

POLICLÍNICO COMUNITARIO
"JOSÉ AGUSTÍN MAS NARANJO"
PRIMERO DE ENERO

Intervención educativa sobre nutrición en un grupo poblacional con riesgo de malnutrición por defecto

Educative intervention on nutrition in a population group at the risk of malnutrition by default

José A. Díaz Colina (1), Mirelis Díaz Colina (2), Y. Socorro Ávila (3), L. Ramírez Ismael (4).

RESUMEN

Se realizó un estudio experimental prospectivo sobre el nivel de conocimientos de la población con relación a la nutrición infantil. Se estudiaron 41 pacientes con riesgo de malnutrición por defecto, de los consultorios urbanos 8 y 9 del Policlínico "José Agustín Mas Naranjo" del municipio de Primero de Enero, desde el 1ro de enero de 2006 al 30 de junio de 2007. Se diseñó y aplicó una estrategia educativa para elevar el nivel de conocimientos de la familia sobre nutrición infantil, y de esta forma lograr cambios en la conducta de los padres y cuidadores con respecto a la alimentación del niño menor de 2 años. La aplicación inicial de la encuesta (anexo 1) evidenció que un grupo de niños no recibía lactancia materna durante el primer semestre de la vida (31,3%). Se conoció que la diversificación y suplementación de la dieta en el mayor de 6 meses se hacía sólo en el 19,5% (8 casos), después de la intervención el 87,8% la utilizó (36 casos). Con la aplicación de la estrategia educativa se logró aumentar el nivel de conocimientos de los participantes. Este trabajo demostró la importancia y la asequibilidad de métodos participativos para mejorar la comprensión sobre esta problemática.

Palabras clave: EDUCACIÓN EN SALUD, MALNUTRICIÓN, NIÑO.

1. Especialista de I Grado en Pediatría. Profesor Asistente.
2. Licenciada en Enfermería. Profesora Instructora.
3. Informático del Departamento de Estadística Municipal.
4. Licenciada en Ciencias Alimentarias. Profesora Instructora.

INTRODUCCIÓN

El estado de salud de las personas depende de muchos factores, que comprenden tanto el contexto cultural, ambiental, económico y político de la sociedad en general como los asuntos relativos a la conducta personal, ocupacional y nutricional; los servicios que proporciona la sociedad para resolver los problemas y necesidades de salud de su población revisten suma importancia (1). Desde el siglo XIX, los servicios de salud han evolucionado a tono con los cambios en el campo de la medicina y la epidemiología; en este sentido, resultan útiles los aspectos preventivos que han adoptado numerosas naciones industrializadas y otras en vías de desarrollo (1, 2).

Mundialmente se reportan más de dos mil millones de niños con dietas carentes de vitaminas y minerales esenciales para un desarrollo normal, condición imprescindible para prevenir la muerte prematura e incapacidades como la ceguera y el retraso mental (1). Al mismo tiempo, cientos de millones de infantes padecen enfermedades causadas o agravadas por una alimentación excesiva o desequilibrada, o por el consumo de alimentos insalubres (2).

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la Región de las Américas se estimó que más de seis millones de niñas y niños, menores de 5 años de edad presentan déficit severo de peso (1-3). Los estudiosos coinciden en afirmar que, la causa fundamental está relacionada a la biodisponibilidad de recursos y a la presencia de enfermedades asociadas a la privación exógena de oligoelementos.

La OMS define la malnutrición como la carencia grave de alimentos (macronutrientes y micronutrientes) que posibilita la aparición de enfermedades (1, 3); para muchos autores este estado contribuye a elevar el riesgo de enfermedades crónicas no trasmisibles en la adultez, menor desarrollo psicomotor y menor respuesta inmunológica que sin lugar a duda, eleva de forma significativa el riesgo de enfermar y morir (1-2).

La malnutrición proteicoenergética continúa siendo un problema serio de salud en el mundo (1, 3-5); según estadísticas de la OMS, el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) hay más de 780 millones de personas que no tienen alimentos suficientes para satisfacer sus necesidades básicas diarias de energía y proteínas, sobre todo en África, el Sur de Asia y América Latina (1, 6-7).

En Cuba, la desnutrición proteico-energética (DPE) es menos común debido a un programa piloto para la detección temprana de las oscilaciones del estado nutricional (5, 8). Nuestro país vigila estrechamente el estado nutricional de la población, y en especial de nuestros niños lo que previene en gran medida la aparición de sus drásticas consecuencias (5).

Hoy día, se considera que los factores medioambientales y los comportamientos tienen el mayor peso específico en la probabilidad de desarrollar algún tipo de malnutrición (9,10); por tal razón, la acción educativa sobre los factores comportamentales y medioambientales constituyen una potente arma para la prevención y control de la desnutrición.

En tal sentido, consideramos que es necesario fortalecer la capacidad de la población para participar conscientemente en las decisiones que afectan su vida y para optar por estilos de vida saludables, a partir de una cultura de salud que modifique aquellos valores, creencias, conductas, emociones, actitudes y relaciones que dificulten su desarrollo. Para potenciar estos cambios es indispensable que se conozca no sólo qué debe ser cambiado, sino cómo propiciar el cambio. Este proceso exige de educación continua y necesita proveer de información científica a los actores sociales (médicos, enfermeros y educadores) que interactúan en el escenario comunitario, con el objetivo de que enfrenten este problema de salud desde sus orígenes: la familia. Teniendo en consideración lo antes expuesto, el equipo de investigación diseñó y aplicó una estrategia educativa para elevar el nivel de conocimientos de la familia sobre nutrición infantil, y de esta forma lograr cambios en la conducta de los padres y cuidadores con respecto a la alimentación del niño menor de 2 años.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se desarrolló un estudio experimental prospectivo en pacientes pediátricos pertenecientes a los consultorios urbanos 8 y 9 del Policlínico José Agustín Mas Naranjo del municipio de Primero de Enero. La población estudiada corresponde a las madres y/o tutores de 41 niños con riesgo de malnutrición por defecto, provenientes de 28 familias censadas en dichos consultorios.

Criterio de inclusión:

Niños menores de 2 años cuyas madres tenían errores en la alimentación de sus hijos.

Criterio de exclusión:

Niños que por situaciones médicas necesitaron apoyo nutricional o iniciaron precozmente la ablactación.

Para el desarrollo de este trabajo el equipo de investigación desarrolló un estudio prospectivo sobre el nivel de conocimientos acerca de la nutrición infantil en las familias que constituyen objeto de estudio. Para ser realidad este proyecto, la familia recibió previamente la visita del equipo de trabajo; en este encuentro se explicó las características, objetivos e importancia de la actividad. Posteriormente se aplicó una encuesta (anexo 1) para conocer la información que tenían a cerca de la nutrición del niño menor de 2 años.

Tomando como referencia la experiencia con el trabajo intervencionista a escala comunitaria, el equipo de investigación confeccionó un folleto explicativo. Para ello, se utilizó las estrategias propuestas por la OMS para prevenir las deficiencias de micronutrientes y oligoelementos; adaptamos el programa al nivel cultural de nuestra población, dimos especial importancia a la intervención educativa pues nuestra colectividad dispone de alimentos de forma regular, y el nivel socioeconómico de ésta no es el determinante en las carencias.

Los padres y tutores encargados de la alimentación del niño, fueron sometidos a un programa de educación específica sobre Lactancia materna (LM) y ablactación del niño menor de 2 años. Ésta consistió en:

Entrega por parte del pediatra de un folleto explicativo sobre alimentación del niño menor de 2 años, con desarrollo de sus contenidos.

En cada control postnatal se hizo promoción sobre el consumo de productos naturales en la alimentación del niño según desarrollo psiconeurológico alcanzado; durante los controles clínicos subsiguientes se intercambiaron sobre los temas revisados por las madres, tutores y familiares en el folleto previamente entregado. En cada actividad de control, el médico y la enfermera intercambiaron con la familia sobre la nutrición infantil y se dio especial atención a las interrogantes relacionadas con la ablactación.

Visita domiciliaria dirigida específicamente a realizar educación en salud sobre nutrición. Durante esta visita el pediatra y la enfermera verificaron la aplicación de los conceptos recibidos durante el asesoramiento en lo referente a las técnicas de preparación de los alimentos.

Esta actividad cuya base es la elaboración conjunta (familia-equipo de investigación) fue concebida por los autores del trabajo quienes corregían los errores teóricos y las respuestas durante las charlas, pequeñas conferencias y dinámicas grupales con los participantes. Ocho meses después de aplicar la intervención, se aplicó la misma encuesta para comprobar el nivel de conocimientos alcanzado con relación a la inicial.

Operacionalización de variables

Lactancia materna completa (LMC). Se considera LMC cuando no se administran simultáneamente otros leches; la introducción de líquidos no lácteos después del cuarto mes, y/o sólidos después del sexto mes se considera también lactancia materna completa. Todas las otras combinaciones (biberón, pecho y biberón, con o sin otros líquidos o sólidos) se consideraron "no LMC".

Ablactación: Proceso gradual de incorporación de alimentos, partiendo desde la lactancia materna exclusiva hasta completar la dieta del adulto.

Malnutrición por defecto: niño que a su evaluación pondostatural se encuentra por debajo del tercer percentil según las tablas de peso/talla para niños cubanos.

Recolección de la información

Los datos obtenidos fueron procesados en una microcomputadora PENTIUM 4, los resultados se presentan en números, la medida de resumen de la información son las distribuciones de frecuencia y los porcentajes; las conclusiones se elaboraron de acuerdo con los objetivos propuestos, el informe final se confeccionó según los requisitos que exige este tipo de estudio.

RESULTADOS

La descripción de la población en estudio según grupo etáreo aparece en la tabla 1; en ella se conoció que el mayor número de casos, correspondió a los niños con edad entre los 6 y 12 meses de vida (17/41) con un 41,5%.

Análisis de la variable dependiente.

La presencia de LMC o su ausencia durante el primer control y a lo largo de los 6 meses subsiguientes se observa en la tabla 2. Los resultados muestran que de los 41 niños en estudio, sólo 17 utilizaban lactancia materna en el momento del estudio. Antes de la intervención educativa el 15,1% de los niños (5 casos) recibía LMC durante los cuatro primeros meses de la vida, y que únicamente el 18,2% (6 casos) utilizaba la LMC después del sexto mes. A partir de la capacitación se detectó un incremento en el uso y permanencia de la LMC hasta el sexto mes; el 21,2% y el 24,2% sobre el cuarto y sexto mes respectivamente; lo más interesante es que después de la técnica educativa hubo rescate de la LM y su uso se extendió como LMC después del primer semestre en 11 casos lo que notificó un 33,3%. Nuestros resultados coinciden con autores revisados (11).

En nuestro estudio se encontró que la mayoría de los encuestados (tabla No.3) tenían actitudes incorrectas con relación a la dieta. Quedó demostrado el elevado consumo de cereales (arroz) y proteínas (huevos y carnes) que tiene nuestra población; la mayoría de los pacientes encuestados tenían bajo consumo de vitaminas y minerales a expensas del ingreso de productos naturales, que regularmente se encuentran dispuestos en los mercados agropecuarios y huertos comunitarios

contenidos en su radio de acción, lo que demuestra poco conocimiento sobre el tema. En la segunda encuesta apreciamos que el arroz continúa siendo el alimento más consumido por la población en estudio (97,6%), debe señalarse que la educación sanitaria logró incorporar a la dieta alimentos como los vegetales verdes, frutas cítricas y vísceras animales. La influencia educativa sirvió inicialmente para capacitar a los pacientes y luego permitió obtener un 95,1; 90,2; 75,6% de utilización para los alimentos antes citados.

En la tabla 4 observamos que sólo el 36,6% de los niños mayores de 6 meses (25/41) suplementaban su dieta con multivitaminas, se conoció además que el 19,5% de los pacientes utilizaban las sales de hierro orales en la prevención de la anemia ferropénica; sin embargo, en la encuesta no hubo sistematicidad en el empleo de este suplemento. Resultados similares reportan Martínez y col, en un estudio lineal realizado en España (12). Luego de la encuesta control el 82,9% identificó y aceptó utilizar el polivit como terapia preventiva para la malnutrición por defecto, asimismo, se inició el consumo de folatos y sales de hierro en un 97,6 y 87,8%. Fue desalentador conocer que sólo el 31,7% de la población conocía el beneficio nutricional que reporta la diversificación y suplementación de la dieta (tabla 5), para otras categorías el resultado fue mínimo. Se obtuvo además que el 26,8 % de las madres encuestadas al inicio de la estrategia educativa no reconociera ningún vínculo en estas acciones nutricionales. Después de implementar el programa educativo sobre nutrición, se produjo un mejoramiento sustancial en el nivel de conocimientos con relación a las ventajas que reporta para la salud la suplementación de la dieta.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

En muchos países del mundo, cinco de las principales causas de muerte - diabetes mellitus, cardiopatía isquémica, accidentes cerebrovasculares, aterosclerosis y algunos cánceres- se asocian con la dieta (1,4,7). Por tanto, es cada vez mayor el conocimiento de que una nutrición puede hacer importantes contribuciones a la salud del hombre (1,3,7).

La introducción de la alimentación complementaria antes de los seis meses de edad es usualmente innecesaria y puede conducir a algunos riesgos (4). Por tanto, la introducción temprana de otros alimentos ajenos al pecho puede implicar dificultades tales como diarreas, problemas para tragar, manifestaciones de tolerancia diversa, alergia alimentaria o sobrecarga renal de solutos sin contar con la evidencia creciente de que puede tener consecuencias a largo plazo para la salud por sus efectos en el metabolismo del colesterol y las lipoproteínas, así como por el aumento de la adiposidad que favorecen el desarrollo de enfermedades crónicas degenerativas cuyos efectos pueden ya verse desde la niñez y la adolescencia (3). Nuestros resultados coinciden con lo reportado por autores extranjeros (6).

El momento de iniciar la alimentación complementaria está determinado por la edad cronológica del niño, así como su grado de maduración, la disponibilidad de alimentos, y las condiciones y facilidades del medio que permiten una preparación de los alimentos que garanticen un mínimo de higiene y seguridad (4,13-15). En este estudio se evidenció que un grupo elevado de niños inició la alimentación con sólidos antes de estar preparados biológicamente, lo que se traduce en rechazo (escupe los alimentos).

Durante la edad pediátrica, la tasa de crecimiento, el ejercicio físico durante el juego, la pobre percepción alimentaria por mal manejo dietético de los padres, la sustitución de alimentos con nutrientes esenciales por productos comerciales sin contenido vitamínico, son los responsables de las deficiencias nutricionales observadas en los primeros años de la infancia (1,3). Si a esto se suma el factor desconocimiento sobre técnicas de alimentación la probabilidad de padecer deficiencias específicas o algún tipo de malnutrición se eleva a valores insospechados (7).

En Cuba, el enfoque activo y progresivo de las acciones promocionales está dirigido a dar participación a la población en la toma de decisiones sobre los problemas que afectan su salud (4,16). La ejecución de programas de control y prevención con acceso a la terapéutica profiláctica ha sido un método de excelencia, que junto a la labor educativa de los médicos y paramédicos, como asesores de salud ha influido positivamente en la población, ayudando a tomar decisiones sanas y oportunas. Sin embargo, de forma general en la práctica, los resultados no son los esperados (16,17).

En nuestro medio hay aún dificultades de información y propaganda relacionadas con el tema. La divulgación es más amplia para la malnutrición secundaria a enfermedades o estados específicos, pero es insuficiente sobre cómo evitarla con una dieta balanceada. En nuestra área hay carencia de mensajes y con frecuencia no se utilizan las potencialidades que ofrecen los puntos de venta de verduras y hortalizas; más que establecer comunicación e influencia sobre la población, hay que posibilitar el desarrollo sostenido de motivaciones, para ello, es necesario incentivar con los recursos disponibles y apelando a la mayor credibilidad, comportamientos y aptitudes responsables que induzcan el consumo de fuentes naturales de oligoelementos y minerales; sólo así se dará solución a la malnutrición que hoy es un problema de salud en nuestro municipio.

CONCLUSIONES

- Se demostró la eficacia del proyecto de educación para la transmisión de nuevos conocimientos sobre nutrición.
- El desconocimiento de la población se evidenció en un número importante de casos.
- Hubo correlación entre falta de conocimiento y el bajo consumo de productos ricos en minerales y oligoelementos.
- Los elementos cognoscitivos sobre los beneficios de la diversificación y suplementación de la dieta, al inicio fueron muy pobres, con grandes lagunas en el conocimiento.
- El proceso educativo sobre nutrición ayudó a desarrollar actitudes positivas de consumo de productos naturales como fuente de ingresos de macronutrientes y micronutrientes.

RECOMENDACIONES

- Rescatar la educación sanitaria específica sobre nutrición en los controles postnatales y en las actividades de terreno con el objetivo de dar participación a la familia en la toma de decisiones sobre alimentación.
- Proporcionar capacitación a los actores sociales sobre diversificación de la dieta, en aras de modificar actitudes con relación a la dieta del niño.

ABSTRACT

A prospective experimental study was done on the population knowledge regarding children nutrition. 41 patients at the risk of malnutrition by default were analyzed, being registered in urban surgeries 8 and 9 of the Policlinic "Jose Agustín Mas Naranjo" in Primero de Enero Municipality from January 1st, 2006 to June 30, 2007. For the execution of the work, the investigation equipment designed and applied an educative strategy to elevate the family knowledge on children nutrition, and thus to obtain changes in the parents and caretakers behaviour regarding the feeding of younger-than- 2 years- old children. The initial application of the survey (addendum 1) showed an important group of children who never were breast fed during the first three months of their lives (31, 3%). It was also known that diversification and supplementation of older-than- 6 -months –old children diet was carried out a 19,5% only(8cases). It was used in 36 cases (87, 8%) after doing the intervention. It was increased the participants knowledge on this matter after the application of the educative strategy. This work demonstrated the importance and attainability of participative methods to improve the understanding on this topic.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- FAO/OMS. Elementos principales de estrategias nutricionales. Incorporación de los objetivos de nutrición en las políticas de desarrollo. Actas de la Conferencia Internacional de Nutrición. Washington, DC: Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional 2005; p. 5-8.
- 2- Organización Mundial de la Salud. Elementos principales de estrategias nutricionales. Mejora de la seguridad alimentaria en los hogares. Conferencia Internacional de Nutrición. Washington, DC: Nutrition Foundation; 2004. p. 7-9.
- 3- Plasencia Concepción D. Factores que inciden en el estado nutricional del individuo y las poblaciones. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.

- 4- Amador García M, Canetti Fernández S, Cobas Selva M, Hermelo Treche M, Jordán Rodríguez JR, Pelayo González-Posada EJ, et al. Alimentación y nutrición. En: Pediatría. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.
- 5- Enríquez Clavero JO, León Cuevas C, González Rodríguez NM, Noa Marrero L, Águila Moya O. Cambios antropométricos durante el primer año de vida en niños nacidos con bajo peso y peso adecuado para la edad gestacional. Rev Cubana Nutr Aliment. 2000; 14(1): 39-45.
- 6- Organización Panamericana de la Salud. Deficiencias de micronutrientes en América Latina y el Caribe. Rev. Panam Salud Pública 2001; 9(6): 357-61.
- 7- UNICEF. Hechos y cifras. Nutrición. Rev Panam Salud Públ. 2007; 7(6): 317-21.
- 8.- Pineda Pérez S. Alimentación y nutrición del lactante y del niño pequeño. Rev Cubana Nutr Aliment. 2004; 12(2): 30-41.
- 9- FAO. Food-based strategies to prevent micronutrient deficiencies. Ginevre: OMS; 2002.
- 10- Nutrición de niños de 2 a 7 años quienes participan en un programa de huertas caseras para madres comunitarias. [página en Internet] 2000 [citado 8 Abr 2006] [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/pediatrica/pedi36301-nutricioninos.htm>
- 11- Waisman I, González D. Educación Prenatal y Lactancia Materna. Rev Saludarte. 2001; 8:7-16.
- 12- Martínez MA, Martínez JA. Alimentación, nutrición y estrategias de salud pública. En: Alimentación y Salud Pública. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2002. p. 3-13.
- 13- Comunicación social para mejorar la salud y la nutrición infantil [página en Internet]. 2000 [citado 8 Abr 2006] [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.comminit.com/la/pensamientoestrategico/lasth/lasld-910.htm>
- 14- Educación y capacitación en alimentación y nutrición [página en Internet]. 2000 [citado 8 Abr 2006] [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <http://www.fao.org/docrep/V7700T/v7700t08.htm>
- 15- Cabianca G, Couceiro M, Moreno P. La carrera de Nutrición, desde una perspectiva de Género. Curso de postgrado en Salud y Género. Buenos Aires: Universidad Nacional de Salta, 2005.
- 16- Pineda Pérez S. Soporte nutricional en la atención primaria de salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 2003; 19(3):67-73.
- 17- Pineda S, Mena V, Domínguez Y, Fumero Y. Soporte nutricional en el paciente pediátrico crítico. Rev Cubana Pediatr. 2006; 78(1):36-45.

ANEXOS

Tabla No. 1. Distribución de la muestra según edad.

Grupo de edades	No.	%
Menor de 4 meses	7	17,1
De 4 a 6 meses	9	21,9
De 6-12 meses	17	41,5
De 1- 2 años	8	19,5
Total	41	100

Fuente: entrevista.

Tabla No. 2. Comportamiento de la LMC

Grupo etareo n=33	LCM							
	Antes				Después			
	Sí	%	No.	%	Sí	%	No.	%
Menor de 4 meses	5	15,1	2	6,1	7	21,2	0	0
De 4 a 6 meses	6	18,2	3	9,1	8	24,2	2	6,1
Más de 6 meses	6	18,2	11	33,3	11	33,3	5	15,1
Total	17	51,5	16	48,5	26	78,8	7	21,2

Fuente: entrevista.

Tabla No. 3. Actitud ante la diversificación de la dieta

Alimentos consumidos	Antes	Después

		No.	%	No.	%
Frutas	Criticas	16	39,0	37	90,2
	No criticas	21	51,2	33	80,5
Vegetales	Amarillos	5	12,2	28	68,3
	Verdes	13	31,7	39	95,1
Viandas		19	46,3	29	70,7
Tubérculos		8	19,5	19	46,3
Cereales	Salvado de trigo	3	7,3	10	24,4
	Arroz	35	85,4	40	97,6
	Maíz	19	46,3	26	63,4
	Otros	4	9,7	16	39,0
Carnes	Visceras	11	26,8	31	75,6
	Huevos	29	70,7	36	87,8
	Carnes	33	80,5	35	85,4
	Pescados	17	41,5	32	78,0

Fuente: entrevista.

Tabla No. 4. Actitud ante la suplementación de la dieta

Suplemento	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Polivit o Multivit	15	36,6	34	82,9
Ácido Fólico	9	21,9	40	97,6
Vitamina C	23	56,1	29	70,7
Sales de Hierro	8	19,5	36	87,8

Fuente: entrevista.

Tabla No. 5. Conocimientos sobre la importancia de la diversificación y suplementación de la dieta

Beneficios	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Defensa	3	7,3	39	95,1
Nutrición	13	31,7	37	90,2
Intelectual	2	4,9	17	41,5
Sin vínculo	8	19,5	1	2,4
No sabe/ no responde	11	26,8	0	0

Fuente: entrevista.

Encuesta

- 1.- Edad: ____ Menor de 4 meses
 ____ De 4 a 6 meses
 ____ De 6 a 12 meses
 ____ De 1 a 2 años

- 2.- Recibió su hijo lactancia materna exclusiva: ____ Sí
 ____ No

- 3.- ¿Qué tiempo dio usted el pecho a su hijo?
 ____ Menos de 4 meses
 ____ De 4 a 6 meses
 ____ 6 y más meses

4.- Ablactación (Lactante)

(meses)

Jugos: cítricos _____
no cítricos _____

(meses)

Carnes: pollo y otras aves _____
res _____

carnero _____

conejo _____

cerdo _____

Cereales: arroz _____

avena _____

maíz _____

salvado de trigo _____

viandas _____

Tubérculos: _____

Huevo _____

Pescado _____

Queso _____

Leguminosas _____

Ablactación (niño mayor)

(Veces/semana)

Leche _____

Queso _____

Pescado _____

Vegetales: verdes _____

Amarillos _____

(Veces/semana)

Viandas _____

Cereales _____

Leguminosa _____

Jugos y frutas _____

5.- Conoce usted algún beneficio de la diversificación de la dieta.

_____ Defensa

_____ Nutrición

_____ Intelectual

_____ Sin vínculo

_____ No sabe