud está constituida por áreas sanitaria de salud, formadas por uno o más distritos, en los cuales existe una institución de salud base, donde se ofrecen servicios de salud integrados. Así la Región de Salud de la Provincia de Chiriquí, está dividida en cuatro áreas sanitarias de salud: David, San Félix, Bugaba y Barú (64, 65).



CUADRO No. 3

PROVINCIA DE CHIRIQUI

CRECIMIENTO DE LA POBLACION, TASA ANUAL DE CRECIMIENTO, TASA DE NATALIDAD Y MORTALIDAD,
DENSIDAD DE POBLACION, PORCENTAJE DE ANALFABETISMO Y DESERCIÓN EN
EL DISTRITO DE TOLE, POR CORREGIMIENTO

AÑO 1960-1970 (*)

Corregimiento	Crecimiento Relativo		Tasa Anual de Crecimiento	Tasa de Natalidad	Tasa de Mortalidad	Densidad de Población	% de Alfabetismo	% de Deserción(1)	
	Absoluto	Relativo						Primaria	Media
TOTAL.....	2,570	14.1	1.4	38.2	14.3	17.2	70.0	3.5	2.0
Cabecera del distrito.....	514	11.7	1.2	38.5	9.2	32.9	36.3	2.2	0.9
Alto Caballero.....	80	8.9	0.9	25.7	7.2	30.7	71.9	-	-
Cerro Caña.....	189	15.1	1.5	23.5	12.5	22.6	82.0	2.8	-
Cerro Iglesia.....	86	9.1	0.9	13.6	5.8	17.6	85.8	15.0	-
Cerro Puerto.....	334	40.0	3.5	39.4	25.7	27.4	96.7	21.4	-
Zorro Viejo.....	280	16.8	1.6	49.2	20.0	25.8	73.5	4.4	-
Chichica.....	529	26.4	2.4	28.5	6.7	16.7	87.6	2.8	-
Lajas de Tolé.....	139	16.4	Neg.	36.8	7.1	11.5	52.5	2.6	3.0
Maraca.....	393	46.3	3.9	32.2	10.5	24.8	91.2	8.9	-
Peña Blanca.....	15	1.7	Neg.	72.4	27.1	6.8	99.1	1.1	-
Potrero de Caña.....	113	13.1	1.3	31.7	10.2	24.5	81.7	1.7	-
Quebrada de Piedra.....	155	11.4	Neg.	54.0	6.7	9.8	42.8	4.3	-
Sitío Prado.....	361	26.1	2.4	45.2	40.7	7.7	93.4	1.7	-

(1) Se refiere al año 1973. La evolución en los últimos años se ha mantenido más o menos constante.

Nota: La deserción escolar se obtuvo por diferencia entre la matrícula final (dic.) y la matrícula de julio

* Panamá, Dirección de Planeamiento y Reforma Educativa, Dpto de Estadística. Los corregimientos en el desarrollo socio-económico de Panamá. Panamá, Ministerio de Educación, 1977. p. 121.

a) Servicios de salud - En el Distrito de Tolé encontramos un Centro de Salud y dos Sub-centros. Cabe agregar que un centro de salud "es el establecimiento dentro de la organización médico-sanitaria regional, que presta servicios preventivo-curativo a nivel local, ya sea aisladamente o funcionando conjuntamente con una estación maternal, una estación pediátrica o como parte de un centro médico integrado urbano o rural" (64, 65).

En el Corregimiento de Tolé, cabecera del Distrito, funciona el centro de salud con el siguiente personal: un médico general, un odontólogo, un enfermero, tres auxiliares de enfermería, una laboratorista, una asistente dental, una farmacéutica, un inspector de saneamiento ambiental, una ayudante de estadística y ocho personas con otras actividades manuales. En este centro se realizan distintos programas, entre los cuales se destaca el Programa Materno-Infantil, que se divide en los siguientes sub-programas:

Sub-programa	Actividades
Sub-programa maternal	- Planificación de la fecundidad - Prevención del cáncer femenino - Atención del embarazo, parto y puerperio - Atención ginecológica durante y después del parto.
Sub-programa infantil	- Atención completa del niño sano - Protección por medio de vacunas - Cuidado de los dientes - Educación nutricional y alimentación

Con respecto a los servicios prestados en dicho centro, tenemos en los Cuadros No. 4 y 5, consultas médicas por morbilidad y control de niños sanos, para los años 1977 y 1978.

CUADRO No. 4

CONSULTAS MEDICAS POR MORBILIDAD SEGUN PROGRAMAS DEL CENTRO DE SALUD DE TOLE, CHIRIQUI. REPUBLICA DE PANAMA. 1977-1978. (**)

Año	Programas						Total
	Sub-programa infantil			Adultos			
	Edad en años						
	1	1 - 4	5 - 14	15-44	45-64	64 y más	
1977	784	1655	2108	2892	1128	486	9053
1978	918	1922	2180	3443	1255	571	10189

Se puede observar un aumento en las consultas por morbilidad para todos los grupos de edad en el año 1978.

** Panamá, Dirección General de Salud, Dpto de Estadística y Computos Electrónicos. Estadística de Salud, 1977. Panamá, Ministerio de Salud, 1978. p. 194.

Estadística de Salud, 1978. Panamá, Ministerio de Salud, 1979. pp. 60-77.

CUADRO No. 5

CONSULTAS DE CONTROL DE NIÑOS SANOS MENORES DE CINCO AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD DE TOLE, CHIRIQUI. REPUBLICA DE PANAMA. 1977-1978. (**)

Año	Grupos de edad						
	1 mes	1 - 11 meses		1 - 4 años		Total	
	Cons./Pers. No.	Consul- tas No.	Perso- nas No.	Consul- tas No.	Perso- nas No.	Consul- tas No.	Perso- nas No.
1977	42	331	102	310	98	683	242
1978	72	294	115	232	47	598	234

Se observa una disminución de un 52% en el grupo de niños de uno a cuatro años para el año 1978, en control de niño sano.

** Panamá, Dirección General de Salud, Dpto de Estadística y Computos Electrónicos. Estadística de salud, 1977. Panamá, Ministerio de Salud, 1978. p. 194.

Estadística de salud, 1978. Panamá, Ministerio de Salud, 1979. pp. 60-77.

5. Actividad económica

La población económicamente activa del Distrito de Tolé, abarca desde los diez años y más, lo que hace un total de 12,914 habitantes, de los cuales 6,014 (46.6%) realizan alguna actividad económica. Desaplazándose el 86.7% hacia actividades agrícolas y 9.7% realiza otras actividades. 216 (3.6%) personas son desocupadas (66).

6. Producción

La producción es fundamentalmente agrícola, sin embargo también existe la producción artesanal.

Según los datos de producción agrícola, la población de Tolé a pesar de las malas condiciones del suelo en que trabajan, de menor fertilidad, mayor inclinación y deficiente suministro de materiales y herramientas, así como los problemas de transporte implicados, tienen una alta producción de arroz, maíz, frijol de bejuco (chiricano). En orden de importancia se reportan otros cultivos como: guineo o banano, café, plátano y aguacate (30, 38).

En la tradición del grupo Indígena Guaymie, encontramos la producción artesanal, también conocida como "industria doméstica", que revela una habilidad técnica manual. Dentro de ésta artesanía encontramos sombreros, bolsas o chácaras, hamacas, tejidos con cuentas de vidrio y collares con dichas cuentas. Este tipo de producción es importante en la economía de los Indígenas Guaymies de ésta área (56, 66).

III. PROPOSITOS

1. Evaluar el estado nutricional de niños preescolares de un año a menores de cinco años, que asisten al Centro de Salud de Tolé, Provincia de Chiriquí, a través de medidas antropométricas (peso y talla).
2. Evaluar el valor nutritivo de la dieta del preescolar, según grupos de edad.
3. Investigar las prácticas alimentarias utilizadas en niños preescolares de un año a menores de cinco años.
4. Relacionar el estado nutricional con el valor nutritivo de la dieta ingerida, según grupos de edad.

IV. MATERIAL Y METODOS

A. Materiales1. Población

La población objeto de estudio estuvo constituida por 80 niños preescolares de un año a menores de cinco años, que asistieron al Centro de Salud ubicado en la cabecera del Distrito de Tolé, durante el período comprendido entre diciembre de 1979 y enero de 1980. Este Centro de Salud, forma parte del Area Sanitaria de San Félix, Provincia de Chiriquí, República de Panamá.

2. Instrumentos de registro

Se utilizaron los siguientes instrumentos:

- a) Formulario de identificación y registro de peso y talla - Este incluyó en su primera parte datos generales (nombre, edad, sexo, dirección), y en la segunda parte los datos antropométricos (peso y talla). Apéndice No. 1.
- b) Formulario de recordatorio de 24 horas - Su primera parte incluye datos generales (nombre, edad, sexo), y la segunda parte consta de un listado de alimentos de uso local y espacio extra para otros alimentos de uso local y los tiempos de comida. Apéndice No. 2.
- c) Cuestionario de prácticas alimentarias - Consta de una primera parte que registra: nombre, edad y escolaridad del informante (madre), como también nombre y sexo del preescolar. La segunda parte consta de

preguntas clasificadas en siete partes: alimentación durante el período de destete, alimentación del pre-escolar, actitudes hacia la alimentación del preescolar, prácticas alimentarias con respecto al niño enfermo, normas familiares sobre la alimentación del preescolar, técnicas de preparación y conservación de los alimentos para el preescolar y la disponibilidad de alimentos, finaliza con líneas extras para observaciones. Apéndice No. 3.

3. Equipo

El equipo utilizado fue el existente en el Centro de Salud de Tolé.

- a) Para la toma de peso - Se utilizó balanza pediátrica de 30 libras y una balanza de adultos de 300 libras marca Heart Metter.
- b) Para tomar la talla - Se utilizó una cinta métrica y una escuadra de madera (cartabón).

B. Metodología

Para realizar el presente estudio la investigadora obtuvo la autorización del Director Médico del Area Sanitaria de San Félix, así como del Director Médico del Centro de Salud de Tolé.

1. Para elaboración de instrumentos

- a) Formulario de identificación y registro de peso y talla - Este se elaboró de acuerdo a la bibliografía consultada (30, 45).

b) Formulario para evaluar la dieta del preescolar y cuestionario de prácticas alimentarias - En base a la bibliografía consultada (2, 9, 31, 59, 77, 80), para evaluar la dieta del preescolar se utilizó el método de recordatorio de 24 horas y se elaboró un cuestionario compuesto de siete partes, el cual fue probado en diez madres que asistieron al Centro de Salud de Tolé, que no pertenecían a la muestra del estudio, y así de ésta forma se adaptó según el vocabulario usado en la región.

2. Para la selección de la muestra

Se realizó un muestreo con el grupo de niños preescolares según edad y sexo, que asistieron al Centro de Salud de Tolé, dividiéndose los grupos etarios así: de 12 a 23 meses, de 24 a 35 meses, 36 a 47 meses y de 48 a 59 meses. De ésta forma cada grupo lo constituyeron 20 niños, siendo diez del sexo femenino y diez del sexo masculino, haciendo un total de 80 niños, para la evaluación del estado nutricional a través de medidas antropométricas (peso y talla). Luego se tomaron 40 (50%) niños, siendo diez de cada grupo etario y cinco de cada sexo, para evaluar la dieta y determinar las prácticas alimentarias.

3. Para la recolección de datos

a) Medidas antropométricas - Se utilizó el formulario de identificación y registro de peso y talla, para los primeros 20 niños de cada grupo etario que asistieron al Centro de Salud, hasta hacer un total de 80 niños. Obteniéndose los datos generales y las medidas antropométricas de cada uno, según la técnica descrita por el INCAP en el folleto Instrucciones para medir y pesar (30).

b) Dieta del preescolar y prácticas alimentarias - Se realizó una visita a la casa de cada preescolar, y a través de una entrevista dirigida se realizó el recordatorio de 24 horas, estimando las cantidades de alimentos por el niño el día anterior, al mismo tiempo de obtuvo la información del cuestionario de prácticas alimentarias y se anotaron las observaciones al final de cada cuestionario.

4. Para la tabulación y análisis de datos

a) Datos antropométricos - Para establecer los porcentos de adecuación del peso para talla, peso para edad y talla para edad, se utilizaron las Tablas de Iowa, adaptadas para Centro América y Panamá. Apéndice No. 4.

i. Peso para peso de la edad - Usando la clasificación de Gómez (24), se distribuyeron los porcentos de adecuación del índice peso para la edad. Se aplicó el estadístico "ji" cuadrado (16, 17, 84), en cuadros cruzados para establecer si hay asociación entre el estado nutricional. En el caso de edad se usaron las categorías: 12 a 23 meses, 24 a 35 meses, 36 a 47 meses y 48 a 59 meses. En el caso del indicador peso/edad se utilizaron los porcentos de eadecuación: normales (91 a 110%), desnutridos grado I (76 a 90%), desnutridos grado II (61 a 75%), ,a que no se encontró ningún desnutrido grado III.

ii. Peso para peso de la talla - El índice peso/talla se distribuyó según la clasificación de Waterlow (93).

Se utilizó el estadístico "ji" cuadrado (16, 17, 84), para establecer si hay asociación entre la edad de los niños y el estado nutricional, utilizando dos agrupaciones categóricas definidas por el porcentaje de a-

decuación peso para talla: adecuación mayor o igual a 93% y adecuación menor de 93%, y las categorías de edad descritas en el punto anterior.

iii. Talla para talla de la edad - Los valores encontrados se distribuyeron según la clasificación de Waterlow (93). Se utilizó el estadístico "ji" cuadrado (16, 17, 83), para determinar si hay asociación entre la edad y el estado nutricional, utilizando las categorías de edad descritas en el punto i, y dos agrupaciones definidas por el porcentaje de adecuación talla para edad: mayor o igual a 95% y menor de 95%.

b) Datos dietéticos - El valor calórico total de la dieta ingerida fue calculado por computadora y usando programas disponibles en el Centro de Cálculos del INCAP. Los programas en referencia utilizan las tablas de Valor Nutritivo de los Alimentos para Centro América y Panamá (21) y Tabla de Composición de Alimentos para uso en América Latina (94), para el cálculo de calorías y nutrimentos.

Una vez procesados los valores de la dieta, los datos se analizaron por grupos de edad y en relación a los siguientes rubros:

i. Consumo promedio de alimentos - Según cada grupo de edad, se calculó el consumo promedio por grupos de alimentos, debido a la gran diversidad de alimentos consumidos.

ii. Ingesta de calorías y demás nutrimentos - Se calculó según cada grupo etario la ingesta de calorías y nutrimentos, como también promedios de los porcentos de adecuación en base a las Recomendaciones Dietéticas Diarias para Centro América y Panamá (57).

Se calcularon análisis de varianza y se realizaron pruebas de F (16,

17), para establecer si existen diferencias significativas entre la ingesta promedio de calorías y nutrimentos correspondiente a los distintos grupos de edad considerados, al igual que para los promedios de porcentos de adecuación de calorías y nutrimentos según grupos de edad.

iii. Dieta del preescolar y su valor calórico total - Se obtuvo el patrón alimentario para los grupos de edad estudiados, partiendo de los alimentos consumidos por el 30% de los niños estudiados, según el recordatorio de 24 horas. Se calculó el aporte promedio de calorías que las proteínas, carbohidratos y grasas hacen al valor calórico total promedio, por grupos de edad considerados.

iv. Relación entre los porcentos de adecuación calórica y proteínica con indicadores antropométricos - Se utilizó el estadístico "ji" cuadrado (16, 17), para determinar si existe asociación entre el estado nutricional establecido según los indicadores antropométricos anteriormente descritos, y los porcentos de adecuación de ingesta calórica y proteínica.

c) Datos de prácticas alimentarias - Los datos fueron tabulados según sexo y edad de cada niño. Se establecieron frecuencias para cada respuesta y se expresan en términos de porcentos.

El análisis del cuestionario es descriptivo y los datos se agrupan en los siguientes rubros: lactancia materna, alimentación láctea, alimentación del preescolar, actitud de las madres hacia los alimentos a dar al preescolar, prácticas alimentarias con respecto al niño enfermo, normas familiares con respecto a la alimentación del preescolar, distribución de alimentos a nivel familiar, prácticas alimentarias con respecto a carnes,

prácticas de preparación de alimentos, disponibilidad de agua potable a nivel del hogar, disponibilidad de alimentos a nivel local y disponibilidad de alimentos a nivel de hogar.

i. Lactancia materna - Se utilizó el estadístico "ji" cuadrado (16, 17), para establecer si la duración de la lactancia materna está condicionada por la edad de la madre.

V. RESULTADOS

A. Descripción de la Muestra

La muestra la formaron 80 niños preescolares de un año a menores de cinco años, que asistieron al Centro de Salud de Tolé, durante el mes de diciembre de 1979, siendo 20 niños por cada grupo de edad, de los cuales 72 (91%) son niños no indígenas y 8 (9%) son niños Indígenas Guaymies.

Cuadro No. 6.

Los niños procedían de distintos corregimientos del Distrito, siendo 67 (83.8%) del corregimiento de Tolé, y 13 (16.2%) de otros corregimientos. Cuadro No. 7.

B. Estado Nutricional de Niños Preescolares según Indicadores Antropométricos

Para evaluar el estado nutricional de los 80 niños preescolares, se utilizaron los indicadores antropométricos peso para el peso correspondiente a la edad (P/PE), peso para el peso correspondiente a la talla (P/PT) y talla para talla correspondiente a la edad (T/TE).

1. Peso para el peso correspondiente a la edad

En el Cuadro No. 8 se observa la distribución de los niños preescolares según el porcentaje de adecuación del peso para la edad, encontrándose 50 (63%) niños con desnutrición grado I y 17 (21%) niños con desnutrición grado II. Sólo 13 (16%) niños se clasificaron como normales. No se encontró ningún niño con desnutrición grado III y ningún obeso.

CUADRO No. 6

DISTRIBUCION DE NIÑOS PREESCOLARES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD DE TOLE, SEGUN EDAD, SEXO Y GRUPO ETNICO. CHIRIQUI. REPUBLICA DE PANAMA. DICIEMBRE 1979 - ENERO 1980.

Edad (meses)	No Indígena				Indígena**				Total	
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Total	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
12 a 23	9	23	9	23	1	2	1	2	20	25
24 a 35	8	23	10	23	2	2	-	2	20	25
36 a 47	10	24	9	24	-	1	1	1	20	25
48 a 59	9	21	8	21	1	3	2	4	20	25
Total	36	91	36	91	4	8	4	9	80	100

** Indígenas Guaymíes

CUADRO No. 7

DISTRIBUCION DE NIÑOS PREESCOLARES QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD DE TOLE SEGUN LUGAR DE PROCEDENCIA. CHIRIQUI. REPUBLICA DE PANAMA. DICIEMBRE 1979 - ENERO 1980.

Lugar de procedencia Corregimientos	Total	
	No.	%
- Tolé	67	83.8
- Quebrada de Piedra	4	5.0
- Alto Caballero	4	5.0
- Potrero de Caña	2	2.5
- Peña Blanca	1	1.3
- Cerro Caña	1	1.2
- Cerro Viejo	1	1.2
Total	80	100.0

CUADRO No. 8

DISTRIBUCION DE NIÑOS PREESCOLARES POR GRUPOS DE EDAD SEGUN PORCIENTO DE ADECUACION PESO PARA EDAD. CENTRO DE SALUD DE TOLE. CHIRIQUI. REPUBLICA DE PANAMA. DICIEMBRE 1979 - ENERO 1980.

Adecuación P/PE	Edad en meses								Total	
	12 a 23		24 a 35		36 a 47		48 a 59			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
91 - 110% (normales)	4	5	3	4	5	6	1	1	13	16
76 - 90% (I grado DPC)	15	19	11	14	11	14	13	16	50	63
61 - 75% (II grado DPC)	1	1	6	7	4	5	6	8	17	21
Total	20	25	20	25	20	25	20	25	80	100

$\chi^2 = 7.59, 6 \text{ gl}; \text{NS.}$

Se utilizó el estadístico "ji" cuadrado para determinar si la distribución del estado nutricional establecido según el índice peso/edad está condicionado por la edad. Los resultados de la prueba ($\chi^2 = 7.59, 6 \text{ gl}; \text{NS}$), indican que la distribución de niños según su estado nutricional parece ser constante en las edades investigadas. Sin embargo se observa que el número de niños con desnutrición grado II, es mayor a partir de los 24 meses de edad.

2. Peso para peso correspondiente a la talla

En el Cuadro No. 9 se observa que 49 (62%) niños presentaron adecuación peso/talla sobre el 90% (normales). De los niños restantes, 27 (33%) presentaron malnutrición en primer grado y 4 (5%) niños presentaron malnutrición en segundo grado. No se encontró ningún niño con malnutrición en tercer grado, según la clasificación de Waterlow (93).

Se utilizó el estadístico "ji" cuadrado para establecer si la distribución del estado nutricional encontrado según el índice peso/talla, está condicionado por la edad. Debido a la existencia de celdas vacías para el cálculo de dicho estadístico se redujo a dos grupos, según éste indicador: aquellos que cayeran con valor igual o mayor a 93% y los que estuvieran por debajo de 93%. Los resultados de la prueba ($\chi^2 = 4.35, 3 \text{ gl}; \text{NS}$), muestran que el indicador parece ser constante según las edades investigadas. Sin embargo es importante señalar, que el número de niños con déficit arriba del 10%, malnutridos según Waterlow, es menor a partir de los 24 meses de edad.

3. Talla para la talla correspondiente a la edad

En el Cuadro No. 10 se presenta la distribución de los 80 niños preescolares, según el porcentaje de adecuación talla/edad, de los cuales 29 (36%) niños tienen más del 95% de adecuación; 48 (60%) niños tienen primer grado de retardo; 3 (4%) niños muestran segundo grado de retardo, según la clasificación de Waterlow (93).

Se aplicó el estadístico "ji" cuadrado, para determinar si la distribución del estado nutricional según el indicador talla/edad, está condicionado por la edad. Debido a la existencia de celdas vacías para cal-

CUADRO No. 9

DISTRIBUCION DE NIÑOS PREESCOLARES POR GRUPOS DE EDAD SEGUN PORCIENTO DE ADECUACION PESO PARA TALLA. CENTRO DE SALUD DE TOLE. CHIRIQUI.

REPUBLICA DE PANAMA. DICIEMBRE 1979 - ENERO 1980.

Adecuación P/PT	Edad en meses								Total	
	12 a 23		24 a 35		36 a 47		48 a 59			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Mayor de 90% (normales)	8	10	12	15	15	19	14	18	49	62
90 - 80% (malnutridos grado I)	10	12	7	9	4	5	6	7	27	33
80 - 70% (malnutridos grado II)	2	3	1	1	1	1	-	-	4	5
Total	20	25	20	25	20	25	20	25	80	100

Nota: Para el cálculo de "ji" cuadrado se consideraron dos grupos según el indicador peso/talla ($\geq 93\%$ y $< 93\%$), siguiendo recomendaciones del Dr. Viteri (92), y para evitar el problema de celdas vacías. En éste caso el resultado ($X^2 = 4.35$, 3 gl, NS).

CUADRO No. 10

DISTRIBUCION DE NIÑOS PREESCOLARES POR GRUPOS DE EDAD SEGUN PORCIENTO DE ADECUACION TALLA PARA EDAD. CENTRO DE SALUD DE TOLE. CHIRIQUI. REPUBLICA DE PANAMA. DICIEMBRE 1979 - ENERO 1980.

Adecuación P/PT	Edad en meses								Total	
	12 a 23		24 a 35		36 a 47		48 a 59			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Mayor de 95% (normales)	12	15	5	6	7	9	5	6	29	36
95 a 87.5% (primer grado de retardo)	8	10	14	18	13	16	13	16	48	60
87.5 a 80% (segundo grado de retardo)	-	-	1	1	-	-	2	3	3	4
Total	20	25	20	25	20	25	20	25	80	100

Nota: Para el cálculo del estadístico "ji" cuadrado se consideraron dos grupos según el indicador talla/edad ($\geq 95\%$ y $< 95\%$), para evitar el problema de celdas vacías. En éste caso el resultado ($X^2 = 7.113$, 3 gl; NS).

Para calcular dicho estadístico, se hicieron dos grupos según este indicador, aquellos con adecuación igual o mayor a 95% y los que estuvieran por debajo del 95%. Los resultados de la prueba ($X^2 = 7.113$, 3 gl; NS), nos indican que el estado nutricional según éste indicador parece ser constante según la edad. Sin embargo el número de niños con retardo es mayor a partir de los 24 meses de edad.

C. Sub-muestra

La sub-muestra estuvo constituida por 40 niños (50%) de la muestra total y sus madres. En esta sub-muestra se evaluó la dieta del preescolar y las prácticas alimentarias establecidas por las madres.

1. Aspectos generales

a) Composición familiar - De los 40 niños preescolares estudiados, 26 (65%) pertenecen a familias que tienen de tres a cinco miembros, 8 (20%) a familias de siete a diez miembros y 6 (15%) niños pertenecen a familias de uno a dos miembros.

b) Características de las madres - A continuación se presenta la edad y escolaridad de las madres investigadas:

i. Edad - En el Cuadro No. 11 se observa que 17 madres (42.5%) se encuentran entre los 26 y 35 años, 14 madres (35%) están entre los 36 y 50 años de edad.

ii. Escolaridad - De las 40 madres estudiadas, 9 (22.5%) no asistieron a la escuela, y 31 madres reportaron algún grado de escolaridad, de éstas 14 (35%) madres cursaron entre IV y VI grado de primaria, 13 (32.5%) madres cursaron entre I y III grado de primaria, y sólo 4 (10%) han cursado algún año de educación secundaria. Cuadro No. 11.

CUADRO No. 11

DISTRIBUCION DE LAS MADRES DE NIÑOS PREESCOLARES ESTUDIADOS, SEGUN EDAD Y NIVEL DE ESCOLARIDAD. CENTRO DE SALUD DE TOLE. CHIRIQUI. REPUBLICA DE PANAMA. DICIEMBRE 1979 - ENERO 1980.

Edad de las madres (años)	Escolaridad						Total
	Ninguno	Primaria			Secundaria		
		No.	I - III grado	IV - VI grado	I Ciclo	II Ciclo	
15 a 25	-	3	3	2	1	9	22.5
26 a 35	2	7	7	1	-	17	42.5
36 a 50	7	3	4	-	-	14	35.0
Total	9	13	14	3	1	40	100.0

2. Condiciones de la vivienda

En el cuadro No. 12 se presentan las características de las viviendas de los 40 preescolares estudiados. En el aspecto de saneamiento ambiental, se consideró dotación de agua adecuada, cuando las viviendas contaban con servicio de agua intradomiciliar y/o reciben agua en chorros públicos (pozos excavados), siendo solamente 18 (45%) viviendas las que cumplen éste aspecto. Se consideró inadecuado, cuando las familias obtenían agua de quebradas "ojos de agua" y pozos de brocal, encontrándose 22 (55%) viviendas en ésta situación.

Con respecto a la disposición de excretas, sólo 32 (80%) viviendas cuentan con letrinas (adecuado), y de las 8 (20%) viviendas restantes no señalaron algún tipo de servicio, considerándose inadecuado.

La iluminación de las viviendas la realizan 30 (75%) familias con lámparas de kerosene, y 10 (25%) con luz eléctrica.

En cuanto a la cocina, las facilidades para cocinar no son muchas, encontramos que 28 (70%) familias utilizan fogón en alto, 11 (28%) familias poseen fogón en alto y estufa (de gas y/o de kerosene), y una familia manifestó tener fogón en el suelo.

CUADRO No. 12

CARACTERÍSTICAS DE LAS VIVIENDAS DE 40 NIÑOS PREESCOLARES ESTUDIADOS. CENTRO DE SALUD DE TOLE. CHIRIQUI. REPUBLICA DE PANAMA. DICIEMBRE 1979 - ENERO 1980.

Material de construcción	Saneamiento Ambiental				Cocina			
	No.	No.	No.	No.	No.	No.	No.	No.
	Dotación de agua adecuada	Inadecuada	Disposición de excretas adecuada	Inadecuada	Iluminación eléctrica	Kerosene	Fogón en alto y estufa	Fogón en alto y estufa
- Ranchos de paja con pa- redes de cañaza (tipo bambú) y/o de cartón; ma- dera; con piso de tierra.	13	3	7	6	-	13	1	11
- Paredes de blocks (la- drillos de arena y cemen- tc), piso de cemento y techos de láminas de zinc	10	6	10	-	8	2	6	4
- Paredes de madera y blocks, piso de tierra y techos de láminas de zinc	9	7	9	-	2	7	4	5
- Paredes de adobe con piso de tierra y techo de láminas de zinc.	8	2	6	2	-	8	-	8
Total	40	18	32	8	10	30	11	28

D. Evaluación de la Dieta de los Niños Preescolares1. Consumo promedio por grupos de alimentos

En el Cuadro No. 13 se presenta el consumo promedio por grupos de alimentos según los grupos etarios, observándose un consumo reducido de vegetales, que es nulo en el grupo de 48 a 59 meses. También se observa un consumo bajo para las frutas, frijoles y el guandú verde. Los productos lácteos, el huevo, las carnes y musáceas presentaron un consumo promedio similar para los cuatro grupos de edad. Es de hacer notar que el arroz tuvo un alto consumo, sobre todo si se compara con los otros cereales agrupados. Se observa también un alto consumo de café, presentando el grupo de 36 a 47 meses el consumo promedio mayor.

2. Ingesta de calorías y nutrimentos

Se calcularon análisis de varianza y se realizaron pruebas de F, para establecer si existen diferencias significativas entre las ingestas de calorías y nutrimentos correspondientes a los distintos grupos de edad considerados. Las pruebas en referencia también se hicieron en función de los porcentos de adecuación correspondientes a los grupos de edad.

En el Cuadro No. 14 se presentan las recomendaciones dietéticas para los preescolares estudiados (57), como también el consumo promedio de calorías y nutrimentos, y sus porcentos de adecuación con sus respectivas desviaciones estándar. Los análisis de varianza no revelaron diferencias significativas en términos de las ingestas promedio de calorías y nutrimentos por grupos de edad, excepto en el caso del calcio, en donde el análisis indica diferencias significativas, entre los consumos promedio correspondientes a los grupos de edad considerados ($F = 2.95$, $P \leq .05$). Lo cual se

CUADRO No. 13

CONSUMO PROMEDIO POR GRUPOS DE ALIMENTOS DE 40 NIÑOS PREESCOLARES SEGUN EDAD. CENTRO DE SALUD DE TOLE. CHIRIQUI. REPUBLICA DE PANAMA. DICIEMBRE 1979 - ENERO 1980.

Grupos de alimentos ingeridos	Consumo de alimentos / Edad de los niños en en gramos / meses			
	12 a 23 n = 10	24 a 35 n = 10	36 a 47 n = 10	48 a 59 n = 10
Productos lácteos (Leche: evaporada, en polvo íntegra, fluída íntegra y CARE).	84.0	86.0	86.5	121.5
Huevo de gallina	4.5	18.5	13.5	13.5
Carnes (res, cerdo, gallina).	26.3	18.4	25.6	24.2
Vísceras (hígado de res)	-	-	5.2	-
Pescados y mariscos (atún enlatado, bacalao seco y camarón)	-	-	-	5.9
Leguminosas (frijol chiricano)	4.5	12.9	6.8	3.3
Vegetales (chayote, tomate, repollo)	3.0	1.0	2.0	-
Guandú verde	3.9	3.0	7.5	-
Frutas (naranja, mandarina, caimito, limón dulce, limón)	10.0	10.0	56.0	83.9
Musáceas (banano verde y maduro, plátano verde y maduro)	28.0	32.0	17.0	44.5
Raíces y tubérculos (otoe, ñampí, yuca, ñame)	11.5	7.5	21.0	10.0

	Calorías	Proteína	Calcio	Hierro	Equiv. Retinol	Tiamina	Riboflavina	Niacina	Acido Ascórbico
	g	mg	mg	mg	mcg	mg	mg	mg	mg
48 - 59	1750	33	450	10	300	0.7	1.0	11.6	20
n = 10	826	28.1	400**	5.2	150.9	0.49	0.75	5.61	60.9
DS	198.2	10.1	302.3	2.1	94.3	0.11	0.49	1.97	79.9
% Adecuación	47*	85**	89**	52	50	70**	75*	48	304
DS	11.2	30.5	67.3	20.9	31.5	15.7	49.3	17.1	399.3

DS - Desviación Estándar

* Diferencia Significativa ($P \leq .01$)** Diferencia Significativa ($P \leq .05$)

debió a la importancia que le dan las madres a los productos lácteos durante el primer y segundo año de vida.

En cambio el análisis de varianza para los porcentos de adecuación de la ingesta de calorías y nutrimentos, revela diferencias significativas entre los grupos de edad considerados (12 a 23; 24 a 35; 36 a 47; y 48 a 59 meses), en el caso de calorías y riboflavina ($P \leq .01$, $F = 5.7$ calorías, $F = 6.55$ ribof.), y en el caso de proteínas, calcio y tiamina ($P \leq .05$, $F = 3.67$ prot.; $F = 4.32$ calcio; $F = 4.38$ tiamina). Para los demás nutrimentos: hierro, niacina, retinol y ácido ascórbico, los análisis de varianza no indicaron diferencias significativas en los porcentos de adecuación de consumos promedio a diferentes edades.

En éste Cuadro se observa, que a pesar de que el niño aumenta la edad, la dieta se mantiene y/o en algunos casos disminuye, lo cual se refleja particularmente en las ingestas promedio de calorías y nutrimentos, en cuyo caso los porcentos de adecuación disminuyen conforme aumenta la edad del niño, debido a que las recomendaciones nutricionales aumentan con la edad del niño.

3. Patrón alimentario del preescolar y su valor calórico total

En el Cuadro No. 15 se observa el patrón alimentario de los 40 niños preescolares, que se obtuvo en base al recordatorio de 24 horas. Dicho patrón es deficiente en frutas y vegetales; el consumo de productos de origen animal es bastante bajo, ya que menos del 50% de los niños estudiados los consume.

Es importante señalar que los niños hacen tres tiempos de comida (desayuno, almuerzo y cena), observándose que cinco niños asistieron solamente a dos tiempos de comida.

CUADRO No. 15

PATRON ALIMENTARIO DE 40 NIÑOS PREESCOLARES QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD DE TOLE. CHIRIQUI. REPUBLICA DE PANAMA. DICIEMBRE 1979 - ENERO 1980.

Alimentos consumidos por tiempos de comida	Total	
	No.	%
<u>Desayuno:</u>		
Crema con leche (avena, maíz, cebada)	20	50
Café sólo o con leche	20	50
Leche (Klim, fluida, CARE)	14	35
Pan, tortilla de maíz o harina, o substitutos (plátano verde, yuca, ñampi, guineo manzano u otros)	37	92
Huevo	14	35
<u>Almuerzo:</u>		
Arroz solo o con frijoles (guandú, bejuco)	34	95
Carne sola y/o sopa de carne con verduras (chayote, ñame, yuca, otoe)	15	38
Frijoles en sopa (guandú, bejuco)	12	30
<u>Cena:</u>		
Arroz solo o con frijoles (guandú, bejuco)	31	78
Carne sola y/o sopa de carne con verduras (chayote, ñame, yuca, otoe)	12	30
Leche sola o con cremas (avena, maíz)	12	30
Frijoles en sopa (guandú, bejuco)	9	22

11 niños (28%) consumieron otros alimentos fuera de los tres tiempos de comida y entre ellos tenemos: guineo, naranja, caimito, limón dulce y leche sola o con cereal (crema de avena, de maíz).

Las madres reportaron algunos factores que contribuyeron a la deficiencia de la dieta del preescolar, además de la inasistencia a algún tiempo de comida, como son: problemas económicos e intrafamiliares y la baja disponibilidad de alimentos a nivel local, y también reportaron enfermedad de los preescolares (ahogo o asma, fiebre, gripe) que afectó directamente el consumo de alimentos.

El 100% (40 madres) manifestaron que no le dan ésta alimentación al preescolar todos los días, por lo siguiente: 33 (82.5%) madres cambian la alimentación, según los alimentos que se consigan; 6 (15%) dicen que consiguen otros alimentos y una madre dice que no siempre hay dinero para leche.

En el Cuadro No. 16 se presentan otros alimentos que las madres informaron dar al preescolar para variar su patrón alimentario, ocupando los primeros lugares en orden de aparición: frutas, carnes de toda clase, raíces, tubérculos y plátano.

En el Cuadro No. 17 se observa el valor calórico total promedio de la dieta por grupos de edad, y el aporte calórico que hacen a ésta dieta los carbohidratos, las proteínas y las grasas. El mayor aporte calórico es de carbohidratos cuyos valores oscilan entre 59 y 66% de las calorías totales. Las grasas aportan entre 21 y 27% del total de calorías, cabe señalar que el 80% de éstos niños consumen aceite vegetal, como se observa en el Cuadro No. 34. Las proteínas aportan entre 12 y 15% del valor calórico total. De éstas proteínas totales, un 28.5 a 41.7% es proteína de origen animal.

CUADRO No. 16

ALIMENTOS QUE UTILIZAN LAS MADRES PARA VARIAR LA ALIMENTACION DIARIA DEL PREESCOLAR. CENTRO DE SALUD DE TOLE. CHIRIQUI. REPUBLICA DE PANAMA.
DICIEMBRE 1979 - ENERO 1980.

Alimentos	Total	
	No.	%
- Frutas (naranja, guineo, papaya)	23	58
- Carnes (res, pollo, cerdo, pescado)	17	42
- Raíces, tubérculos y plátano (ñame, ñampí, camote, yuca, otoo, papas, plátano)	10	25
- Sopa de carne con verduras	9	22
- Misceláneas (sopa deshidratada, gelatina, galletas, productos Gerber)	9	22
- Preparaciones a base de maíz (chicheme, chilate, tortilla, crema de maíz)**	8	20
- Frijoles	6	15
- Leche (todo tipo)	6	15
- Ensalada de vegetales (uyama, repollo, tomate)	4	10
- Huevo	4	10
- Hígado	4	10
- Pan	2	5

** Ver Apéndice No. 5.

CUADRO No. 17

APORTE CALORICO PROMEDIO DE PROTEINAS, CARBOHIDRATOS Y GRASAS AL VALOR CALORICO TOTAL PROMEDIO DE LA DIETA EVALUADA EN 40 PREESCOLARES, QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD DE TOLE. CHIRIQUI. REPUBLICA DE PANAMA. DICIEMBRE 1979 - ENERO 1980.

Grupos de edad en meses	Valores promedio							
	VCT		Proteínas		Carbohidratos		Grasas	
	g	% del total	g	% del total	g	% del total	g	% del total
12 a 23	828	31.5 (13.1)*	15 (42)**	60	125	60	33	25
24 a 35	793	25.5 (9.2)*	13 (36)**	66	132	66	19	21
36 a 47	727	21.9 (8.1)*	12 (37)**	65	119	65	19	23
48 a 59	826	28.1 (8.0)*	14 (28)**	59	123	59	25	27

* Promedio de proteína animal

** Porcentaje de proteína animal de la proteína total.

E. Relación entre los Porcientos de Adecuación Calórica y Proteínica con Indicadores Antropométricos

Para determinar si el estado nutricional encontrado según los indicadores antropométricos peso/edad, peso/talla y talla/edad, está condicionado por la ingesta de calorías y proteínas, se utilizó el estadístico "ji" cuadrado. Para aplicar dicho estadístico se hicieron dos grupos según cada indicador antropométrico.

En el Cuadro No. 18 se muestran los resultados de la prueba, para el porcentaje de adecuación de ingesta calórica y los indicadores ya mencionados; parece ser que no hay asociación entre los indicadores antropométricos y la ingesta calórica. Sin embargo es importante señalar que el 68% de los niños presentaron adecuación de ingesta calórica menor del 65% (inadecuada), y ningún niño presentó adecuación calórica arriba del 95%.

En el Cuadro No. 19 se observan los resultados de la prueba de "ji" cuadrado, utilizada para determinar si el estado nutricional según los indicadores antropométricos está condicionado por la ingesta proteínica. Los resultados indican que no hay asociación entre los indicadores peso/edad y peso/talla con los porcentos de adecuación de ingesta proteínica. Sin embargo, se encontró asociación estadística entre el indicador talla/edad y el porcentaje de adecuación proteínica ($X^2 = 7.74$, 2 gl; $P \leq .05$), lo cual indica que la talla según la edad, está condicionada por la ingesta proteínica.

Cabe señalar que el 58% (23 niños) presentaron adecuación de proteínas arriba del 95%, y un 30% (12 niños) presentaron adecuación de proteínas menor del 65%.

CUADRO No. 18

RELACION ENTRE LOS PORCIENTOS DE ADECUACION DE INGESTA CALORICA Y LOS PORCIENTOS DE ADECUACION DE LOS INDICES ANTROPOMETRICOS PESO/EDAD, PESO/TALLA Y TALLA/EDAD DE 40 NIÑOS PREESCOLARES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD DE TOLE. CHIRIQUI. REPUBLICA DE PANAMA. DICIEMBRE 1979 - ENERO 1980.

% de Adecuación	% de Adecuación de Ingesta Calórica			Total No.
	Menos de 65	65 a 80	81 a 95	
<hr/>				
- Peso/Edad*				
91 a 110%	3	2	1	6
90 a 75%	24	6	4	34
<hr/>				
- Peso/Talla**				
≥ a 93%	8	3	1	12
< de 93%	19	5	4	28
<hr/>				
- Talla/Edad***				
≥ a 95%	11	4	2	17
< de 95%	16	4	3	23
<hr/>				

* ($X^2 = 1.03$, 2 gl; NS)

** ($X^2 = 1.58$, 2 gl; NS)

*** ($X^2 = 0.24$, 2 gl; NS)

CUADRO No. 19

RELACION ENTRE LOS PORCIENTOS DE ADECUACION DE INGESTA PROTEINICA Y LOS PORCIENTOS DE ADECUACION DE LOS INDICES ANTROPOMETRICOS PESO/EDAD, PESO/TALLA Y TALLA/EDAD DE 40 NIÑOS PREESCOLARES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD DE TOLE. CHIRIQUI. REPUBLICA DE PANAMA. DICIEMBRE 1979 - ENERO 1980.

% de Adecuación	% de Adecuación de Ingesta Proteínica			Total No.
	Menos de 65	65 a 95	95 y más	
- Peso/Edad*				
91 a 110%	1	1	4	6
90 a 75%	11	4	19	34
- Peso/Talla**				
≥ a 93%	2	2	8	12
< de 93%	10	3	15	28
- Talla/Edad***				
≥ a 95%	2	3	12	17
< de 95%	10	2	11	23

* ($\chi^2 = 0.62$, 2 gl; NS)

** ($\chi^2 = 1.51$, 2 gl; NS)

*** ($\chi^2 = 7.74$, 2 gl; $P \leq .05$)

F. Prácticas Alimentarias

Se estudiaron las prácticas alimentarias que las madres realizan en 40 niños preescolares, ya que la atención de la madre es importante en la formación de los futuros hábitos alimentarios de los niños.

1. Lactancia materna

En el Cuadro No. 20 se puede observar la duración de la lactancia materna de los niños preescolares estudiados, de los cuales 28 (75.6%) niños lactaron más de seis meses. Cabe agregar que tres niños recibieron lactancia artificial desde su nacimiento, debido a problemas de salud de las madres.

CUADRO No. 20

DURACION DE LA LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS PREESCOLARES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD DE TOLE. CHIRIQUI. REPUBLICA DE PANAMA. DICIEMBRE 1979 - ENERO 1980.

Duración de Lactancia en meses	Total	
	No.	%
Hasta 3	1	2.7
4 a 6	8	21.6
7 a 9	3	8.1
10 a 12	9	24.3
13 a 15	4	10.8
16 a 18	9	24.3
19 a 21	2	5.4
22 y más	1	2.7
Total	37*	100.0

* 3 niños recibieron lactancia artificial desde su nacimiento.

Al momento del estudio tres niños de un año lactaban, y además recibían los siguientes alimentos: arroz, naranja, sopa de carne, guineo, huevo, avena, sopa deshidratada (Maggi y Lipton), y frijoles, en orden de importancia.

Se utilizó el estadístico "ji" cuadrado para establecer si la duración de la lactancia materna, está determinada por la edad de la madre.

En el Cuadro No. 21 se presentan los resultados de la prueba, que revelaron que el tiempo de duración de la lactancia materna no depende de la edad de las madres.

Aunque no fue posible hacer otro tipo de relaciones, debido a la existencia de celdas vacías, cabe agregar que de 22 madres (55%) con bajo nivel de escolaridad (madres que cursaron de I a III grado primaria) y analfabetas, 20 dieron de lactar a sus hijos cinco meses como mínimo y 21 meses como máximo.

CUADRO No. 21

RELACION ENTRE LA EDAD DE LA MADRE Y TIEMPO DE DURACION DE LA LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS PREESCOLARES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD DE TOLE. CHIRIQUI. REPUBLICA DE PANAMA. DICIEMBRE 1979 - ENERO 1980.

Edad de la Madre (años)	Duración de Lactancia Materna (meses)			Total No.
	0 a 6 No.	7 a 15 No.	16 y más No.	
15 a 32	7	6	6	19
33 a 50	3	10	5	18
Total	10	16	11	37**

$$\chi^2 = 2.66, 2 \text{ gl}; \text{NS.}$$

** 3 niños recibieron lactancia artificial desde su nacimiento.

2. Alimentación láctea

Con respecto a las prácticas de alimentar al niño con otros tipos de leche, se encontró que de los 40 niños preescolares, 29 (72.5%) reciben algún tipo de leche tipo de leche (flúida, polvo íntegra, evaporada). Además los datos revelan que 8 (20%) niños no reciben ningún tipo de leche, siendo de los grupos de dos, tres y cuatro años. Los tres niños restantes, son los que reciben lactancia materna al momento del estudio.

En el Cuadro No. 22, se presentan a los 32 niños que reciben algún tipo de leche, y las razones de las madres para administrarlas a los niños. Se puede observar que de las madres que reciben productos CARE, le dan la leche al niño porque está disponible a nivel del hogar (porque se la regalan). Sin embargo hay siete madres que consideran que la edad del niño es un factor importante para continuar administrando la leche.

Con el fin de conocer la práctica de preparación de las leches que las madres dan al preescolar, se investigó entre las 29 madres que las utilizan. 17 madres comentaron prepararla momentos antes de ser ingerida por el niño, utilizando para ello agua hervida más leche en polvo y azúcar. Las 12 madres restantes preparan la leche del niño para todo el día, utilizando el método descrito anteriormente, o con agua fría para hervirla después, incluyéndole algunas harinas a base de maíz, plátano y avena, conocidas como "cremas". Estas madres que preparan leche para todo el día, señalaron que ésta leche la guardan en la misma olla donde se prepara y le colocan tapadera; una madre utiliza termo y otra madre la guarda en la refrigeradora.

CUADRO No. 22

CLASES DE LECHE QUE RECIBEN 32 NIÑOS PREESCOLARES Y LA RAZON DE LAS MADRES PARA ADMINISTRARLAS. CENTRO DE SALUD DE TOLE. CHIRIQUI. REPUBLICA DE PANAMA. DICIEMBRE 1979 - ENERO 1980.

Tipo de leche	Total		Razón de las madres para administrarla al niño	Total No.
	No.	%		
- Leche en polvo íntegra (Klim)	11	34.4	- Por la edad del niño	5
			- Para alimentarlo	2
			- Por delgadez del niño	1
			- El niño pide su leche	1
			- Consejo médico	1
			- Sin respuesta	1
- Leche en polvo descremada (CARE)	9	28.1	- La dan en el Centro de Salud	9
- Leche fluída íntegra	5	15.6	- Por la edad del niño	1
			- Tiene vitaminas	1
			- Al niño le gusta	1
			- Es la que se consigue	1
			- Problemas estomacales del niño	1
- Leche evaporada (Ideal)	4	12.5	- Por la edad del niño	1
			- Por costumbre	1
			- La toman todos	1
			- La lleva el padre de familia	1
- Leche Materna	3	9.4	- A veces no hay otra cosa	2
			- El niño no quiere otra leche	1
Total	32	100.0	Total	32

* 8 niños no recibían ningún tipo de leche al momento del estudio.

3. Alimentación del preescolar

Los resultados sobre la persona que decide la alimentación del preescolar, muestran que la participación del padre es casi nula, ya que 34 (85%) madres deciden que alimentos dar al niño, 4 (10%) dicen que la madre y la abuela, 1 (2.5%) dice que la abuela y 1 (2.5%) dice que la decisión la toma el padre y la madre, en forma conjunta.

a) Persona que alimenta al preescolar - Los resultados sobre la persona que alimenta al preescolar, nos demuestran que 30 (75%) de los niños estudiados comen solos, 9 (22.5%) son alimentados por la madre y un niño es alimentado por la madre y el padre. Nuevamente se observa que la participación del padre es casi nula.

b) Edad a la que come el niño solo - Con respecto a la edad a la que el niño inicia su autoalimentación, 28 (70%) niños lo hicieron entre los 10 a 15 meses, 5 (12%) entre los 21 a 25 meses, y 4 (10%) entre los 16 a 20 meses. Se encontró que tres niños de un año no comían solos al momento del estudio.

4. Actitud de las madres hacia los alimentos a dar al preescolar

Se investigó las actitudes de las madres hacia los alimentos, y como las aplican a través de las prácticas alimentarias en el preescolar.

a) Alimentos considerados importantes en la edad preescolar - De las 40 madres investigadas, 9 (22.5%) manifestaron que no sabían que alimentos son importantes para el preescolar. En el Cuadro No. 23 se observan los alimentos considerados importantes por las 31 madres restantes.

CUADRO No. 23

ALIMENTOS CONSIDERADOS IMPORTANTES POR 31 MADRES EN LA ALIMENTACION DEL
PRESCOLAR. CENTRO DE SALUD DE TOLE. CHIRIQUI. REPUBLICA DE PANAMA.
DICIEMBRE 1979 - ENERO 1980.

Alimentos importantes según las madres	Total	
	No.	%
- Leche (flúida, polvo íntegra, evaporada)	19	61
- Huevo de gallina	14	45
- Sopa de Carne (res, gallina y pescado)	13	42
- Frutas (guineo, piña, manzana)	12	39
- Carnes (res, pescado, gallina)	12	39
- Cremas (maíz, plátano)**	9	29
- Leguminosas (lentejas, guandúes, frijol colorado)	8	26
- Jugo de naranja	6	19
- Raíces, tubérculos y plátano	5	16
- Legumbres (repollo, lechuga y tomate)	4	13
- Maíz (chicheme, chilate)**	3	10
- Galletas (soda, saladas)	3	10
- Cereales (arroz, pan)	2	6

** Ver Apéndice No. 5.

Los alimentos mencionados en orden de importancia son: productos de origen animal (leches, carnes y huevo), las frutas, harinas (crema de maíz y plátano), y leguminosas (lentejas, guandúes, frijoles).

En el Cuadro No. 24 se presenta el alimento mencionado por las 31 madres como el "mejor" en la alimentación del preescolar, y las razones para considerarlo importante. Los productos de origen animal ocupan el primer lugar, siguiéndole en orden de importancia las frutas y leguminosas. Es de hacer notar, que en ambos Cuadros 24 y 25, los vegetales están en último lugar, lo cual puede estar afectado por una baja disponibilidad de dichos productos a nivel local, de ahí que no se les da importancia para alimentar al preescolar.

b) Alimentos considerados "malos" para el preescolar - Los resultados sobre la existencia de alimentos "malos" (que hagan daño) para el niño preescolar, muestran que para 18 (45%) madres no hay alimentos malos, 16 (40%) madres respondieron que no saben, y 6 (15%) madres consideran que hay alimentos malos para el preescolar. Los alimentos mencionados por éstas últimas seis madres y las razones para considerarlos malos son las siguientes: la sopa de lata porque da vómitos, la piña porque alborota las lombrices, el arroz porque el niño está muy pequeño (niño de un año), la guayaba no le cae bien al niño y el huevo porque el niño se aburre de comerlo.

c) Actitud de la madre cuando el niño no quiere comer - Este aspecto fue respondido por 38 madres, de las cuales 17 (44.7%) lo obligan a comer, 10 (26.3%) madres lo dejan hasta que el niño vuelva a pedir, 5 (13.2%) madres le preparan otra comida, 3 (7.9%) madres no le dan ningún alimento, 2 (5.2%) lo llevan al médico y una madre le da leche materna. Dos madres comentaron no tener problemas con los niños, ya que ellos comen bien de todo.

CUADRO No. 24

ALIMENTO MAS IMPORTANTE Y RAZONES DE LAS MADRES PARA CONSIDERARLO IMPORTANTE EN LA ALIMENTACION DE 31 NIÑOS PREESCOLARES. CENTRO DE SALUD DE TOLE. CHIRIQUI. REPUBLICA DE PANAMA. DICIEMBRE 1979 - ENERO 1980.

Alimento mas importante	Total		Razones de las madres para considerarlo importante	Total No.
	No.	%		
- Leche	9	29	- Alimenta - Es mejor alimento para el niño - Contiene vitaminas - Es más barata que otras comidas o alimentos	6
- Carne sola o en sopa (res, gallina)	7	23	- Alimenta y es mejor - Tiene vitaminas	6
- Huevo de gallina	4	13	- Alimenta - Le gusta al niño - Tiene vitaminas	2
- Frutas (jugo de naranja)	4	13	- Tiene vitamina C - Le gusta al niño	3
- Frijoles	3	10	- Hay en mayor cantidad - Tiene vitaminas	2
- Chilate**	1	3	- Lleva leche y azúcar	1
- Crema de maíz**	1	3	- Le gusta al niño	1
- Tomate	1	3	- Alimenta	1
- Ñame	1	3	- Alimenta	1
Total	31	100	No. Total de respuestas	31

** Ver Apéndice No. 5.

5. Prácticas alimentarias con respecto al niño enfermo

Debido a que las madres recurren a prácticas de administración y/o suspensión de alimentos cuando el niño se enferma, se investigó que hacen éstas madres en algunos casos de enfermedad del preescolar:

a) Persona a la que acuden las madres cuando el niño se enferma - Según los resultados, cuando el niño está enfermo, 39 (97.5%) madres acuden al médico. La razón de ello, para 36 madres es la costumbre (siempre lo han hecho), dos dicen que el médico es fijo y mejor, y una porque le dan medicinas. Se encontró que una madre acude al médico y al curandero, porque en ambas partes le proporcionan medicinas.

b) Prácticas alimentarias en caso de diarrea - De los 40 niños considerados, 39 madres informaron que en alguna oportunidad el niño ha estado con diarrea; la madre de un niño de un año dice que éste no ha padecido diarrea en ningún momento (el niño lacta aun).

En el Cuadro No. 25 se presentan los alimentos administrados y suspendidos a los 39 niños en caso de diarrea. Entre los alimentos que dan las madres figuran la chicha de arroz, jugos de frutas, sopa deshidratada, té de hierbas y otros. Entre los alimentos suspendidos encontramos la leche en primer lugar, la comida pesada (de sal), arroz y huevo entre otros.

En el Cuadro No. 26 se presentan las razones de las 39 madres para realizar prácticas de administración y suspensión de distintos alimentos, figurando como primera razón el afán de la madre para "mejorar" el niño y/o "pararle" la diarrea.

CUADRO No. 25

ALIMENTOS ADMINISTRADOS Y ALIMENTOS SUSPENDIDOS EN CASO DE DIARREA A 39 NIÑOS PREESCOLARES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD DE TOLE. CHIRIQUI. REPUBLICA DE PANAMA. DICIEMBRE 1979 - ENERO 1980.

Alimentos Administrados en caso de diarrea	Total		Alimentos Suspendidos en caso de diarrea	Total	
	No.	%		No.	%
- Chicha de arroz**	27	69	- Leche	22	56
- Sopa deshidratada (Lipton y Maggi)	8	20	- Comida pesada (de sal)	16	41
- Jugo de naranja y manzana	7	18	- Arroz	6	15
- Té (hierba de limón y hoja de guayabo)**	7	18	- Huevo	5	13
- Crema con leche**	6	15	- Ninguno	2	5
- Crema sin leche**	5	13	- Frijoles	1	3
- Líquidos (agua, agua de cebada)	5	13	- Carne	1	3
- Bebidas gaseosas (sodas, Malta Vigor)	4	10	- Comidas dulces	1	3
- Cereales (galleta de sal, arroz)	3	8	- Avena	1	3
- Sopa de carne (pollo y res)	2	6	- Café	1	3
- Pesada de maíz	1	3			
- Los que hay disponibles en casa	1	3			

** Ver Apéndice No. 5.

CUADRO No. 26

RAZONES DE 39 MADRES DE NIÑOS PREESCOLARES PARA REALIZAR PRACTICAS DE ADMINISTRACION Y SUSPENSION DE ALIMENTOS EN CASO DE DIARREA. CENTRO DE SALUD DE TOLE. CHIRIQUI. REPUBLICA DE PANAMA. DICIEMBRE 1979 - ENERO 1980.

Razones para administrar alimentos en caso de diarrea	Total		Razones para suspender alimentos en caso de diarrea	Total	
	No.	%		No.	%
- Para mejorarlo (parar la diarrea)	18	46	- Le hacen daño (le dan más diarrea)	24	62
- Consejo médico	11	28	- Consejo médico	8	20
- No sabe que otros alimentos dar al niño)	5	13	- El niño no quiere comer ciertos alimentos	4	10
- Para alimentarlo	3	8	- Para ayudarlo	2	5
- Para mantener líquidos	1	3	- La sal provoca más diarrea	1	3
- Los demás alimentos hacen daño	1	2			
Total	39	100	Total	39	100

c) Prácticas alimentarias en caso de estreñimiento - De los 40 niños estudiados, las madres de 20 (50%) de ellos, manifestaron que no han padecido estreñimiento, siendo siete niños de tres años, cinco de un año, cuatro de dos años y cuatro niños de cuatro años.

En el Cuadro No. 27 se observan los alimentos administrados y suspendidos a 19 niños preescolares en caso de estreñimiento. Entre los alimentos administrados tenemos los jugos de frutas, el guineo maduro y líquido-

dos. Sólo una madre suspende alimentos cuando el niño se encuentra estreñido. Cabe agregar que una madre respondió no saber que alimentos dar o suspender en caso de estreñimiento.

Las razones que dieron las 19 madres para recurrir a prácticas de administración de alimentos son las siguientes: 15 (75%) madres lo hacen para "destapar al niño" (hacerlo obrar), 4 (20%) dicen que el niño casi no quiere comer y no saben que otros alimentos dar.

La madre que reportó suspender alimentos, lo hace porque éstos le dan punzadas (chucerías) al niño en el estómago.

CUADRO No. 27

ALIMENTOS ADMINISTRADOS Y ALIMENTOS SUSPENDIDOS EN CASO DE ESTREÑIMIENTO
A 19 NIÑOS PREESCOLARES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD DE TOLE.
CHIRIQUI. REPUBLICA DE PANAMA. DICIEMBRE 1979 - ENERO 1980.

Alimentos Administrados en caso de estreñimiento	Total No.	%	Alimentos Suspendidos en caso de estreñimiento	Total No.	%
- Jugo de naranja y pera	11	58	- Ninguno	18	95
- Guineo maduro	6	32	- Alimentos espesos o duros	1	5
- Líquidos (agua, chicha de arroz y guanábana)	5	26	- Huevo, carne y arroz	1	5
- Los que hay disponibles en casa	3	16			
- Leche	1	5			
- Arroz blanco	1	5			

d) Prácticas alimentarias en caso de vómitos - Según los resultados 39 niños (98%) han estado con vómitos y un niño de un año de edad no ha estado con vómitos.

En el Cuadro No. 28 se presentan los alimentos administrados y alimentos suspendidos en caso de vómitos. Entre los alimentos que administran las madres están las preparaciones líquidas (chichas, jugos de frutas y de vegetales, sopa deshidratada). Los alimentos suspendidos son las comidas pesadas (de sal), leche y otros.

De los 39 niños que han estado con vómitos, 20 (51%) madres le administran alimentos para pararle el vómito, 10 (26%) madres lo alimentan para que les quede algo en el estómago, 5 (13%) madres dicen que el niño pide y 4 (10%) madres alimentan al niño por consejo médico. De las madres que suspenden alimentos a los niños en caso de vómitos, 22 (56%) madres lo hacen porque hay alimentos malos (provocan más vómitos, caen pesados), 10 (26%) madres lo hacen porque al niño no los deja comer el malestar y 7 (18%) lo hacen por consejo médico.

e) Prácticas alimentarias en caso de fiebre - En el Cuadro No. 29 se observa que de los 40 niños preescolares, 24 (60%) niños comen de todos los alimentos que hay disponibles en la casa cuando tienen fiebre. Entre los alimentos administrados en caso de fiebre, 16 (40%) madres mencionaron las sopas de carne y de frijol, los jugos de frutas, las sopas deshidratadas y la leche. 27 madres (67.5%) no suspenden alimentos en caso de fiebre y 13 madres (32.5%) suspenden alimentos, entre los cuales figuran alimentos fríos (refrigerados), arroz, leche y huevo entre otros.

CUADRO No. 28

ALIMENTOS ADMINISTRADOS Y ALIMENTOS SUSPENDIDOS EN CASO DE VÓMITOS A 39 NIÑOS PREESCOLARES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD DE TOLE. CHIRIQUI. REPUBLICA DE PANAMA. DICIEMBRE 1979 - ENERO 1980.

Alimentos Administrados en caso de vómitos	Total		Alimentos Suspendidos en caso de vómitos	Total	
	No.	%		No.	%
- Líquidos (agua, limonada)	18	46	- Comidas pesadas (de sal)	20	51
- Jugos (naranja, tomate, manzana, zanahoria)	14	36	- Leche	15	38
- Sopa deshidratada	12	31	- Todos	5	13
- Sopa (de res, de frijol)	7	18	- Ninguno	4	10
- Bebidas gaseosas (soda, Malta Vigor)	7	18	- Arroz	4	10
- Leche	5	13	- Huevo	4	10
- Chicha de arroz**	4	10	- Naranja	3	8
- Comida de sal(arroz)	3	8	- Carne	3	8
- Té (hoja de guanábana, hoja de limón)**	3	8	- Chicheme**	2	5
- Crema sin leche**	3	8	- Avena	2	5
- Crema con leche**	2	5			
- Galleta de sal	2	5			
- Alimentos disponibles en casa (todos)	2	5			

** Ver Apéndice No. 5.

CUADRO No. 29

ALIMENTOS ADMINISTRADOS Y ALIMENTOS SUSPENDIDOS EN CASO DE FIEBRE A 40 NIÑOS PREESCOLARES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD DE TOLE. CHIRIQUI. REPUBLICA DE PANAMA. DICIEMBRE 1979 - ENERO 1980.

Alimentos Administrados en caso de fiebre	Total		Alimentos Suspendidos en caso de fiebre	Total	
	No.	%		No.	%
- Todos los alimentos disponibles en casa	24	60	- Ninguno	27	68
- Sopa (de carne de res, pollo, frijol)	7	18	- Alimentos fríos (refrigerados)	4	10
- Jugo (manzana, pera)	4	10	- Arroz (cocido y en chicha)	4	10
- Sopa deshidratada (Maggi. Lipton)	4	10	- Todos	3	8
- Ninguno	3	8	- Carne	2	5
- Leche	2	5	- Leche	2	5
- Bebidas gaseosas (Malta Vigor)	2	5	- Comida sin guiso	1	2
- Galletas de soda	2	5			
- Leche materna	1	2			
- Arroz cocido	1	2			
- Crema de avena	1	2			

Las razones mencionadas por las madres para administrar alimentos en caso de fiebre son las siguientes: 17 madres alimentan al niño según lo que el quiera comer y según lo disponible en casa, 12 madres dicen que el niño come igual, siete madres lo hacen para refrescar la fiebre (mejorar al niño), tres madres no saben que otros alimentos dar y una madre lo hace para ayudarlo a recuperar líquidos.

De las 13 madres que suspenden alimentos en caso de fiebre, nueve lo hacen porque hay alimentos que hacen daño (provocan más fiebre), tres dicen que el niño no quiere comer y no saben que alimentos dar, y una madre para refrescar la fiebre.

f) Prácticas alimentarias en caso de parásitos - Los resultados nos muestran que 8 (20%) niños no han estado con parásitos, siendo cinco de un año, y los otros tres niños repartidos en los grupos de dos, tres y cuatro años.

En el Cuadro No. 30 se presentan los alimentos administrados y suspendidos a 32 (80%) niños cuando tienen parásitos (lombrices). Entre los alimentos administrados en éste caso, encontramos la chicha de limón y de naranja, el arroz blanco con culantro, té de hierba buena, bebidas gaseosas y otros. Estas mismas madres suspenden alimentos entre los que tenemos: guineo manzano (patriota), dulces, comidas pesadas (arroz) y otros.

De los 32 niños que han estado con parásitos, 24 (75%) siguen comiendo igual, por lo que sus madres no le suspenden ningún alimento y le administran los alimentos que hay disponibles en casa. A los ocho niños restantes las madres le administran alimentos por lo siguiente: cuatro niños se desganan (no comen), a dos niños porque hay alimentos que alborotan las lombrices, una madre lo hace para descabezar las lombrices y otra dice que el medicamento "Padrax" ** es muy caliente. Las razones que dieron éstas ocho madres para realizar suspensión de alimentos son las siguientes: tres niños no quieren comer ciertos alimentos y a cinco niños le suspenden ciertos alimentos porque alborotan las lombrices.

** Medicamento para Parásitos.

CUADRO No. 30

ALIMENTOS ADMINISTRADOS Y ALIMENTOS SUSPENDIDOS EN CASO DE PARASITOS A 32 NIÑOS PREESCOLARES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD DE TOLE. CHIRIQUI. REPUBLICA DE PANAMA. DICIEMBRE 1979 - ENERO 1980.

Alimentos Administrados en caso de parásitos	Total No.	Total %	Alimentos Suspendidos en caso de parásitos	Total No.	Total %
- Todos los alimentos disponibles en casa	24	75	- Ninguno	24	75
- Líquidos (chicha de limón y naranja)**	8	25	- Guineo manzano	4	12
- Arroz blanco con culantro	5	16	- Dulces	4	12
- Bebidas gaseosas (sodas, Malta Vigor)	4	12	- Todos	3	9
- Té de hierba buena**	4	12	- Comidas pesadas (arroz)	3	9
- Café sin rapadura	3	9	- Galleta de sal	2	6
- Ninguno	3	9	- Leche	2	6
- Guineo maduro	2	6	- Piña	2	6
- Sopa deshidratada (Lipton)	1	3			
- Sopa de carne de res	1	3			

** Ver Apéndice No. 5.

g) Prácticas alimentarias en caso de catarro - El Cuadro No. 31 muestra los alimentos administrados y alimentos suspendidos a niños preescolares cuando tienen catarro. Entre las suspensiones tenemos: alimentos refrigerados (fríos), naranja, banano, arroz y otros. Entre los alimentos administrados figuran la sopa deshidratada, sopa de carne, naranja y bebi-

das gaseosas.

CUADRO No. 31

ALIMENTOS ADMINISTRADOS Y ALIMENTOS SUSPENDIDOS EN CASO DE CATARRO A 40 NIÑOS PREESCOLARES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD DE TOLE. CHIRIQUI. REPUBLICA DE PANAMA. DICIEMBRE 1979 - ENERO 1980.

Alimentos Administrados en caso de catarro	Total No.	%	Alimentos Suspendidos en caso de catarro	Total No.	%
- Todos los alimentos (excepto los refrigerados)	33	82	- Alimentos fríos (refrigerados)	33	82
- Sopa de carne (res, gallina)	2	5	- Guineo	6	15
- Sopa deshidratada (Maggi, Lipton)	2	5	- Arroz (chicha y cocido)**	5	12
- Líquidos (té de hierba de limón con rapadura)**	2	5	- Naranja	4	10
- Naranja	2	5	- Caña de azúcar	2	5
- Alimentos calientes (temperatura)	2	5	- Frijoles	1	2
- Arroz	2	5			
- Leche	2	5			
- Bebidas gaseosas (Malta Vigor)	1	2			

** Ver Apéndice No. 5

Las razones para administrar alimentos en caso de catarro, son para 31 (78%) madres el hecho de que no hay otros alimentos en casa y si el niño los quiere se le dan, 5 madres (12%) le dan alimentos para ayudarlo (aplacarle la tos) y cuatro madres no saben que otros alimentos dar al niño. Las razones de las madres para realizar prácticas de suspensión de

alimentos son las siguientes: 33 madres (82%) lo hacen porque los alimentos refrigerados le hacen daño al niño (aprietan el pecho y pica la tos), y para las siete madres restantes, es porque el niño no come y se le da lo que hay disponible en casa, siempre y cuando no sean los alimentos citados en el Cuadro No. 31, porque éstos hacen daño.

6. Normas familiares sobre la alimentación del preescolar

Los datos indican que 38 (95%) niños comen de todos los alimentos que come la familia. Las razones que dieron 23 madres, es porque siempre lo han hecho, 13 madres manifestaron que no hay otra comida disponible en casa, y dos madres dicen que es mejor para el niño y además el pide. 2 (5%) madres dicen que el niño no come de todos los alimentos que come la familia, debido a que le hacen daño y/o porque el niño no quiere comerlos.

a) Edad a la que el niño empieza a comer con la familia - Los resultados muestran que el niño empieza a comer con la familia cuando puede hacerlo solo, siendo las edades mencionadas de 12 a 14 meses para 23 niños, y de 18 a 24 meses para 17 niños. Cuatro madres manifestaron que no saben a que edad se incorporaran los niños a comer con la familia, éstos niños pertenecen a grupos de uno y dos años.

b) Alimentos destinados únicamente a la alimentación del preescolar - Con respecto a la existencia de alimentos destinados únicamente a la alimentación del preescolar, 20 (50%) madres dijeron que si tienen disponibles alimentos para preescolares, y 20 (50%) madres respondieron que no hay.

Entre los alimentos citados por las 20 madres que respondieron afirmativamente tenemos: leche (Klim, materna y CARE), cereales (crema de maíz y avena), huevo, frutas, puré de papas, gelatina, sopa deshidratada y productos Gerber. Las razones que dieron las madres para destinar éstos alimentos al preescolar son las siguientes: 15 madres consideran la edad del niño, dicen que está muy pequeño, cuatro madres dicen que hay que alimentarlo y una madre dice que le dan leche CARE en el Centro de Salud.

De las 20 madres que no destinan alimentos para el preescolar, 12 dicen que como no hay otra comida, el niño tiene que comer lo que hay, seis dicen que la comida se prepara junta para todos, y dos madres dicen que los niños ya están grandecitos.

c) Alimento especial de acuerdo a la edad del niño preescolar en estudio - Los resultados indican que 31 (77.5%) madres no saben si existe un alimento especial según la edad del niño estudiado, 5 (12.5%) madres dicen que no hay, y 4 (10%) madres manifestaron que si hay alimentos especiales según la edad del niño. Estas últimas madres, mencionaron la leche para niños de uno y cuatro años, la sopa de pollo (sancocho) y huevo para niños de dos años.

7. Distribución de alimentos a nivel familiar

En relación a los alimentos que se preparan para la alimentación de la familia, 38 (95%) madres le dan a sus niños preescolares la misma misma alimentación y 2 (5%) madres no lo hacen.

De las 38 madres que respondieron dar la misma alimentación a los adultos y al preescolar mencionaron sus razones: 35 madres dicen que siempre han hecho la comida para todos y además no hay otra comida, y tres

madres lo hacen para alimentar al niño.

Con respecto a las dos madres que no dan la misma alimentación a los adultos y al preescolar, manifestaron que hay alimentos que son malos para el niño (le hacen daño).

De los 40 niños preescolares estudiados, a 39 (98%) niños le sirven menos cantidad y de todos los alimentos, y una madre dice que da más cantidad a los mayores y de todos los alimentos, y al niño preescolar le da menos y no todos los alimentos.

En el Cuadro No. 32 se presentan las razones de las madres, para realizar dicha distribución de alimentos:

CUADRO No. 32

RAZONES DE LAS MADRES PARA REALIZAR LA DISTRIBUCION DE ALIMENTOS A NIVEL FAMILIAR. CENTRO DE SALUD DE TOLE. CHIRIQUI. REPUBLICA DE PANAMA.

DICIEMBRE 1979 - ENERO 1980

Razón de las madres para distribuir alimentos a nivel familiar	Total	
	No.	%
- Madres que sirven menos cantidad, pero de todos los alimentos al preescolar:		
- Siempre lo han hecho	27	68
- Por la edad del niño	6	15
- Hay que darles de todo	4	10
- Para que no desperdicien la comida	2	5
- Madre que da menos cantidad y no todos los alimentos al preescolar		
- Hay alimentos que le hacen daño al niño	1	2
Total	40	100

a) Distribución de alimentos a niños preescolares según sexo -

Con respecto a las prácticas de distribución de alimentos según sexo, 34 madres (85%) dan igual cantidad de alimentos a los preescolares de ambos sexos. De éstas madres, 30 lo hacen porque los niños son iguales y siempre lo hacen, y las cuatro restantes le dan igual cantidad de alimentos a los niños de ambos sexos, pero no saben porque.

6 madres (15%) dijeron no dar la misma cantidad de alimentos a los preescolares de ambos sexos, debido a la edad de los niños, y además porque las niñas comen menos.

Se investigó también sobre la existencia de alguna diferencia en la alimentación del preescolar por sexo, 31 madres respondieron que no existe diferencia, ya que los niños son iguales. Seis madres manifestaron que no saben si existe alguna diferencia. Para tres madres existe diferencia en la alimentación por sexo, porque los varones comen más que las niñas.

8. Prácticas alimentarias con respecto a las carnes

40 (100%) madres respondieron que si dan carne de res y de aves (gallina/pollo) al preescolar, cuando hay disponibles en casa. Con respecto a la carne de cerdo y al pescado, 36 (90%) madres le dan ambas carnes al preescolar, y cuatro dicen que dan carne de cerdo y eliminan el pescado porque el niño se puede atorar. Las razones que las madres mencionaron para dar éstas carnes al preescolar, se presentan en el Cuadro No. 33.

CUADRO No. 33

RAZONES DE LAS MADRES PARA ADMINISTRAR CARNES A 40 NIÑOS PREESCOLARES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD DE TOLE. CHIRIQUI. REPUBLICA DE PANAMA. DICIEMBRE 1979 - ENERO 1980.

Razón de las madres para dar carne de res y aves al niño preescolar	Total No.	%	Razón de las madres para dar carne de cerdo y pescado al preescolar	Total No.	%
- Al niño le gusta	15	38	- Al niño le gusta	13	32.5
- Siempre le da, cuando hay disponible en casa	13	32	- Siempre le da, cuando hay disponible en casa	13	32.5
- El niño tiene que comerla y lo alimenta	7	18	- Le cae bien y lo alimenta	10	25.0
- Le cae bien	5	12	- No dan pescado, porque se atorar el niño	4	10.0
Total	40	100.	Total	40	100.0

9. Prácticas de preparación de alimentos

Los resultados indican que 35 (88%) de las madres son las encargadas de preparar la comida del preescolar y de la familia, y cinco madres manifestaron que ésta práctica la comparten con la abuela.

En relación a la forma de preparar los alimentos para el preescolar 19 (48%) madres prefieren que sean sancochados (cocidos), 14 (35%) madres dicen que según lo disponible en casa para preparar, 5 (12%) madres los prefieren sancochados y fritos, y dos madres prefieren preparaciones fritos.

En cuanto a la consistencia de los alimentos a dar al preescolar, 31 (78%) madres señalaron que prefieren la consistencia suave, 8 (20%)

madres dijeron que toda consistencia, según lo que se vaya a preparar y una madre señaló la consistencia suave y dura.

a) Utilización de condimentos en los alimentos a dar al preescolar - Se encontró que 37 madres (92%) utilizan condimentos en la alimentación del preescolar y 3 madres (8%) no utilizan mucho condimento.

Las razones que dieron las madres para condimentar (guisar) los alimentos a dar al preescolar son las siguientes: 20 madres siempre lo han hecho, 13 madres dicen que al niño le gusta, y cuatro señalaron que condimentan la comida porque se prepara para toda la familia. Las tres madres que dicen no utilizar mucho condimento, argumentaron que al niño le hace daño mucho guiso, y después no comen.

En el Cuadro No. 34 se presentan los alimentos condimentados y los condimentos (guisos) que se utilizan en la alimentación del preescolar, observándose que las carnes y los frijoles son los alimentos más condimentados. La cebolla, el ajo y el aceite vegetal ocupan los primeros lugares entre los condimentos citados.

CUADRO No. 34

ALIMENTOS CONDIMENTADOS Y CONDIMENTO UTILIZADO EN LA ALIMENTACION DEL PREESCOLAR. CENTRO DE SALUD DE TOLE. CHIRIQUI. REPUBLICA DE PANAMA. DICIEMBRE 1979 - ENERO 1980.

Alimentos Condimentados	Total No.	Condimento Utilizado	Total No.	%
- Carnes (res, cerdo, gallina)	48	- Cebolla	37	92
- Frijoles (chiricanos, lentejas, guandú, habas)	45	- Ajo	34	85
- Sopa de verduras	40	- Aceite vegetal	32	80
- Puré de papas	8	- Pimienta	27	68
- Macarrones	6	- Culantro	11	28
- Sopa de lata	2	- Ají	10	25
		- Tomate	6	15
		- Manteca	6	15
		- Salsa china	2	5
		- Salsa de tomate	2	5

10. Disponibilidad de agua potable a nivel del hogar

En relación a la disponibilidad de agua potable a nivel familiar, se observó en las características de vivienda, que sólo 12 familias cuentan con éste servicio intradomiciliar, seis acuden a chorros públicos y 22 familias traen agua de quebradas "ojos de agua" y otras de pozos de brocal.

a) Práctica de hervir el agua - De las 22 familias que no cuentan con servicio de agua potable, 19 toman agua sin hervir, y sólo

tres madres manifestaron que dan agua hervida a su familia. Las razones que dieron las madres que no hierven el agua son las siguientes: 12 siempre la han tomado así, dos madres para que no se achique el "ojo de agua" dos madres echan el agua en tinajas y tres dicen que los niños están grandecitos.

A éstas 22 madres se le investigó, si daban agua hervida al preescolar, a lo cual cinco manifestaron darsela hervida, y 17 no la hierven. Las razones que dieron las cinco primeras madres son: tres dicen que el agua debe hervirse por la edad del niño y dos manifestaron que al hervir el agua se le evitan lombrices al niño. De las 17 madres que no hierven el agua, 12 no acostumbran a hervirla, cuatro no la hierven por dejación y una dice que al no le gusta el agua hervida.

11. Disponibilidad de alimentos a nivel local

Las 40 madres manifestaron que los alimentos para uso diario los compran a nivel local, en las tiendas.

Se investigó sobre la existencia de problemas para conseguir los alimentos a dar al preescolar, a lo que 30 (75%) madres respondieron que no tienen problemas, ya que siempre encuentran los alimentos que le quieren dar al niño preescolar, y diez madres respondieron tener problemas, ya que no siempre se consiguen los alimentos que le quieren dar al preescolar, porque no llegan los alimentos o porque no hay en las tiendas.

Se investigó sobre un alimento difícil de encontrar para dar al preescolar, y 17 (42%) madres que no tenían problemas, y las 23 madres (58%) restantes manifestaron que si había alimentos difíciles de encontrar, figurando en los primeros lugares los vegetales y carnes. Cuadro No. 35.

CUADRO No. 35

ALIMENTO MAS DIFICIL DE ENCONTRAR PARA ALIMENTAR AL PREESCOLAR.
CENTRO DE SALUD DE TOLE. CHIRIQUI. REPUBLICA DE PANAMA. DICIEMBRE
1979 - ENERO 1980.

Alimento	No. Total
- Tomate	8
- Repollo	8
- Pescado	6
- Carne	6
- Leche	4
- Naranja	4
- Yuca	3
- Productos Gerber (compotas)	3

12. Disponibilidad de alimentos a nivel del hogar

En el Cuadro No. 36 se observan los productos que cultivan las familias de los preescolares estudiados, siendo entre otros el guineo patriota, guandú, yuca. 10 (25%) madres respondieron que no cultivan ningún tipo de producto.

Se investigó sobre los alimentos que compran las familias de los niños estudiados, a lo que 10 madres respondieron que todos, y las otras 30 madres dijeron que todos, exceptuando los productos que cultivan, cuando es tiempo de cosecha.

Debido a que la disponibilidad de alimentos a nivel local afecta la disponibilidad de alimentos en el hogar, se indagó sobre la existencia de

problemas para conseguir los alimentos de uso diario, a lo que 26 madres respondieron que si tienen problemas para conseguir sus alimentos, siendo la razón para 13 madres la falta de dinero, 11 madres señalaron que no se encuentran los alimentos, y dos madres manifestaron la falta de transporte como problema. Las 14 madres que dijeron no tener problemas, cinco señalaron que si hay dinero se consiguen los alimentos, tres dicen que compran los alimentos en las tiendas y seis no respondieron.

Los resultados sobre el "trueque" y/o cambio de alimentos, nos muestran que 35 (88%) familias no cambian ningun alimento, y 5 (12%) familias si cambian alimentos. A continuación se presentan los alimentos citados por las cinco familias que cambian alimentos, siendo: yuca por frijol, frijol por arroz, frijol por azúcar, guineo patriota por arroz, maíz por arroz y frijol de palo (guandú - *Cajanus cajan*) por frijol chiricano (bejuco - *Vigna unguiculata*).

CUADRO No. 36

PRODUCTOS CULTIVADOS POR FAMILIAS DE 30 PREESCOLARES QUE ASISTIERON AL CENTRO DE SALUD DE TOLE. CHIRIQUI. REPUBLICA DE PANAMA. DICIEMBRE 1979 - ENERO 1980.

Alimento Cultivado	Total	
	No.	%
- Guineo patriota (<i>Musa sapientum</i>)	15	50
- Guandú verde (<i>Cajanus cajan</i>)	15	50
- Yuca (<i>Manihot dulcis</i>)	14	47
- Plátano	10	33
- Maíz	8	27
- Frijol chiricano (<i>Vigna unguiculata</i>)	8	27
- Naranja	6	20
- Caña de azúcar	6	20
- Arroz	4	13
- Marañón (<i>Anacardium occidentale</i>)	4	13
- Mango	4	13
- Otoe (<i>Xantosoma spp</i>)	4	13
- Ñampi (<i>Colocasia esculenta</i>)	4	13
- Ñame (<i>Discorea spp</i>)	4	13
- Cocos	3	10
- Papaya	3	10

VI. DISCUSION

La metodología utilizada en el presente trabajo incluyó estudios antropométricos y dietéticos, los cuales proporcionan la información necesaria para cumplir los propósitos de la investigación. La combinación de dichos estudios arroja datos de alta confiabilidad. Sin embargo en la planificación de estudios de ésta naturaleza, se debe considerar el alto costo que ello implica. De la presente investigación obtuvimos los siguientes puntos importantes:

- A pesar de que el 60% de la población del Distrito de Tolé es Indígena Guaymíe, es la que tiene menos afluencia al servicio de salud, lo cual puede estar afectado por la distancia de los corregimientos a la cabecera del distrito u otros factores no determinados en éste estudio.

- La dieta del preescolar y las prácticas alimentarias que realizan las madres en ellos, están condicionadas por la situación socio-económica de las familias, la disponibilidad de alimentos a nivel local y familiar, los medios de transporte (vías de comunicación), los servicios sanitarios a nivel local, lo cual obviamente va a redundar directamente en el estado de salud y nutrición de los niños de ésta área.

- El patrón alimentario presenta algunos puntos similares al patrón general del panameño, de acuerdo a la encuesta de 1965 (29). El valor calórico total de dicho patrón alimentario, se vio afectado por factores como: baja disponibilidad de alimentos a nivel local, problemas económicos y/o familiares, importancia que se le da a la alimentación láctea. Cabe señalar que el consumo de alimentos fue afectado por enfermedades del preescolar (fiebre, asma o ahogo, gripe).

- En ésta comunidad, al igual que en otros estudios de comunidades (12, 18, 23, 38, 60, 79), las madres recurren a prácticas de administración y/o suspensión de alimentos, cuando el niño presenta distintos cuadros de enfermedad, con el fin de evitarle sufrimiento al niño y/o para mejorarlo. Las prácticas de suspensión más severas las realizan en caso de vómitos y diarreas.

- Es un hecho que las propagandas sobre productos "alimenticios" en ésta comunidad se realiza a través de las casas comerciales, y ésto ha traído como consecuencia la adopción de productos procesados, sustituyendo los productos locales. Para confirmar lo expuesto, se observa que las sopas deshidratadas se han hecho parte de la dieta del preescolar, especialmente en períodos de enfermedad, a pesar de que en ciertas enfermedades las comidas de sal se consideran pesadas, y no así las sopas deshidratadas.

- La mayoría de los preescolares habitan en viviendas que no llenan las condiciones mínimas para vivir, como son la condición de la vivienda en sí, servicios de agua potable, letrinización, y si se quiere luz eléctrica, lo cual puede deberse a que ésta comunidad no se encuentra realmente incorporada a los programas de desarrollo de la comunidad, u a otros factores no determinados en el presente estudio.

VII. RESUMEN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. Resumen

El presente estudio se realizó en el Centro de Salud de Tolé, Provincia de Chiriquí, República de Panamá; con los propósitos de evaluar el estado nutricional de niños preescolares de un año a menores de cinco años, su dieta y las prácticas alimentarias que en ellos realizan sus madres.

Del presente estudio se deriva lo siguiente:

El Centro de Salud de Tolé no tiene la asistencia de población Indígena Guaymí que se esperaba, ya que sólo un 9.0% de los niños estudiados son indígenas.

El 84.0% de los niños estudiados procedían del Distrito de Tolé.

Aunque no pudo establecerse relación estadística entre la edad de los niños y su estado nutricional definido por los indicadores antropométricos peso/edad, y talla/edad, el número de niños con déficit según dichos indicadores aumenta a partir de los dos años.

La dieta del preescolar es deficiente en calorías y proteínas, y se nota una ausencia de vegetales en dicha dieta, al igual que un consumo bajo de productos de origen animal. Esta dieta se vió afectada por factores como: enfermedad del preescolar, economía familiar y/o problemas, y baja disponibilidad de alimentos a nivel local principalmente.

Los datos revelan que a nivel familiar la dieta para el niño preescolar es igual, indistintamente si el niño tiene uno o cuatro años, o sea que esta dieta se mantiene, lo cual lógicamente mostrará porcentajes de adecuación calórica y de nutrimentos más bajos para los preescolares a partir del segundo

año, ya que sus requerimientos van paralelos a su edad.

Las madres amamantan a sus hijos por períodos que van de seis meses hasta los 22 meses. Únicamente en dos casos se extendió hasta el límite superior. La administración de leche (todo tipo) a los niños cuando tienen uno y dos años es importante para las madres, y los niños que toman biberones de leche tienen un consumo bajo de alimentos sólidos.

Las madres consideran los productos de origen animal importante en la alimentación del preescolar, aunque éstos no estén disponibles para darlos diariamente.

Es importante señalar que para el 85.0% de las madres no hay alimentos "malos" para los niños preescolares.

En caso de enfermedad (diarrea, vómitos, fiebre, parásitos, catarro) las madres realizan prácticas de administración y suspensión de alimentos, excepto cuando tienen estreñimiento donde sólo administran alimentos y no se suspenden. Para todos los casos las madres administran preparaciones líquidas, ya sea (jugos, té, chichas, gaseosas, caldos, etc).

En caso de vómitos y diarreas principalmente, toda la comida de sal, se considera "comida pesada", la sopa deshidratada se considera como una preparación "especial" cuando están enfermos los niños, pese a que es una comida con sal.

La distribución de alimentos a nivel familiar, es en menor cantidad para el niño preescolar pero le sirven de todos los alimentos, indistintamente si es varón o mujer.

Las madres condimentan (guisan) los alimentos a dar al preescolar debido a que la comida se prepara para toda la familia en conjunto.

Es lamentable que las madres que no cuentan con servicio de agua potable no practiquen "hervir" el agua para dar al preescolar.

La disponibilidad de alimentos a nivel local es baja, especialmente de productos de origen animal (carnes, leche), y vegetales en general, problema que se agudiza en los corregimientos más distantes de la cabecera del distrito.

Pese a todas las circunstancias las familias tienen algún tipo de cultivo, entre los que destacan el guineo patriota, guandú, yuca y plátano. Cabe añadir que al momento del estudio era cosecha de guandú, lo cual se reflejó en el consumo de éste producto por el preescolar.

B. Conclusiones

1. Los datos antropométricos muestran que los niños preescolares estudiados padecen una deficiencia proteico-calórica "actual pasada".
2. La dieta del niño preescolar se mantiene "estática", aunque el niño aumente de edad.
3. La dieta del niño preescolar mostró marcada deficiencia de calorías y en menor grado de proteínas.
4. El patrón alimentario del preescolar se vió afectado por problemas como: la economía del hogar, problemas familiares y baja disponibilidad de alimentos a nivel local.
5. Los niños preescolares estudiados reciben algún tipo de leche durante uno y dos años principalmente.
6. El estado nutricional de los niños preescolares según el indicador talla/edad, está condicionado por la ingesta de proteínas.
7. El 85.5% de las madres consideran que no hay alimentos malos para el niño preescolar.
8. Las madres modifican la alimentación de sus hijos en períodos de

enfermedad, siendo las suspensiones de alimentos más notoria en caso de diarrea y vómitos.

C. Recomendaciones

En base a las conclusiones se recomienda lo siguiente:

1. Ampliar los programas de los servicios de salud y saneamiento ambiental, para que logren una mayor cobertura especialmente a la población Indígena Guaymíe, tomando en cuenta que toda sociedad o grupo tiene su propia cultura, producto de varias generaciones.
2. Realizar estudios adicionales sobre el estado nutricional y las prácticas alimentarias de los niños preescolares Guaymíes; de tal forma que cuando se quiera implementar un programa, sea éste de educación nutricional y/o de alimentación complementaria, parta de bases sólidas.
 - a) El Programa de Educación Nutricional debe realizarse sin tratar de hacer cambios, que muchas veces resultan perjudiciales, porque no toman en cuenta las costumbres, creencias y tradiciones de cada grupo o sociedad, especialmente las relacionadas con la alimentación.
 - b) El Programa de Alimentación Complementaria, debe realizarse paralelo al Programa de Educación Nutricional; y los productos disponibles deben ser conocidos y utilizados en la región, tomando en cuenta su valor nutritivo.

VIII. BIBLIOGRAFIA

1. Aranda Pastor, J. Epidemiología general. Mérida, Venezuela, Universidad de los Andes, 1971. v. 2, pp. 655-663.
2. _____; G. Arroyave, Marina Flores, M. A. Guzmán y R. Martorell. "Indicadores mínimos del estado nutricional". Rev. Col. Méd. Guat., 26(1):5-27. 1975.
3. Béhar, M. y Susana Judith Icaza. Nutrición. México [D. F.] Editorial Interamericana, S. A. [c1972] pp. 3-5.
4. _____. pp. 121-124.
5. Bengoa, J. M. y R. W. Rueda. "Planificación y organización de programas nacionales de nutrición". Bol. Of. Sanit. Panam., 73(5): 381-400. 1972.
6. Berg, A. "Nutrición, desarrollo y crecimiento de la población". Bol. Pobl., 4(2):1-46. 1973.
7. Bornstein, Annika. "Alguna observación sobre los hábitos de alimentación de Yemen". Noticiario Nutr. FAO., 10(4):1-9. 1972.
8. Brock, F. J. y M. Autret. El kwashiorkor en Africa. Roma, Italia, FAO, 1951. pp. 3-51. (FAO, Estudio de nutrición, No. 8).
9. Burton, J. "Modelos para las tabulaciones que se emplean en la evaluación periódica". En: Latham, C. M. ed. Planificación y evaluación de los programas de nutrición aplicada. Roma, 1972. pp. 111-115. (FAO, Estudio de nutrición, No. 26).
10. Canosa, C. A. "Crecimiento y desarrollo". En: Curso Internacional de Pediatría Social sobre Crecimiento y Desarrollo. Celebrado en la ciudad de Guatemala del 17 de Nov. al 15 de Dic. de 1965. ... José A. Guirola M. ed. Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1968. 1 v. (Paginación variada).
11. Carrera Tamborrel, J. "Significado de la alimentación en el desarrollo emocional del niño". En: Seminario sobre la Alimentación Normal del Niño. Reunión Bienal de la Asociación de Médicos del Hospital Infantil de México. México, D. F., 1961. pp. 137-143. (Ediciones Médicas del Hospital Infantil de México).
12. Chávez, A. y Celia Martínez. Nutrición y desarrollo infantil. México [D. F.] Nueva Editorial Interamericana, S. A. 1979. pp. 43-51.
13. _____. p. 66.
14. Cravioto, J. "La malnutrición y el medio ambiente". En: La malnutrición y los hábitos alimentarios. Informe de una conferencia internacional e interprofesional. ... Washington, D. C., OPS, 1963. p. 45. (OPS, Publicación científica, No. 91).
15. _____. "Métodos de estudio de los hábitos alimentarios; observaciones sobre el terreno". En: La malnutrición y los hábitos alimentarios. Informe de una conferencia internacional e interprofesional. ... Washington, D. C., OPS, 1963. p. 135. (OPS, Publicación científica, No. 91).
16. Downie, N. M. y R. W. Heath. Métodos estadísticos aplicados. [Traducción y adaptación del inglés al castellano de J. P. Vilaplana y A. Gutiérrez Vásquez] México [D. F.] Harper & Row Publishers Inc. [c1973] pp. 212-246.
17. _____. pp. 329-335.
18. Esquef, Lidia de. "Hábitos alimentarios del campesino del altiplano boliviano". Noticiario Nutr. FAO., 10(4):16-21. 1972.
19. Flores, Marina. "Niveles dietéticos de familias y niños según estratos socio-económicos en el área rural de Panamá". Arch. Lat. Nutr., 25(2):135-161. 1975.
20. _____; María Teresa Menchú y M. A. Guzmán. "Evaluación dietética de familias y preescolares mediante la aplicación de diferentes métodos y técnicas - área rural de Nicaragua". Arch. Lat. Nutr., 28(3):325-344. 1973.
21. _____; María Teresa Menchú y Marta Yolanda Lara. Valor nutritivo de los alimentos para Centro América y Panamá. Guatemala, INCAP, 1971. 1 v. (Paginación variada).
22. Foster, M. G. Las culturas tradicionales y los cambios técnicos. 2ª ed. Trad. del inglés por Andrés M. Mateo. México, D. F., Editorial Fondo de Cultura Económica, 1966. pp. 1-20.
23. Garine, I. [sic] de. "Antecedentes sociales y culturales de los hábitos alimentarios en los países en desarrollo; sociedades tradicionales". Noticiario Nutr. FAO., 8(1):10-24. 1970.
24. Gómez, F. "Desnutrición". Bol. Méd. Hosp. Infan. Méx., 3(4):543-551. 1946.

25. Goode, W. J. y K. P. Hatt. Métodos de investigación social. Traducción del inglés por Ramón Palazón B. México [D. F.] Editorial Trillas, 1972. pp. 148-162.
26. Gopalan, C. "Malnutrition among infants and young children in India". J. Trop. Ped., 3(1):3-12. 1957.
27. Habicht, P. J.; R. Martorell, C. Yarbrough, M. R. Molina y R. E. Klein. "Height and weight standards for preschool children how relevant are ethnic differences in growth potential?". Lancet., 1(7858):611-614. 1974.
28. Hartog, A. P. den. "La desigualdad en la distribución de los alimentos en el hogar". Noticiero Nutr. FAO., 10(4):8-16. 1972.
29. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. Evaluación nutricional de la población de Centro América y Panamá; Panamá. [Editado por el/ INCAP, Oficina de Investigaciones Internacionales a los Institutos Nacionales de Salud - E.E. U.U. /y/ Ministerio de Salud Pública /de Panamá/ Guatemala, 1969. p. 125.
30. _____. Instrucciones para medir y pesar. Guatemala, 1957. 5 p. (INCAP, Enseñando nutrición, No. 10).
31. _____. Seminario Avanzado sobre Encuestas Dietéticas. Guatemala, 17 de Oct. a 10 de Dic. de 1960. Celebrado en Guatemala bajo los auspicios del INCAP, en cooperación con la FAO y UNICEF. Guatemala, INCAP, 1961. 32 p.
32. _____, División de Desarrollo Humano. "Nutrición, crecimiento y desarrollo". Bol. Of. Sanit. Panam., 78(1):38-51. 1951.
33. Jacoby, H. E. El campesino y las tierras en los países pobres. Trad. del inglés por Narciso Manzanillo. México, D. F., Editorial Siglo Veintiuno, 1975. pp. 169-198.
34. Jalso, Shirley; Marjorie Burns y M. J. Rivers. "Nutritional beliefs and practices". J. Am. Diet. Assoc., 47(4):263-268. 1965.
35. Jelliffe, D. B. Evaluación del estado de nutrición de la comunidad. Ginebra, OMS, 1968. pp. 10-52. (OMS, Monografía No. 53).
36. _____. pp. 53-82.
37. _____. pp. 83-91.
38. _____. pp. 192-210.

39. _____. Nutrición infantil en países en desarrollo, manual para trabajadores especializados. Trad. por Antonio Bosch Tejada. México [D. F.] AID, 1972. pp. 81-93.
40. _____. pp. 95-126.
41. _____. "Nutrition in early childhood". En: Food, nutrition and health. ... Editor: M. Rechcigl, Jr. Basel [Switzerland/ S. Karger, 1973. pp. 1-18. (World review of nutrition and dietetics, v. 16).
42. _____. "La psicología social de los hábitos alimentarios". En: La malnutrición y los hábitos alimentarios. Informe de una conferencia internacional e interprofesional. ... Washington, D. C., OPS, 1963. p. 77. (OPS, Publicación científica, No. 91).
43. Joy, L. y P. Payne. Food and nutrition planning. Roma, FAO, 1975. pp. 77-80. (FAO, Nutrition consultant report, Series No. 35).
44. Kerrey, Elinor; Sharon Crispin, H. F. Metz y C. Kies. "Nutritional status of preschool children. I. Dietary and biochemical findings". Am. J. Clin. Nutr., 21(11):1274-1279. 1968.
45. Latham, C. M. Planificación y evaluación de los programas de nutrición aplicada. Roma, FAO, 1972. pp. 44-110. (FAO, Estudio de nutrición, No. 26).
46. Lee, Dorothy. "Uso de los alimentos". En: Lowenberg, Miriam E.; Neige E. Todhunter, Eva D. Wilson, Moira C. Feeney y Jane R. Savage. ed. Los alimentos y el hombre. [Trad. del inglés por Francisco J. Perea/ México [D. F.] Editorial Limusa - Wiley, S. A., 1970. p. 113.
47. Lowenberg, Miriam E.; Neige E. Todhunter, Eva D. Wilson, Moira C. Feeney y Jane R. Savage. Los alimentos y el hombre. [Trad. del inglés por Francisco J. Perea/ México [D. F.] Editorial Limusa - Wiley, S. A., 1970. pp. 97-112.
48. _____. pp. 119-131.
49. _____. pp. 137-140.
50. _____. p. 169.
51. Mac Roberts, M. R. "Factores contrarios al hambre y factores que la favorecen". Noticiero Nutr. FAO., 8(3):1-7. 1970.

52. Martell, M.; L. B. Bartolini, F. Nieto, S. M. Tenzer, R. Rugia y R. Belitsk. Crecimiento y desarrollo en los primeros años de vida post-natal. Montevideo, Uruguay, Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, 1976. pp. 2-27. (CLAP, Publicación científica, No. 672).
53. Martorell, R.; A. Lechtig, P. J. Habicht, C. Yarbrough y R. E. Klein. "Normas antropométricas de crecimiento básico, para países en desarrollo, nacionales e internacionales". Bol. Of. Sanit. Panam., 76(6):525-529. 1975.
54. Mata, L. J. The children of Santa María Cauqué; a prospective field study of health and growth. Cambridge, Mass., MIT Press, 1978. pp. 135-140.
55. Mead, Margaret. "Cambios culturales relacionados con la nutrición". En: La malnutrición y los hábitos alimentarios. Informe de una conferencia internacional e interprofesional. ... Washington, D. C., OPS, 1963. pp. 48-51. (OPS, Publicación científica, No. 91).
56. Medina, A. H. "El indio en el contexto de la sociedad panameña". Am. Ind., 23(1):67-75. 1975.
57. Menchú, María Teresa; G. Arroyave y Marina Flores. Recomendaciones dietéticas diarias para Centro América y Panamá. Guatemala, INCAP, 1973. 25 p.
58. Niehoff, A. y Virginia Alexandria. "Changing food habits". J. Nutr. Ed., 1(1):10-11. 1969.
59. Norris, Thelma. Encuestas alimentarias; su técnica e interpretación. Washington, D. C., FAO, 1950. pp. 32-52. (FAO, Estudio sobre nutrición, No. 4).
60. Ojiambo, Julia A. "A background study of the food habits of the Abasamia of Busia District - Western Province Kenya". Nutrition., 21(4):216-221. 1967.
61. Oomen, H. A.; D. G. Mc Laren y H. Escapini. "Encuesta mundial sobre la xeroftalmia". Bol. Of. Sanit. Panam., 62(3):209-231. 1967.
62. Organización Mundial de la Salud. Comité de Expertos en Evaluación Médica del Estado de Nutrición; informe. Ginebra, Suiza, 1963. 75 p. (OMS, Serie de informes técnicos, No. 258).
63. _____. Desarrollo humano y salud pública; informe de un grupo científico de la OMS. Ginebra, Suiza, 1972. pp. 22-25. (OMS, Serie de informes técnicos, No. 485).

64. Panamá, Dirección General de Salud, Departamento de Estadísticas y Computos Electrónicos. Estadística de salud, 1977. Panamá, Ministerio de Salud, 1978. pp. 50-65.
65. _____. Estadística de salud, 1978. Panamá, Ministerio de Salud, 1979. pp. 60-77.
66. Panamá, Dirección de Estadística y Censo. Compendio estadístico; Provincia de Chiriquí. Panamá, Contraloría General, 1973. pp. 10-140.
67. _____. Compendio general de población; censos nacionales de 1970. Panamá, Contraloría General, 1970. v. 3. 404 p.
68. Panamá, Dirección de Planeamiento y Reforma Educativa, Dpto de Estadística. Los corregimientos en el desarrollo socio-económico de Panamá. Panamá, Ministerio de Educación, 1977. p. 121.
69. Panamá, Ministerio de Salud. Memoria 1978-1979. Panamá, 1979. 1 v. (Paginación variada).
70. _____, Dpto de Nutrición. Encuesta nacional de nutrición para el análisis multisectorial de la situación alimentaria nutricional de Panamá; informe preliminar. Panamá, Ministerio de Salud de Panamá-Dirección Nacional de Nutrición, 1980. pp. 14-58.
71. Pérez, C. y C. Pedreschi. "Estudios clínicos nutricionales en poblaciones de Panamá. II. Barrio El Chorrillo, ciudad de Panamá". En: Publicaciones científicas del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. Washington, D. C., Oficina Sanitaria Panamericana, 1955. pp. 33-37. (Bol. Of. Sanit. Panam., Supl. 2)
72. Rabinovitch, R. D. y J. Fischhoff. "Feeding children to meet, their emotional needs". J. Am. Diet. Assoc., 28(7):614-621. 1952.
73. Ramos Galván, R. "Requerimiento de nutrientes; su significado en pediatría". En: Seminario sobre la Alimentación Normal del Niño. Reunión Bienal de la Asociación de Médicos del Hospital Infantil de México. México, D. F., 1961. pp. 11-36. (Ediciones médicas del Hospital Infantil de México).
74. _____, y J. H. Luna. "Somatometría, tablas de peso y talla". Bol. Méd. Hosp. Infan. Méx., 21(4, Supl. 1):143-152. 1964.
75. _____; M. Abascal, C. Viniegra y A. Carrera. "antropometría en preescolares". Bol. Méd. Hosp. Inf. Méx., 23(1):33-56. 1966.
76. Recalde, F. "Marco Conceptual para el establecimiento de políticas nacionales de alimentación y nutrición en América Latina". Noticiario Nutr. FAO., 2(4):17-27. 1971.
77. Reh, Emma. Manual para las encuestas alimentarias. Roma, FAO, 1962. 116 p. (FAO, Estudio de Nutrición, No. 18).

78. Reverte, M. J. y C. Pérez. "Estudios clínicos nutricionales en poblaciones de Panamá, La Mesa, Provincia de Veraguas". En: Publicaciones científicas del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. Washington, D. C., Oficina Sanitaria Panamericana, 1955. pp. 27-32. (Bol. Of. Sanit. Panam. Supl. 2).
79. Ritchie, Jean A. S. Buenos hábitos en la alimentación; métodos para inculcarlos al público. Roma, Italia, FAO, 1951. pp. 1-10. (FAO, Estudio de nutrición, No. 6).
80. Sanjur, Diva M.; J. Cravioto, Lydia Rosales y A. Van Veen. "Infant feeding and weaning practices in a rural preindustrial setting; a sociocultural approach". Acta Paediatr. Scand., 59(Supl. 200): 1-56. 1970.
81. Scrimshaw, N. "Enfermedades de la nutrición". En: Paul B. Beeson y Walsh Mc Dermott. ed. Tratado de medicina interna de Cecil-Loeb. 9^a edición Traducido al español de la 14^a ed. [en inglés] por Alberto Folch y Pi. México [D. F.] Interamericana [1977] pp. 1622-1630.
82. _____; Dorothy Wilson y R. Bressani. "Infection and kwashiorkor". J. Trop. Pediatr., 6(2):37-43. 1960.
83. Seoane, N. y M. Latham. "Nutritional antropometry in identification of malnutrition in childhood". J. Trop. Pediatr., 17(3):98-104. 1971.
84. Snedecor, G. W. y W. G. Cochran. Métodos estadísticos. Trad. del inglés por J. A. Reinos. México, D. F., Compañía Editorial Continental, S. A., 1971. pp. 38-52.
85. Sogandares, Lucila y Guillermina G. de Barrios. "Estudios dietéticos en poblaciones de Panamá, La Mesa, Provincia de Veraguas". En: Publicaciones científicas del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. Washington, D. C., Oficina Sanitaria Panamericana, 1955. pp. 38-46. (Bol. Of. Sanit. Panam. Supl. 2).
86. _____; Guillermina G. de Barrios y Elida Z. de Corco. "Estudios dietéticos en poblaciones de Panamá. I. Barrio El Chorrillo, ciudad de Panamá". En: Publicaciones científicas del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. Washington, D. C., Oficina Sanitaria Panamericana, 1955. pp. 47-53. (Bol. Of. Sanit. Panam. Supl. 2).
87. Swaminthan, M. "The nutrition and feeding of infants and preschool children in the developing countries". World Rev. Nutr. Diet., 9:85-120. 1968.

88. Tejada, Valenzuela, C. "Nutrición y prácticas alimentarias en Centro América; un estudio histórico de la población Maya". Univ. San Carlos, Pub. Anual, Segunda Epoca., 1:72-111. 1970.
89. Torres de Araúz, Reina. "Panorama actual de las culturas indígenas panameñas". Am. Ind., 23(1):86-89. 1972.
90. Vásquez, L. B. y J. De La Torre. "La desnutrición infantil". En: Seminario sobre la Alimentación Normal del Niño. Reunión Bienal de la Asociación de Médicos del Hospital Infantil de México. México, D. F., 1961. pp. 311-346. (Ediciones médicas del Hospital Infantil de México).
91. Vivanco, F.; J. L. Rodríguez, A. Miñón, J. Merchante, J. Palacios, J. Perianes y J. Segovia. "Observaciones sobre estado nutritivo y situación alimentaria de un sector de la población madrileña". Rev. Clín. Esp., 23(3):1-7. 1949.
92. Viteri, F. E.; J. L. Mata y M. Béhar. "Métodos de evaluación del estado nutricional proteínico-calórico en preescolares de condiciones socio-económicas diferentes; repercusión nutricional del sarampión en niños crónicamente sub-alimentados". Arch. Lat. Nutr., 29(1):13-31. 1973.
93. Waterlow, J. C. "Classification and definition of protein-calorie malnutrition". Brit. Med. J., 3(5826):566-569. 1972.
94. Wu Leung, Woot-Tseun y Marina Flores. Tabla de composición de alimentos para uso en América Latina. Guatemala, INCAP, 1961. 1 v. (Paginación variada).

APENDICE No. 1.

FORMULARIO DE IDENTIFICACION Y REGISTRO DE PESO Y TALLA

Nombre del Niño _____ Fecha _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Sexo _____

Dirección _____

Nombre de los Padres _____

Medidas Antropométricas:

Peso _____ lbs _____ Kg

Talla _____ cms

IX. APENDICES

APENDICE No. 2.

FORMULARIO DE RECORDATORIO DE 24 HORAS

Lugar _____ Fecha _____
 Nombre _____ Sexo _____ Edad _____

Consumo de alimentos por el preescolar

Alimento	Unidad	Desayuno	Almuerzo	Cena	Otros	Total
		g	g	g	g	g
Leche _____						
Queso _____						
Carne: Res _____						
Ave _____						
Huevo _____						
Leguminosas _____						

Vegetales _____						

Raíz/Tub/Plát. _____						

Cereales _____						

Fruta _____						

Azúcar _____						
Rapadura/dulce _____						
Grasa: Aceite _____						
Manteca _____						

- Acostumbra a dar estos alimentos al niño todos los días:
 Sí _____ No _____ Por qué _____
- Qué otros alimentos le dá al niño?

APENDICE No. 3.

FORMULARIO DE PRACTICAS ALIMENTARIAS

Nombre de la Madre _____ Escolaridad _____ Edad _____
 Nombre del preescolar _____ Edad _____ Sexo _____

I. Alimentación durante el período de destete

- Está dando de mamar a su niño? Sí _____ No _____
 (En caso de contestar sí) Por qué? _____
 a) Además de la leche materna, qué otros alimentos le dá al niño:

 (En caso de contestar no)
 a) Hasta qué edad le dió de mamar? _____ meses _____ años

II. Alimentación del preescolar

- Quién le dá de comer a su niño pequeño (En caso de que hayan otros niños pequeños, dirigir la pregunta hacia el niño en estudio)
 a) Madre
 b) Padre
 c) Abuelos
 d) Come solo
 e) Otros (especificar) _____
- A qué edad empieza el niño a comer solo? _____
- Cuando el niño no quiere come qué hace usted?

III. Actitudes hacia la alimentación del preescolar

1. Cuáles son los mejores alimentos para los niños pequeños?

2. De los alimentos citados, cuál considera usted más importante?

3. Considera usted que hay alimentos malos para los niños pequeños?

Sí _____ No _____

Cuáles?

4. Por qué son malos éstos alimentos?

5. Quién decide lo que se va a comer el niño?

a) Madre

b) Padre

c) Abuela (o)

d) Otro (especifique) _____

IV. Prácticas con respecto a la alimentación del niño enfermo

1. Cuando el niño se enferma acude usted a alguien y/o alguien le aconseja sobre lo que hay que hacer? Sí _____ No _____

(En caso de contestar sí)- Quién? _____

Por qué?

a) Siempre lo ha hecho

b) No sabe

c) Otro (especificar) _____

(En caso de contestar no)

a) Qué hace usted? _____

2. Qué alimentos le da a su niño pequeño cuando tiene:

Diarrea _____ Por qué _____

No puede obrar (estreñimiento)

_____ Por qué _____

Vómitos _____ Por qué _____

Fiebre _____ Por qué _____

Lombrices (parásitos)

_____ Por qué _____

Catarro _____ Por qué _____

3. Qué alimento (s) le suspende/prohíbe/ quita de la alimentación del niño cuando presenta:

Diarrea _____ Por qué _____

No puede obrar (estreñimiento)

_____ Por qué _____

Vómitos _____ Por qué _____

Fiebre _____ Por qué _____

Lombrices (parásitos)

_____ Por qué _____

Catarro _____ Por qué _____

V. Normas familiares sobre la alimentación del preescolar

1. Come el niño pequeño de todo lo que come la familia?

Sí _____

No _____

a) Siempre lo ha hecho

a) Porqué siempre lo ha hecho

b) No hay otra comida

b) Come otros alimentos

c) Es mejor para el niño

c) Le hacen daño algunos alimentos

d) Otro (especificar)

d) Otro (especificar)

2. A qué edad come el niño con toda la familia? _____

a) Por qué? _____

3. Hay uno o más alimentos, que sólo le da a los niños pequeños?

Sí _____ Cuales _____ Por qué _____

No _____ Por qué _____

4. De los alimentos que comen los mayores (adultos), le da siempre al niño pequeño? Sí _____ No _____

Por qué _____

5. Cuándo sirven los alimentos, como son repartidos (ejemplos)

a) A los mayores le da más y de todos los alimentos, y a los pequeños le dá menos y no le da todos los alimentos?

Sí _____ No _____ Por qué _____

b) A los pequeños le da igual cantidad que a los grandes?

Sí _____ No _____ Por qué _____

c) A los pequeños le da ciertos alimentos en mayor cantidad, que a los grandes?

Sí _____ No _____ Por qué _____

d) A los pequeños le da menos y de todos los alimentos?

Sí _____ No _____ Por qué _____

6. Le da la misma cantidad de alimentos a los niños que a las niñas?

Sí _____ No _____ Por qué _____

7. Hay alguna diferencia en los alimentos a dar a las niñas y a los niños? Sí _____ No _____

Por qué? _____

8. Cuando comen carne de res/vaca, y carne de pollo/ gallina, le dan al niño pequeño?

Sí _____ No _____ Por qué _____

9. Come el niño carne de cerdo/ puerco y el pescado?

Sí _____ No _____ Por qué _____

10. Considera algún alimento especial para el niño de X edad

(Se adaptará la pregunta a la edad del niño en estudio)

- 12 - 23 meses Sí _____ No _____ Cuál? _____

- 24 - 35 meses Sí _____ No _____ Cuál? _____

- 36 - 47 meses Sí _____ No _____ Cuál? _____

- 48 - 59 meses Sí _____ No _____ Cuál? _____

Por qué? _____

VI. Técnicas de preparación y conservación de alimentos

1. Quién prepara los alimentos de la familia? _____

2. Quién prepara los alimentos para el niño? _____

3. De qué forma prefiere preparar los alimentos para el niño pequeño:

a) Hervidos

b) Cocidos / sancochados

c) Fritos

d) Otros (especificar) _____

4. Cuál es la consistencia que más a menudo le dá al niño pequeño?
- Suave
 - Duro
 - Ambos
 - Otros (especificar) _____
5. Condimenta los alimentos del niño pequeño?
Sí _____ No _____ Por qué? _____
- Qué alimentos condimenta? _____
 - Qué condimentos utiliza? _____
-
6. Toma el niño algún tipo de leche? Sí _____ No _____
(En caso de contestar sí)
- Cuál? _____ Por qué _____
 - Lé prepara leche para todo el día? Sí _____ No _____
 - Cómo la prepara? _____
 - Cómo la guarda? _____
7. De dónde traen el agua que toman diariamente?
- Acueducto (agua potable)
 - Chorro público
 - Río y/o quebrada
 - Otro (especificar) _____
- (En caso de contestar c y d, preguntar la 8 y 9).
8. Una vez, traen el agua, la toman así mismo? Si _____ No _____
Por qué? _____
9. Le dan agua hervida al niño pequeño? Sí _____ No _____
Por qué? _____

VII. Disponibilidad de alimentos

- Qué alimentos cultivan? _____
- Qué alimentos compran? _____
- Qué alimentos cambian? _____
- Dónde obtiene los alimentos para uso diario?

- Tiene dificultades y/o problemas para obtener los alimentos de uso diario? Sí _____ No _____
Por qué? _____
- Encuentra siempre los alimentos que le quiere dar a su niño pequeño? Sí _____ No _____ Por qué? _____
- Hay algún alimento para el niño pequeño, que se le dificulte obtenerlo o conseguirlo? Sí _____ No _____ Cuál? _____

Observaciones:

INSTITUTO DE NUTRICION DE CENTRO AMERICA Y PANAMA

Estándares de Peso y Estatura - Sexo Femenino

EDAD	Peso		Estatura cms.	EDAD	Peso		Estatura cms.
	Kg.	lbs.			Kg.	lbs.	
0 meses	3.4	7.5	50.2	7 " 3 meses	23.1	50.9	121.5
1 mes	3.9	8.6	53.8	7 " 6 "	23.8	52.5	123.0
2 meses	4.8	10.6	57.0	7 " 9 "	24.4	53.8	124.5
3 "	5.6	12.3	59.4	8 años	25.0	55.1	126.0
4 "	6.4	14.1	61.8	8 " 3 meses	25.6	56.4	127.5
5 "	7.1	15.7	63.7	8 " 6 "	26.5	58.4	129.0
6 "	7.7	17.0	65.6	8 " 9 "	27.2	60.0	130.5
7 "	8.1	17.9	67.5	9 años	28.0	61.7	132.0
8 "	8.5	18.7	69.0	9 " 3 meses	28.8	63.5	133.5
9 "	8.8	19.4	70.4	9 " 6 "	29.5	65.0	135.0
10 "	9.1	20.0	71.8	9 " 9 "	30.2	66.6	136.5
11 "	9.4	20.7	73.3	10 años	31.0	68.4	138.0
1 año	9.7	21.4	74.5	10 " 3 meses	31.8	70.1	139.5
1 " 1 mes	9.9	21.8	75.5	10 " 6 "	32.5	71.7	141.0
1 " 2 meses	10.2	22.5	76.5	10 " 9 "	33.2	73.2	142.5
1 " 3 "	10.4	22.9	77.5	11 años	34.0	75.0	144.0
1 " 4 "	10.6	23.4	78.5	11 " 3 meses	35.2	77.6	145.5
1 " 5 "	10.9	24.0	79.5	11 " 6 "	36.5	80.5	147.0
1 " 6 "	11.1	24.5	80.5	11 " 9 "	37.8	83.3	148.5
1 " 9 "	11.8	26.0	83.5	12 años	39.2	86.4	150.0
2 años	12.5	27.6	87.0	12 " 3 meses	40.4	89.1	151.5
2 " 3 meses	13.0	28.7	89.3	12 " 6 "	41.7	91.9	153.0
2 " 6 "	13.5	29.8	91.5	12 " 9 "	43.0	94.8	154.5
2 " 9 "	14.0	30.9	93.5	13 años	44.4	97.9	156.0
3 años	14.5	32.0	95.5	13 " 3 meses	45.4	100.1	156.8
3 " 3 meses	15.0	33.1	97.4	13 " 6 "	46.4	102.3	157.5
3 " 6 "	15.5	34.2	99.0	13 " 9 "	47.4	104.5	158.2
3 " 9 "	16.0	35.3	100.7	14 años	48.5	106.9	159.0
4 años	16.5	36.4	102.5	14 " 3 meses	49.5	109.1	159.5
4 " 3 meses	17.0	37.5	104.0	14 " 6 "	50.5	111.4	160.0
4 " 6 "	17.5	38.6	105.5	14 " 9 "	51.5	113.6	160.5
4 " 9 "	18.0	39.7	106.8	15 años	52.0	114.7	161.0
5 años	18.5	40.8	108.0	15 " 3 meses	52.2	115.1	161.0
5 " 3 meses	19.0	41.9	109.5	15 " 6 "	52.5	115.8	161.0
5 " 6 "	19.5	43.0	111.0	15 " 9 "	52.8	116.4	161.0
5 " 9 "	20.0	44.1	112.5	16 años	53.0	116.9	161.0
6 años	20.6	45.4	114.0	16 " 3 meses	53.1	117.1	161.0
6 " 3 meses	21.1	46.5	115.5	16 " 6 "	53.2	117.3	161.0
6 " 6 "	21.6	47.6	117.0	16 " 9 "	53.4	117.7	161.0
6 " 9 "	22.1	48.7	118.5	17 años	53.5	118.0	161.0
7 años	22.5	49.6	120.0				

INSTITUTO DE NUTRICION DE CENTRO AMERICA Y PANAMA

Estándares de Peso y Estatura - Sexo Masculino

EDAD	Peso		Estatura cms.	EDAD	Peso		Estatura cms.
	Kg.	lbs.			Kg.	lbs.	
0 meses	3.5	7.7	51.0	7 " 3 meses	23.6	52.0	123.5
1 mes	4.2	9.3	54.2	7 " 6 "	24.3	53.6	125.0
2 meses	5.3	11.7	58.2	7 " 9 "	24.9	54.9	126.5
3 "	6.2	13.7	61.2	8 años	25.5	56.2	128.0
4 "	7.0	15.4	63.7	8 " 3 meses	26.1	57.6	129.5
5 "	7.6	16.8	65.7	8 " 6 "	26.8	59.1	131.0
6 "	8.1	17.9	67.6	8 " 9 "	27.4	60.4	132.5
7 "	8.6	19.0	69.5	9 años	28.0	61.7	134.0
8 "	9.1	20.1	71.0	9 " 3 meses	28.8	63.5	135.2
9 "	9.5	20.9	72.0	9 " 6 "	29.5	65.0	136.5
10 "	9.8	21.6	73.0	9 " 9 "	30.2	66.6	137.8
11 "	10.1	22.3	74.0	10 años	31.0	68.4	139.0
1 año	10.5	23.2	76.0	10 " 3 meses	31.8	70.1	141.5
1 " 1 mes	10.7	23.6	77.0	10 " 6 "	32.2	71.7	141.8
1 " 2 meses	11.0	24.3	78.0	10 " 9 "	33.2	73.2	142.8
1 " 3 "	11.2	24.7	79.0	11 años	34.0	75.0	144.0
1 " 4 "	11.4	25.1	80.0	11 " 3 meses	34.9	77.0	145.2
1 " 5 "	11.6	25.6	81.0	11 " 6 "	35.8	78.9	146.5
1 " 6 "	11.8	26.0	82.0	11 " 9 "	36.6	80.7	147.8
1 " 9 "	12.5	27.6	85.0	12 años	37.5	82.7	149.0
2 años	13.2	29.1	88.0	12 " 3 meses	38.6	85.1	150.2
2 " 3 meses	13.6	30.0	90.0	12 " 6 "	39.8	87.8	151.5
2 " 6 "	14.1	31.1	92.0	12 " 9 "	40.9	90.2	152.8
2 " 9 "	14.6	32.2	94.0	13 años	42.0	92.6	154.0
3 años	15.0	33.1	96.0	13 " 3 meses	43.5	95.9	155.2
3 " 3 meses	15.5	34.2	98.0	13 " 6 "	45.0	99.2	156.5
3 " 6 "	16.0	35.3	100.0	13 " 9 "	46.5	102.5	157.8
3 " 9 "	16.5	36.4	101.5	14 años	48.0	105.8	159.0
4 años	17.0	37.5	103.0	14 " 3 meses	49.5	109.1	160.2
4 " 3 meses	17.5	38.6	105.0	14 " 6 "	51.0	112.5	161.5
4 " 6 "	18.0	39.7	107.0	14 " 9 "	52.5	115.8	162.8
4 " 9 "	18.5	40.8	108.5	15 años	54.0	119.1	164.0
5 años	19.0	41.9	110.0	15 " 3 meses	55.2	121.7	165.2
5 " 3 meses	19.5	43.0	111.5	15 " 6 "	56.5	124.6	166.5
5 " 6 "	20.0	44.1	113.0	15 " 9 "	57.8	127.4	167.8
5 " 9 "	20.5	45.2	114.5	16 años	59.0	130.1	169.0
6 años	21.0	46.3	116.0	16 " 3 meses	59.9	132.1	169.8
6 " 3 meses	21.5	47.4	117.5	16 " 6 "	60.8	134.1	170.6
6 " 6 "	22.0	48.5	119.0	16 " 9 "	61.6	135.8	171.2
6 " 9 "	22.5	49.6	120.5	17 años	62.5	137.8	172.0
7 años	23.0	50.7	122.0				

APENDICE No. 5

PREPARACIONES UTILIZADAS EN NIÑOS PREESCOLARES

1. Chicha de arroz

Ingredientes: Arroz pilado, agua y azúcar

Procedimiento: - Cocer el arroz con agua
- Cuando está cocido el arroz (suave), sacar el líquido, añadir azúcar y servirlo.

2. Cremas (preparaciones a base de harina de maíz, plátano o avena).

Ingredientes: harina (maíz), azúcar o rapadura y leche

Procedimiento: - Cocer la harina con agua y revolver.
- Agregar rapadura cuando esté cociendo, o azúcar
- Una vez cocida, añadir leche (optativo).

3. Chilate (preparación a base de maíz)

Ingredientes: maíz entero, rapadura y/o azúcar, leche y agua.

Procedimiento: - Poner el maíz entero en agua, dejarlo hasta el día siguiente
- Moler el maíz, agregarle agua y colarlo
- Endulzar durante el cocimiento o ya cocido con rapadura y/o azúcar
- Agregar leche (optativo) y servir

4. Chicheme (preparación a base de maíz pilado)

Ingredientes: maíz pilado, agua, rapadura y/o azúcar y leche

Procedimiento: - Poner el maíz pilado a cocer con agua
- Una vez suave el maíz, endulzar con rapadura y/o azúcar
- Añadir leche (optativo) y servir.

5. Arroz con guandú verde:

Ingredientes: arroz pilado, guandú verde, sal y aceite.

Procedimiento: - Freir el guandú hasta que se rompa su cáscara
- Añadir el arroz, revolver
- Añadir agua y sal, y se deja cocer
- Una vez seco el arroz, colocar una tapadera hasta que esté suave (revolver)
- Ocasionalmente se fríe el guandú, se le añade agua y se deja cocer. Añadir el arroz y sal.

6. Preparaciones líquidas:

a) Té (con hierbas, cualquier tipo)

Ingredientes: Rapadura, hierba (ej. limón), agua

Procedimiento: - Hervir la rapadura con agua
- Una vez derretida la rapadura, añadir la hierba. Servirlo.

Nota: Este procedimiento se utiliza para todos los té.

b) Chicha (de limón, naranja u otras frutas)

Ingredientes: jugo de fruta, agua, azúcar y/o rapadura

Procedimiento: - Sacar el jugo de la fruta
- Añadir parte igual de agua
- Endulzar con azúcar o rapadura.

Niria I. De Obaldia V.

Niria I. De Obaldia V.

V° B° Comité de Tesis

Colbert Bruña Miranda

Lic. Colbert Bruña Miranda
Asesor

Gloria Rivera N.

Lic. Gloria Rivera N.
Revisor

Luis Octavio Angel

Dr. Luis Octavio Angel
Representante de la Dirección
de la Escuela de Nutrición

Imprimase:

[Signature]

Decano de la Facultad de
Ciencias Químicas y Farmacia