



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE MEDICINA**

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“INFLUENCIA DE FACTORES SOCIOCULTURALES EN EL ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS DE EDAD, ATENDIDOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE CHIBULEO DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA, DURANTE EL PERÍODO DICIEMBRE- MARZO 2013.”**

Requisito previo para optar por el Título de Médico.

**Autora:** Guerrero Solís, Gabriela Elizabeth

**Tutor:** Dr. Neto Mullo, Becker Santiago

**Ambato – Ecuador**

**Abril 2014**

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:

**“INFLUENCIA DE FACTORES SOCIOCULTURALES EN EL ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS DE EDAD, ATENDIDOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE CHIBULEO DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA, DURANTE EL PERÍODO DICIEMBRE- MARZO 2013.”** de Gabriela Elizabeth Guerrero Solís estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Diciembre 2013

EL TUTOR

.....

Dr. Becker Santiago Neto Mullo

## AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación **“INFLUENCIA DE FACTORES SOCIOCULTURALES EN EL ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS DE EDAD, ATENDIDOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE CHIBULEO DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA, DURANTE EL PERÍODO DICIEMBRE- MARZO 2013.”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Diciembre 2013

LA AUTORA

.....  
Gabriela Elizabeth Guerrero Solís

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales, de mi tesis con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Diciembre 2013

LA AUTORA

.....  
Gabriela Elizabeth Guerrero Solís

## APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el Tema **“INFLUENCIA DE FACTORES SOCIOCULTURALES EN EL ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS DE EDAD, ATENDIDOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE CHIBULEO DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA, DURANTE EL PERÍODO DICIEMBRE- MARZO 2013.”** de Gabriela Elizabeth Guerrero Solís, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Abril 2014

Para constancia firman

.....  
PRESIDENTE/A

.....  
1er VOCAL

.....  
2do VOCAL

## **DEDICATORIA**

Esta tesis va dedicada para mi madre que ha sido mi soporte durante toda mi vida, a mi padre que sé que desde el cielo me está cuidando y uno muy especial para mi esposo que es mi apoyo incondicional en todo momento y principalmente a mi pequeño angelito mi bebe hermoso que es la fuerza que me impulsa cada día y me ha demostrado ser un valiente que llena mi vida de felicidad y amor.

Gracias y espero no defraudarles.

Gabriela Guerrero

## **AGRADECIMIENTO**

El agradecimiento principal a mi Dios por regalarme la oportunidad de realizarme y prepararme profesionalmente, a mi madre que ha hecho el más grande esfuerzo por verme dar un paso más en mi vida, por inculcarme valores que me han impulsado a seguir siempre adelante y por brindarme su infinito cariño, a mis hermanos, y a mi esposo que esta junto a mí para apoyarme y llenarme de amor darme el ánimo cada día para realizar el presente trabajo de investigación.

Gabriela Guerrero

## ÍNDICE GENERAL

Portada.....	i
Aprobación del autor.....	ii
Autoría del trabajo de grado.....	iii
Derechos del autor.....	iv
Aprobación del jurado examinador.....	v
Dedicatoria.....	vi
Agradecimiento.....	vii
Índice.....	viii
Resumen.....	xiii
Summary.....	xvi

### Índice/Contenido

	Pág.
Introducción.....	1
<b>Capítulo I.</b>	
1. Problema de Investigación.....	3
1.1 Tema de investigación.....	3
1.2 Planteamiento Del Problema.....	3
1.2.1 Contextualización.....	3
1.2.1.1 Contextualización Macro.....	3
1.2.1.2 Contextualización Meso.....	4
1.2.1.3 Contextualización Micro.....	5
1.2.2 Análisis crítico.....	6



1.2.3	Prognosis.....	6
1.2.4	Formulación del problema.....	7
1.2.5	Preguntas directrices.....	7
1.2.6	Delimitación del problema.....	7
1.2.6.1	Delimitación Espacial.....	7
1.2.6.2	Delimitación Temporal.....	7
1.2.6.3	Delimitación de Contenido.....	7
1.3	Justificación.....	8
1.4	Objetivos.....	8
1.4.1	Objetivos General.....	8
1.4.2	Objetivos específico.....	8

## Capítulo II

2	Marco Teórico.....	10
2.1	Investigaciones previas.....	10
2.2	Fundamentación Filosófica.....	12
2.3	Fundamentación Legal.....	13
2.4	Categorías fundamentales.....	14
2.5	Fundamentación científica.....	15
2.5.1	Estado nutricional.....	15
2.5.2	Factores sociales en la nutrición.....	15
2.5.3	Crecimiento y desarrollo del niño.....	17
2.5.4	Factores implicados en el crecimiento y desarrollo.....	18
2.5.5	Evaluación del estado nutricional .....	23
2.5.5.1	Anamnesis nutricional.....	24
2.5.5.2	Encuesta Nutricional.....	24
2.5.5.3	Examen físico.....	25
2.5.6	Antropometría.....	26
2.5.7	Interpretación de los datos antropométricos.....	28
2.5.8	Indicadores de dimensiones corporales. ....	31
2.6	Hipótesis.....	35

2.7 Señalamiento de Variables de la hipótesis.....	35
2.7.1 Variable Independiente.....	35
2.7.2 Variable Dependiente.....	35

## Capítulo II

3. Metodología.....	36
3.1 Enfoque de la Investigación.....	36
3.2 Modalidad de la Investigación.....	36
3.3 Tipo de Investigación.....	36
3.4 Población y Muestra.....	36
3.5 Criterios de inclusión.....	36
3.6 Criterios de exclusión.....	37
3.7 Criterios éticos.....	37
3.8 Operacionalización de Variables.....	38
3.8.1 Variable Independiente.....	38
3.8.2 Variable Dependiente.....	39
3.9 Recolección de la Información.....	40
3.10 Procesamiento y Análisis de los Datos.....	40

## Capítulo IV

4. Análisis e Interpretación de resultados.....	41
4.1 Análisis de los resultados .....	41
4.1.1 Factores sociales.....	42
4.1.1.1 Estado civil de las madres .....	42
4.1.1.2 Auto identificación Étnica.....	43
4.1.1.3 Ocupación.....	43
4.1.1.4 Nivel de escolaridad.....	44
4.1.1.5 Acceso a servicios básicos.....	44
4.1.2. Estado nutricional .....	45
4.4. Validación de Hipótesis.....	52

## Capítulo V

5. Conclusiones y Recomendaciones.....	53
5.1. Conclusiones.....	53
5.2. Recomendaciones.....	54

## Capítulo VI

6. Propuesta.....	55
6.1. Datos informativos.....	55
6.1.1. Tema.....	55
6.1.2. Institución ejecutora.....	55
6.1.3. Beneficiarios.....	55
6.1.4. Ubicación.....	55
6.1.5. Tiempo estimado para la ejecución.....	55
6.1.6. Equipo técnico responsable.....	55
6.2 Antecedentes de la propuesta.....	56
6.3 Justificación.....	57
6.4 Objetivos.....	57
6.4.1. Objetivo General.....	57
6.4.2. Objetivos Específicos.....	58
6.5. Análisis de factibilidad.....	58
6.6. Fundamentación.....	58
6.7. Plan Operativo.....	65
6.8. Administración.....	66
6.9. Previsión de la Evaluación.....	66
Referencias bibliográficas.....	67
Anexos.....	70

## Índice/Tablas.

Tabla N° I: Porcentajes de estado nutricional.....	31
Tabla N° II: Clasificación del estado nutricional según percentiles Peso/Edad....	32
Tabla N° III: Clasificación del Estado Nutricional según percentiles Talla/Edad...	33
Tabla N° IV: Clasificación del estado nutricional según percentiles IMC/ Ed.....	35
Tabla N° V: Variable independiente.....	37
Tabla VI: Variable dependiente .....	38
Tabla II: Distribución por género de los niños atendidos en el sub centro de salud de Chibuleo.....	40
Tabla III: Distribución por grupos de edad de niños menores a 5 años del sub centro de Chibuleo .....	40
Tabla IV: Datos sobre el tipo de alimentación en los niños menores de 5 años atendidos en el sub centro de salud de Chibuleo.....	41
Tabla V: Estadística de resultados del estado civil de las madres de los niños menores de 5 años atendidos en el sub centro de salud de Chibuleo.....	41
Tabla VI: Datos sobre la etnia de las madres de los niños menores de 5 años atendidos en el sub centro de salud de Chibuleo .....	42
Tabla VII: Datos sobre la ocupación de las madres de los niños menores de 5 años atendidos en el sub centro de salud de Chibuleo.....	42
Tabla VIII: Datos del nivel de escolaridad de las madres de los niños menores de 5 años atendidos en el sub centro de salud de Chibuleo .....	43
Tabla IX: Datos sobre el acceso a servicios básicos de los niños atendidos en el sub centro de salud de Chibuleo.....	43
Tabla X: Índices de estado nutricional en los niños menores de 5 años atendidos en el SCS Chibuleo.....	44
Tabla XI: Índices de estado nutricional según género.....	44
Tabla XII: Relación entre ocupación y estado civil de la madre.....	45
Tabla XIII: Relación entre etnia y ocupación de la madre.....	45
Tabla XIV: Relación entre nivel de escolaridad y ocupación de la madre.....	46

Tabla XV: Relación entre auto identificación étnica y nivel de escolaridad de la madre....	46
Tabla XVI: Relación entre auto identificación étnica y tipo de alimentación.....	47
Tabla XVII: Relación entre el estado nutricional y etnia.....	47
Tabla XVIII: Relación entre el estado nutricional y la escolaridad de la madre.....	48
Tabla XIX: Relación entre el estado nutricional y ocupación de la madre.....	49
Tabla XX: Relación entre el estado nutricional y acceso a servicios básicos.....	49
Tabla XXI: Relación entre etnia estado nutricional.....	50
Tabla XXII: Relación entre el estado nutricional y tipo de alimentación.....	50
Tabla XXIII: plan operativo.....	64

### **Índice/Gráficos.**

Gráfico N° 1: Fórmula para calcular la puntuación Z.....	30
Gráfico N°2: Fórmula para calcular el porcentaje de la mediana.....	31

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE MEDICINA

**“INFLUENCIA DE FACTORES SOCIOCULTURALES EN EL ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS DE EDAD, ATENDIDOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE CHIBULEO DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA, DURANTE EL PERÍODO DICIEMBRE- MARZO 2013.”**

**Autora:** Guerrero Solís, Gabriela Elizabeth

**Tutor:** Dr. Neto Mullo, Becker Santiago

**Fecha:** Diciembre 2013

**RESUMEN:**

La investigación se realizó para identificar los principales factores socioculturales que influyen en el estado nutricional de niños menores de 5 años, fue un estudio de campo y documental, de corte transversal, donde los pacientes incluidos fueron todos aquellos niños con edades comprendidas de 0 a 5 años que fueron atendidos en el periodo de tiempo establecido.

La investigación se realizó en 100 pacientes que fueron atendidos en el subcentro de salud de Chibuleo donde se pudo determinar que existe un 43% de niños con desnutrición.

Se encontró un mayor porcentaje de desnutrición en el género femenino (54%) y al cruzar las variables etnia con el estado nutricional se determinó que existe una probabilidad de 2.8 veces que un niño indígena sea desnutrido, mientras que al considerar los factores como ocupación de la madre, nivel de escolaridad y estado civil no existió diferencia

estadísticamente significativa pero que intervienen en el estado nutricional del niño en conjunto todos los factores socioculturales.

**PALABRAS CLAVE: DESNUTRICIÓN, PESO\_BAJO, NUTRICION, ALIMENTACIÓN, ESTADO\_NUTRICIONAL, LACTANCIA\_MATERNA.**

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO  
FACULTY OF HEALTH SCIENCES  
MEDICAL CAREER

**“INFLUENCE OF SOCIOCULTURAL FACTORS IN THE NUTRITIONAL STATUS IN CHILDREN FROM 0 TO 5 YEARS, SERVED IN HEALTH SUBCENTRE CHIBULEO TUNGURAHUA PROVINCE DURING THE PERIOD DECEMBER-MARCH 2013.”**

**Authora:** Guerrero Solís, Gabriela Elizabeth

**Tutor:** Dr. Neto Mullo, Becker Santiago

**Date:** Dicember 2013

**SUMMARY:**

The research was conducted to identify the main socio-cultural factors influencing the nutritional status of children under 5 years old, was a field study and documentary, cross-sectional , in which patients were all those children aged from 0-5 years who were seen in the time period established.

The research was conducted in 100 patients who were treated at the health sub-center Chibuleo where it was determined that there is a 43 % of children with malnutrition.

We found a higher rate of malnutrition among females (54 %) and across the ethnic variables with nutritional status was determined that there is a probability of 2.8 times that an Indian child is malnourished, while considering factors such as occupancy mother, educational level and marital status there was no statistically significant difference but involved in the child's nutritional status together all sociocultural factors.

**KEYWORDS:** MALNUTRITION, LOW WEIGHT, INDIGENOUS, CULTURAL FACTORS, BREASTFEEDING.



## INTRODUCCION

Un proceso fisiológico que define al niño y lo diferencia del adulto es el crecimiento, este proceso dinámico y continuo, que se inicia desde la concepción y se prolonga hasta el final de la adolescencia, mantiene una secuencia ordenada, que va desde el desarrollo físico, fisiológico y psicológico óptimo hasta una productividad y creatividad plena, para que este proceso se realice con normalidad es necesario un aporte adicional de energía y nutrientes primordiales que se los obtiene de la dieta; sin embargo a cualquier edad, se pueden observar variaciones que reflejan la respuesta del individuo en crecimiento ante numerosos factores ya sean de carácter hereditario y/o ambiental.

Por tanto, el crecimiento infantil se considera como uno de los indicadores de mayor utilidad para evaluar el estado de salud y nutrición de una determinada población.

“Cuando los niños, en proceso de crecimiento y desarrollo, son sometidos a agentes ambientales desfavorables como pueden ser: la presencia de enfermedades infecciosas, parasitarias, un hogar sin servicios básicos, la falta de estímulo o afecto y un nivel de nutrición inadecuado, van a tener un resultado negativo sobre su proceso de crecimiento. Sin embargo, el organismo del ser humano, como un mecanismo de defensa ante cualquiera de estas agresiones, pone en funcionamiento un sistema de adaptación que le permite de alguna manera superar los daños, no obstante cuando la agresión ambiental es intensa y prolongada en el tiempo, el sistema de adaptación falla, ocasionando daños difíciles de superar por estos niños, convirtiéndolos en sujetos vulnerables a enfermedades y a una disminución de su capacidad de aprendizaje incidiendo directamente en su desarrollo como un individuo apto y capaz de ser creativo y productivo”.

“Casi 371.000 niños menores de cinco años en el Ecuador padecen desnutrición crónica. Los niños de comunidades indígenas constituyen el 20% de los niños con desnutrición crónica a diferencia de los niños mestizos que representan el 72%. El 60% de los niños con este tipo de desnutrición habitan en las áreas rurales (aunque la población rural es tan solo el 45 % del total poblacional del Ecuador). Existe una concentración muy elevada en las áreas de la Sierra, que tiene el 60 % de los niños con desnutrición crónica y el 63 % con desnutrición crónica extrema. El 71 % de los niños con desnutrición crónica provienen de hogares clasificados como pobres, lo cual se aplica también al 81% de los niños con desnutrición crónica extrema”.

Considerando todas estas particularidades, la presente investigación fue llevada a cabo en el subcentro de salud (SCS) de Chibuleo con el propósito de determinar la influencia de los factores socioculturales en el estado nutricional de los niños atendidos en el SCS Chibuleo, con edades comprendidas entre 0 a 5 años, utilizando los patrones de crecimiento publicados por la Organización Mundial de la Salud y la combinación de indicadores antropométricos: Peso/Edad, datos obtenidos de las historias clínicas.

## **CAPITULO I**

### **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

#### **1.1 TEMA DE INVESTIGACIÓN**

**“Influencia de factores socioculturales en el estado nutricional en niños de 0 a 5 años de edad, atendidos en el Subcentro de Salud de Chibuleo de la Provincia de Tungurahua, durante el periodo Diciembre- Marzo 2013”.**

#### **1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

##### **1.2.1 CONTEXTUALIZACIÓN.**

###### **1.2.1.1 CONTEXTUALIZACIÓN MACRO.**

Cuando los niños, en proceso de crecimiento y desarrollo, son sometidos a agentes ambientales desfavorables como pueden ser: la presencia de enfermedades infecciosas, parasitarias, un hogar sin las mínimas condiciones sanitarias, la falta de estímulo o afecto y un nivel de nutrición inadecuado, van a tener un resultado negativo sobre su proceso de crecimiento. Sin embargo, el organismo del ser humano, como un mecanismo de defensa ante cualquiera de estas agresiones, pone en funcionamiento un sistema de adaptación que le permite de alguna manera superar los daños, no obstante cuando la agresión ambiental es intensa y prolongada en el tiempo, el sistema de adaptación falla,

ocasionando daños difíciles de superar por estos niños, convirtiéndolos en sujetos vulnerables a enfermedades y a una disminución de su capacidad de aprendizaje incidiendo directamente en su desarrollo como un individuo apto y capaz de ser creativo y productivo.

La desnutrición constituye un problema grave en el mundo debido a su magnitud y efecto sobre la morbilidad infantil y en un contexto de variables sociales y económicas desfavorables que alteran la calidad de vida de la población en general. Según un informe publicado por las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, a nivel mundial hay 842 millones de desnutridos y las perspectivas de reducir esta cifra en el futuro son sombrías, mientras que la obesidad, enfermedad descrita por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es considerada como el “Síndrome del Nuevo Mundo” o la “Epidemia del siglo XXI”. El Clarín. (2003)

### **1.2.1.2 CONTEXTUALIZACIÓN MESO.**

La alimentación y nutrición se caracterizan por un suministro de energía alimentaria que satisface los requerimientos de la población. El crecimiento demográfico hasta el 2030 triplicará la población de 1965, y aumentará de un 59% la población actual. El incremento en la producción de alimentos tendrá que realizarse en función de mejorar la tecnología y aprovechar los recursos disponibles, sobre todo el agua; pues la frontera agrícola fue copada a mediados de los años noventa.

El estado nutricional de los niños menores de cinco años refleja el desarrollo del país. Los últimos datos provenientes de la Encuesta de Condiciones de Vida de 1998 comparados con la encuesta DANS 1986, demuestran una reducción significativa de la prevalencia de retardo de crecimiento de 34% a 26%, la prevalencia de insuficiencia ponderal disminuyó de 17% a 14%. Las diferencias regionales y sobre todo étnicas reflejan una prevalencia mucho más alta en grupos indígenas. Otros problemas sociales como la mortalidad infantil, la pobreza, la

indigencia y el analfabetismo son importantes en poblaciones indígenas, sobretodo de la Sierra.

La situación alimentaria y nutricional del Ecuador refleja la realidad socioeconómica; el potencial productivo y la capacidad de transformar y comercializar los alimentos que satisfagan los requerimientos nutricionales de la población a todo nivel. La producción de alimentos y el rendimiento de los principales productos de consumo, su relación con los mercados (de productos, de trabajo y financieros) son importantes para establecer el potencial que la seguridad alimentaria y nutricional ofrece a la sociedad ecuatoriana como una estrategia de desarrollo.

La malnutrición crónica manifestada con la deficiencia en la talla/edad es la desnutrición más grave que padecen los niños en Ecuador. Durante el año 2004, 371.856 niños presentaron desnutrición crónica comparada con los estándares internacionales de referencia. En total, el 26,0 % de los niños ecuatorianos tiene desnutrición crónica y un 14,7% desnutrición global (bajo peso). En contraste, la malnutrición aguda es casi inexistente: sólo el 2,24 % tiene bajo peso/talla. Las cuatro regiones geográficas principales del país, presentan tasas muy diferentes de malnutrición. Los niños que viven en la Sierra, registran un índice mayor de desnutrición crónica (31,9%) que los niños en la Costa (15,6%). En términos provinciales se aprecia que Chimborazo (40.3%), Cotopaxi (34.2%), Bolívar (31.7%), Imbabura (29.9%), Loja (28.7%) y Carchi (20.2%) tienen tasas de desnutrición crónica superiores al promedio nacional. Además la prevalencia de desnutrición crónica por género es mayor entre niños que entre niñas (24% versus 22,1%). NUTRINET ORG. (2007)

### **1.2.1.3 CONTEXTUALIZACIÓN MICRO.**

En la práctica pediátrica diaria, la valoración del estado nutricional constituye una de las actividades básicas pues nos va a ayudar no solo a determinar si el niño presenta alguna alteración, sino a confirmar que es un niño

sano, la detección precoz de cualquier disfunción, contribuye a un posible tratamiento temprano y a minimizar la aparición de secuelas.

Factores sociales, culturales y de pobreza podrían ser las principales causas de la desnutrición en los niños que residen en comunidades rurales de la provincia de Tungurahua que reciben atención médica en el subcentro de Chibuleo, a pesar que el Sector Salud está aplicando programas de atención a la problemática, los factores socioeconómicos influye en el problema, debido a la mala alimentación que los padres o la persona que se encuentra al cuidado de los niños les brindan, por desconocimiento, aun cuando en sus parcelas cultivan verduras, legumbres, cítricos y hortalizas, optan por alimentos poco nutritivos.

De ahí radica el problema, principalmente ya que aun cuando el área de salud, entrega, suplementos vitamínicos y hierro, en muchas ocasiones no los consumen, lo que provocaría desnutrición y deshidratación en los niños más aun cuando se les presenta cuadros diarreicos, que disminuye su peso normal.

### **1.2.2 ANALISIS CRÍTICO**

Los niños que comprenden entre las edades de 0 a 5 años pueden ser víctimas de prácticas pobres de alimentación especialmente en aquellas regiones en donde la lactancia materna está siendo reemplazada desde etapas muy tempranas de la vida por fórmulas artificiales y acompañadas de nutrición, higiene y recursos económicos bajos. Esta alimentación inadecuada tiene lugar cuando los requerimientos nutricionales son altos por unidad de peso corporal.

El lugar donde se realizó la investigación fue en la comunidad de Chibuleo perteneciente al área rural, donde la mayoría de madres de familia tienen un nivel de escolaridad primario lo que podría limitar a que tengan un buen cuidado para con sus hijos, además el afán de llevar ingresos a sus hogares ocasiona a que la madre salga del hogar y los niños queden al cuidado de hermanos, abuelos o inclusive a permanecer solos durante varias horas, lo que dificultaría que el niño tenga una buena alimentación y cuidado, retardando así su crecimiento y su estado nutricional con sus respectivas consecuencias.

### **1.2.3 PROGNOSIS**

Si no se da solución al problema planteado: conocer si los factores sociales afectan al estado nutricional de los niños, estaríamos permitiendo que pase desapercibido este dato importante, lo que permitiría encontrar mayor cantidad de niños con una nutrición deficiente, conllevando a posteriores complicaciones que no le permitirán al niño desarrollarse de una manera adecuada en el ámbito educativo, intelectual, laboral y social.

### **1.2.4 FORMULACION DEL PROBLEMA**

¿Qué influencia tienen los factores socioculturales en el estado nutricional en niños de 0 a 5 años de edad, atendidos en el subcentro de salud de Chibuleo de la provincia de Tungurahua durante el periodo Diciembre- Marzo 2013?

### **1.2.5 PREGUNTAS DIRECTRICES**

- ¿Cuál es el estado nutricional en los niños de 0 a 5 años de edad, atendidos en el subcentro de salud de Chibuleo de la provincia de Tungurahua?
- ¿Cuáles son los factores socioculturales que influyen en el estado nutricional de los niños de 0 a 5 años de edad atendidos en el subcentro de salud de Chibuleo de la provincia de Tungurahua?
- ¿Cuál es el estado nutricional de los niños de 0 a 5 años de edad que fueron alimentados con leche materna, atendidos en el subcentro de salud de Chibuleo de la provincia de Tungurahua?
- ¿Cómo contribuir a la solución del problema: influencia de los factores socioculturales en el estado nutricional de niños de 0 a 5 años de edad atendidos en el subcentro de salud de Chibuleo de la provincia de Tungurahua?

### **1.2.6 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.2.6.1 Delimitación Espacial**

La investigación se realizará en subcentro de salud de Chibuleo en la provincia de Tungurahua.

### **1.2.6.2 Delimitación Temporal**

Se realizará la investigación durante el periodo diciembre 2012 – marzo 2013

### **1.2.6.3 Delimitación de Contenido:**

1.2.6.3.1 Campo: Medicina.

1.2.6.3.2 Área: Pediatría.

1.2.6.3.3 Aspecto: Estado nutricional.

1.2.6.3.4 Objeto de Estudio: Se trabajará con pacientes que acudan a consulta en el subcentro de salud de Chibuleo.

## **1.3 JUSTIFICACIÓN**

En la mayoría de los países del mundo, los factores sociales y culturales tienen una influencia muy grande sobre la alimentación de la población, cómo preparan sus alimentos, sus prácticas alimentarias y los alimentos que prefieren. Sin embargo, los hábitos y prácticas alimentarias son rara vez la causa principal, o importante de la malnutrición. Por el contrario, muchas prácticas son específicamente diseñadas para proteger y promover la salud; un ejemplo es suministrar a las mujeres alimentos abundantes, densos en energía, durante los primeros meses después del parto. Es verdad también, que algunas prácticas alimentarias tradicionales y tabúes de ciertas sociedades pueden contribuir a deficiencias nutricionales en grupos específicos de la población. El personal de salud debería conocer los hábitos y prácticas de alimentación de las comunidades donde trabajan, de manera que puedan ayudar a reforzar los elementos positivos y luchar para cambiar los negativos.



## **1.4 OBJETIVOS**

### **1.4.1 Objetivo general**

- Establecer la influencia de los factores socioculturales en el estado nutricional en niños de 0 a 5 años de edad, atendidos en el subcentro de salud Chibuleo de la provincia de Tungurahua, durante el periodo diciembre 2012 a marzo 2013.

### **1.4.2 Objetivos específicos**

- Determinar el estado nutricional de los niños de 0 a 5 años de edad, atendidos en el subcentro de salud de Chibuleo de la provincia de Tungurahua
- Conocer los factores socioculturales que influyen en el estado nutricional en niños de 0 a 5 años de edad, atendidos en el subcentro de salud Chibuleo de la provincia de Tungurahua
- Valorar el estado nutricional de los niños de 0 a 5 años de edad, alimentados con leche materna, atendidos en el subcentro de salud de Chibuleo de la provincia de Tungurahua.
- Diseñar una estrategia de mejoramiento del estado nutricional en niños de 0 a 5 años de edad, atendidos en el subcentro de salud Chibuleo de la provincia de Tungurahua.

## CAPITULO II

### MARCO TEORICO

#### 2.1 INVESTIGACIONES PREVIAS

Según **Benavides, P. Ecuador (2011)** a pesar del interés del Ministerio de Salud Pública por la salud escolar y en especial, por los niveles de desnutrición de los niños y niñas del Ecuador, no se han presentado estudios de impacto que relacionen la desnutrición infantil con determinantes sociales. Objetivo: Contribuir al mejoramiento del estado nutricional de los niños y niñas de primero a sexto grado de la parroquias Gualea, Pacto Nanegalito y Nanegal, del Noroccidente de Pichincha, esta investigación concluye diciendo que el nivel de desnutrición en este trabajo es elevado y su relación con los factores sociales es indeterminada, el factor que afecta en el estado nutricional en su mayoría a los estudiantes es el nivel de instrucción de las madres, seguido por la falta de servicios básicos como eliminación de excretas y agua potable en el hogar.

En el trabajo **Schlaepfer, L. Mexico (2010)** además de documentar los patrones recientes de alimentación infantil en México, busca responder a dos preguntas: a) ¿a través de qué vías el nivel socioeconómico afecta a la alimentación infantil y a la utilización de servicios de salud materno infantiles? y b) ¿cuál es el efecto del nivel socio-económico en la relación entre la utilización de servicios y la alimentación infantil? El estudio se basa en análisis variados y estratificados de la información de la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud ENFES, (1987). Los datos comprueban que: a) si bien existe una relación entre los factores socio-económicos tanto en la utilización de servicios como en las prácticas de alimentación, la dimensión social afecta en forma diferente a las dos variables; b) hay una relación entre la utilización de servicios y la alimentación infantil; y c) esta relación se explica, en parte, por la asociación de ambas

variables con los factores socio-económicos. Se proponen estrategias operativas para los servicios de salud y lineamientos técnicos para futuras investigaciones en este campo.

Los patrones de alimentación infantil también están relacionados con factores socio-económicos. Sin embargo, la fuerza de su asociación con las variables sociales a nivel "macro" es menor que la encontrada para la demanda de atención. El problema no se origina, por supuesto, en la falta de "disponibilidad" de leche materna,\* pero sí de que la madre esté "disponible", "accesible a su hijo" y "acepte" amamantarlo por un periodo adecuado, factores que se pierden en sociedades culturas modernas y más complejas. Al controlar por el efecto del nivel socio-económico, se comprueba que la relación entre la alimentación infantil y el contacto con los servicios de salud se debilita y, ergo, que son los factores socio-económicos los que, en parte, la explican. Pareciera ser que el grado de utilización de los servicios de salud actúa tan sólo como un indicador de estilos de vida y que su efecto sobre los patrones de alimentación infantil corre paralelo al de otros muchos factores, indicadores del acceso a otros tipo de servicios (en este caso la educación) y del contacto con sistemas de vida menos tradicionales.

Según **Núñez, G. Mexico (2008)** la desnutrición es problema de gran magnitud en todo el mundo según los datos epidemiológicos en países en vías de desarrollo. Objetivo. Comparar la prevalencia de desnutrición entre preescolares migrantes y no migrantes. Material y métodos. Se seleccionaron al azar 160 infantes de 1-6 años de edad, de parvularios de muy alta marginación. Se excluyeron aquellos con malformaciones congénitas o bajo alguna intervención nutricional. La migración se definió como el desplazamiento geográfico <6 años, y la desnutrición, a partir de los indicadores peso/talla y talla/edad recomendados por la Organización Mundial de la Salud.

La prevalencia de la desnutrición crónica en este grupo de riesgo justifica la prioridad de establecer estrategias de intervención alimentaria, principalmente

ayuda alimentaria directa a estos niños y tomar en cuenta las migraciones en la planeación en salud.

Según **Díaz, J. Venezuela (2007)** en un estudio descriptivo, observacional, y retrospectivo de caso-control para determinar los factores que influyeron en la desnutrición proteico-energética en edad pediátrica en menores de 5 años se encuentra que los posibles factores estudiados resultan factores de riesgo para la desnutrición proteico-energética la lactancia materna no exclusiva hasta los 4 meses y los antecedentes personales de enfermedad diarreica aguda e infecciones respiratorias agudas.

Mientras que cantidad de alimentos y la variedad de estos en la dieta, así como un nivel escolar de la madre superior al 9no grado (Liceo) actuaron como factores protectores.

También pudimos determinar que existe una relación perjudicial entre baja per cápita familiar, la edad materna fue otro factor de riesgo pues 12 de los niños bajo peso tenían como madre a una adolescente (Menor de 19 años), representando así el 23,1 % de este grupo mientras que entre las de los niños eutróficos solo se encontraron 4, siendo el 7,7 % de esta muestra.

## **2.2 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA**

El presente trabajo se fundamenta en el paradigma crítico propositivo que tiene como finalidad renovar las situaciones investigativas, partiendo del conocimiento, comprensión y compromiso en relación al problema de estudio en el área rural de la provincia de Tungurahua (subcentro de salud de Chibuleo) lo que permitirá enriquecer y perfeccionar una mejor calidad de atención y contribuir en el marco de la investigación con responsabilidad, honestidad y sobretodo satisfacción propia.

Además la investigación se fundamenta en el paradigma ontológico, ya que va enfocado a una realidad socialmente construida, epistemológica puesto que se pretende una interacción transformadora y axiológica donde están comprometidos e influida por valores.

## **2.3 FUNDAMENTACION LEGAL**

### **Constitución de la República del Ecuador**

**Art. 32.-** La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

**Art. 35.-** Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado.

**Art. 43.-** Los programas y acciones de salud pública serán gratuitos para todos. Los servicios públicos de atención médica, lo serán para las personas que los necesiten. Por ningún motivo se negará la atención de emergencia en los establecimientos públicos o privados.

**Art. 45.-** Las niñas, niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes del ser humano, además de los específicos de su edad. El Estado reconocerá y garantizará la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción.

**Art. 46.-** Atención a menores de seis años, que garantice su nutrición, salud, educación y cuidado diario en un marco de protección integral de sus derechos

### **Constitución Política del Estado Ecuatoriano, (2008)**

**Art.45.-** “Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la integridad física y psíquica; a su identidad, nombre y ciudadanía; a la salud integral y nutrición;”...

### **Ley Orgánica de Salud, (2006)**

**Art. 17.-** La autoridad sanitaria nacional conjuntamente con los integrantes del Sistema Nacional de Salud, fomentarán y promoverán la lactancia materna

durante los primeros seis meses de vida del niño/a o la niña, procurando su prolongación hasta los dos años de edad.

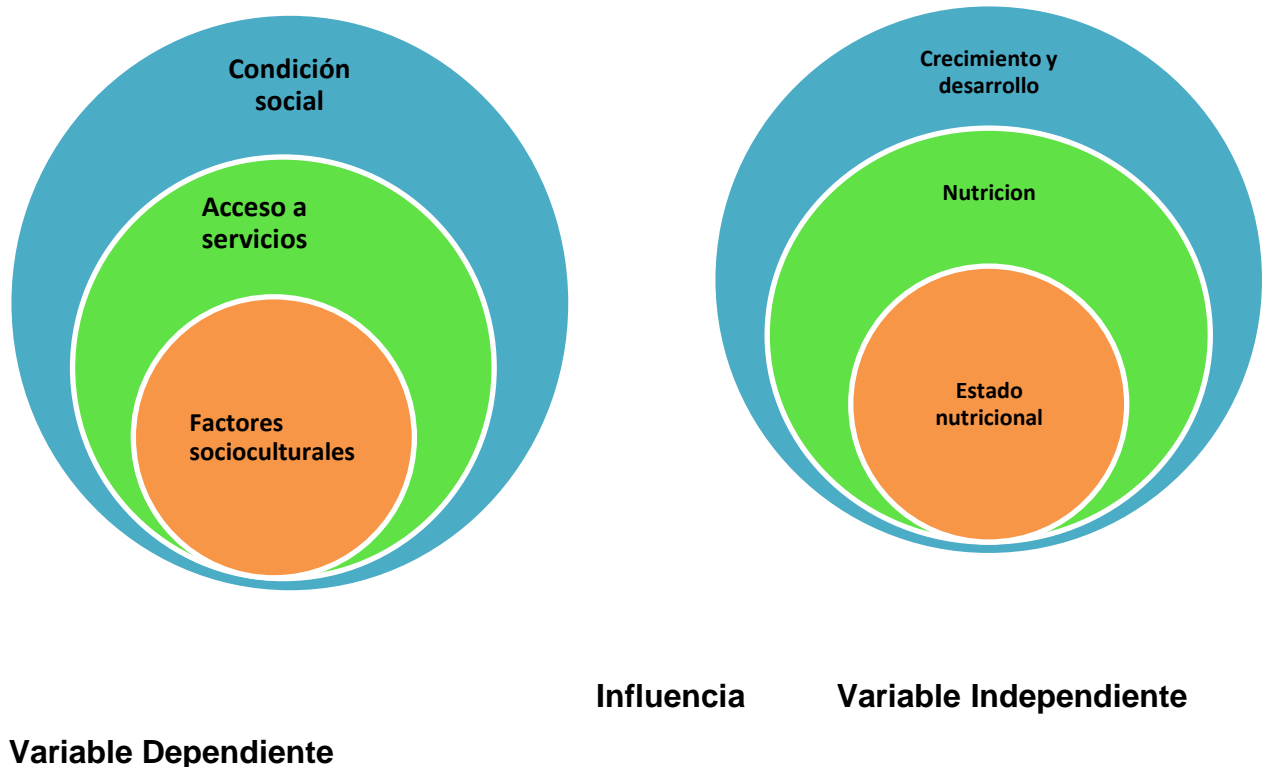
### **Ley de maternidad gratuita y atención a la infancia**

Reconocimiento del derecho a la salud y de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y niños - niñas menores de 5 años.

#### **Recién nacidos o nacidas y niños o niñas menores de 5 años de edad:**

Se asegura la necesaria y oportuna atención en los diferentes niveles de complejidad a los recién nacidos o nacidas y sanos o sanas, prematuros-prematuras de bajo peso, y/o con patologías (asfixia perinatal, ictericia, sufrimiento fetal y sepsis), a los niños o niñas menores de 5 años en las enfermedades comprendidas en la estrategia de atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) y, sus complicaciones todo ello según normas vigentes del Ministerio de Salud Pública.

### **2.4 CATEGORÍAS FUNDAMENTALES**



## **2.5 FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA**

### **2.5.1 ESTADO NUTRICIONAL**

La nutrición adecuada en los primeros años de vida, tanto en la etapa prenatal como en los primeros dos años influye en la salud y nutrición desde la infancia hasta la edad adulta. En los últimos años tanto en la literatura nacional como extranjera los problemas nutricionales revelan una creciente tendencia al sobrepeso y obesidad a todas las edades.

En el año 1993 el Ministerio de Salud modifica el patrón de referencia para calificar el déficit nutricional. Se considera desnutrido a los menores de 2 años con peso para la edad ubicado en  $-2DS$  y más; en riesgo de desnutrir entre  $-1DS$  y  $-2DS$  respecto a la referencia NCHS-OMS y a los preescolares en un peso para la talla en los mismos rangos. Actualmente en el país las cifras demuestran que en los menores de 6 años el 3,6% está en riesgo de desnutrir y el 0,6% son desnutridos. Los niños con riesgo de desnutrir aumentan en el segundo año a 8%.

La talla para la edad se utiliza como índice para definir sobrepeso y obesidad en niños mayores de 2 años. Se define obesidad en el niño cuyo peso coincide con  $+2DS$  o más y sobre peso aquel que se ubica entre  $+1DS$  y  $+2 DS$ . En el país el sobrepeso y la obesidad, en conjunto, alcanzan en el niño más de un 25%. Esta cifra, para los especialistas en nutrición y los pediatras, es uno de los problemas de mayor importancia actualmente

### **2.5.2 FACTORES SOCIALES EN LA NUTRICIÓN**

Las personas tienen sus propias preferencias, rechazos y creencias respecto a los alimentos, y muchas son conservadoras en sus hábitos alimentarios. Se tiene la tendencia a aceptar lo que las madres preparaban, los alimentos que se servían en ocasiones festivas o los que consumían lejos de casa con amigos y familiares durante la infancia. Los alimentos que los adultos comieron durante la infancia raramente no son aceptados posteriormente.

Sin embargo, lo que una sociedad considera como normal o inclusive muy deseable, otra lo puede considerar como repulsivo o inaceptable.

Los hábitos alimentarios difieren mucho con respecto a cuáles son los alimentos de origen animal que se prefieren, gustan y consumen. Los alimentos en cuestión, comprenden muchos que son ricos en proteína de buena calidad y que contienen hierro hemínico, los cuales son nutrientes importantes. Las personas que no consumen tales alimentos carecen de la oportunidad de obtener con facilidad estos nutrientes. Por otra parte, quienes consumen en exceso carne animal, algunos alimentos marinos, huevos y otros alimentos de origen animal tendrán cantidades indeseables de grasa saturada y de colesterol en la dieta, el consumo equilibrado es la clave.

Relativamente pocas personas o sociedades se oponen al consumo de cereales, raíces, legumbres, hortalizas o fruta. Pueden tener fuertes preferencias y gustos, pero la mayoría de quienes comen maíz también comen arroz, y casi todos lo que comen arroz, comerán productos a base de trigo.

Se dice con frecuencia que los hábitos alimentarios rara vez o nunca cambian y que son difíciles de modificar. Esto no es cierto; en muchos países los alimentos básicos actuales no son los mismos que se consumieron inclusive hace un siglo. Los hábitos y las costumbres alimentarias cambian y pueden ser influenciadas en formas diferentes.

Las preferencias alimentarias no se establecen ni se eliminan por caprichos y aficiones. Frecuentemente los ajustes se originan en cambios sociales y económicos que se llevan a cabo en toda la comunidad o sociedad. El asunto importante no es qué tipo de alimentos se consume sino más bien, cuanto de cada alimento se come y cómo se distribuye el consumo dentro de la sociedad o de la familia.

La tendencia de muchos asalariados es gastar la mayoría de su sueldo en pocos días después de haberlo recibido, casi siempre resulta en una dieta familiar de valor nutritivo variable. La familia come mucho mejor justo después de un día



de pago que antes del siguiente. Los salarios muchas veces se reciben mensualmente y, por lo tanto, parece indudable que un cambio a pagos semanales mejoraría la dieta del asalariado y de su familia.

La persona que controla las finanzas familiares influye (deliberadamente o sin intención) en la dieta de la familia y los alimentos que se dan a los niños. En general, si las madres tuviesen algún control sobre las finanzas, la dieta familiar sería mejor. Cuando la madre tiene poco control sobre los ingresos de la familia, los arreglos alimentarios pueden volverse casuales o inclusive peligrosos.

La educación nutricional ha tenido una importante influencia en los hábitos alimentarios, pero no siempre ha sido positiva. Desgraciadamente, la tendencia de escoger alimentos o nutrientes sea para promoverlos o para prohibirlos, no ha desaparecido, como tampoco la tendencia a tratar de enseñar mediante el temor y quitando el placer de comer. Sin embargo, el cambio siempre surge en forma lenta y los antiguos hábitos difícilmente terminan; las personas a que aprendieron estas antiguas lecciones son aún responsables de alimentarse a sí mismas y a sus familias, y pueden encontrar que es problemático cambiar de nuevo.

### **2.5.3. CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO.**

El crecimiento se emplea para referirse al aumento de tamaño y peso; mientras que desarrollo se aplica a los cambios en composición y complejidad.

**Crecimiento:** Es el proceso mediante el cual los seres humanos aumentan su tamaño y se desarrollan hasta alcanzar la forma y la fisiología propias de su estado de madurez. Tanto el aumento de tamaño como la maduración dependen de que exista un aporte adecuado de sustancias nutritivas y de vitaminas, y de que se produzcan las distintas hormonas necesarias.

**El desarrollo:** Efecto combinado de los cambios en tamaño y complejidad o en composición; así como de los cambios resultantes de la maduración y del aprendizaje.

Designa los cambios que con el tiempo ocurren en la estructura, pensamiento o comportamiento de una persona a causa de los factores biológicos y ambientales

**Maduración:** desde un punto de vista psicobiológico, es el conjunto de los procesos de crecimiento físico que posibilitan el desarrollo de una conducta específica conocida. Desde una perspectiva más general, es el proceso de evolución del niño hacia el estado adulto.

**Aprendizaje:** Este término incluye aquellos cambios en las estructuras anatómicas y en las funciones psicológicas que resultan del ejercicio y de las actividades del niño. La maduración y el aprendizaje están muy relacionados. La primera proporciona la materia elemental sin la cual el segundo sería imposible.

**Crecimiento físico:** Por lo general, un recién nacido pesa 3,4 kilos, mide 53 centímetros y presenta un tamaño de cabeza desproporcionadamente mayor que el resto del cuerpo. En los tres primeros años el aumento de peso es muy rápido, después se mantiene relativamente constante hasta la adolescencia, momento en el que se da el 'estirón' final, menor, no obstante, que el de la infancia. Los estudios realizados muestran que la altura y el peso del niño dependen de su salud, disminuyendo durante las enfermedades para acelerarse de nuevo al restablecerse la salud, hasta alcanzar la altura y el peso apropiados.

#### **2.5.4. FACTORES IMPLICADOS EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO**

Los factores reguladores del crecimiento pueden dividirse en dos grandes grupos: Factores endógenos (genéticos, neurohormonales, específicos y metabólicos) y factores exógenos (nutrientes y ambientales), éstos actúan tanto en la fase embrionaria como en la extrauterina. En el crecimiento y desarrollo del niño se produce una interacción entre la herencia y el ambiente. Los factores genéticos

determinan no sólo la talla, sino también la morfología, composición corporal, cronología y patrón de crecimiento individuales. Factores como el estilo de vida, higiene, entorno psicoafectivo, y nutrición van a ser considerados como factores determinantes en éste periodo de la vida. La respuesta de los niños a su ambiente es diferente siendo el crecimiento y desarrollo físico y psicológico indicadores del estado de salud del individuo.

Analizamos los factores exógenos para ver como inciden en el crecimiento, así tenemos en cuenta los factores considerados inmediatos, con un efecto directo sobre el niño, como la alimentación, cuidado y enfermedades y otros factores o condicionantes generales, a menudo de índole social, que inciden en el crecimiento a través de los factores inmediatos.

**La alimentación** seguida por el niño durante el primer año. Para crecer, el organismo necesita energía que tan sólo puede obtener a través de la alimentación. Dicho crecimiento exige para su normal desarrollo un aporte adecuado de energía y nutrientes, esenciales para cubrir las necesidades para la formación de nuevos tejidos

Lactancia materna: Hay que resaltar su importancia. La leche materna se considera la mejor y más importante fuente nutritiva para el niño en los primeros cinco/seis meses de vida. La alimentación materna contribuye a:

La prevención de las enfermedades diarreicas durante el primer año de vida, ya que proporciona protección contra las enfermedades infecciosas, por su contenido en anticuerpos. Así, el niño amamantado tiene pocos cuadros diarreicos y una mayor resistencia ante las enfermedades respiratorias, sobre todo durante los primeros meses de vida

Factores o condicionamientos generales: Es preciso tener en cuenta el ambiente familiar, la pertenencia a una condición socioeconómica y el nivel de estudios de los padres, como determinantes importantes para dar lugar a un modo

de vida con unos hábitos determinados (alimentación, trabajo, paridad, etc.) que van asociados a unos cuidados que favorecen el crecimiento del niño. Los niños adquieren sus hábitos alimentarios muy precozmente y están sujetos a numerosas influencias procedentes, sobre todo, de la familia, de sus costumbres y comportamientos (en relación con factores sociales, económicos y culturales); de ahí la importancia que puedan tener los patrones de alimentación familiares, la escuela (por imitación de lo que hacen sus compañeros de la misma edad), y también la publicidad y la televisión, que pueden tener una gran influencia sobre la conducta alimenticia del niño.

### **Cambio de los hábitos alimentarios**

En algunas partes del mundo los alimentos básicos han cambiado o están cambiando. El maíz, la yuca y las patatas, que se cultivan ahora en África en gran cantidad, se originaron fuera del continente. Como ninguno de estos alimentos se consumía en África hace unos cientos de años, es claro que los hábitos alimentarios de millones de personas han cambiado. Una inmensa mayoría de africanos ha abandonado el ñame y el mijo por el maíz y la yuca, al igual que muchos en Europa cambiaron la avena, la cebada y el centeno por el trigo y las patatas. Los hábitos alimentarios cambian con rapidez. La dificultad, por supuesto, radica en tratar de promover y orientar cambios adecuados y detener los indeseables.

Con frecuencia es difícil descubrir qué factores han sido los más importantes en estimular o influir los cambios en los hábitos alimentarios. El rápido aumento en el consumo de pan en muchos países africanos, latinoamericanos y asiáticos donde el trigo no es un alimento básico, es comprensible. Es por lo menos en parte un fenómeno que ahorra mano de obra; el pan es uno de los primeros alimentos «de conveniencia» que han estado disponibles. Antes de salir de casa para ir al trabajo uno puede comer algunas rebanadas de pan en vez del desayuno tradicional del plato de avena con leche, que requiere tiempo de preparación y es desagradable cuando está frío. El pan puede ser llevado en el

bolsillo y consumirse durante un descanso de la jornada laboral o cuando se está de viaje.

En la mayor parte del mundo, el primer alimento básico tradicional ha permanecido constante, sin tener en cuenta la urbanización, modernización o inclusive la occidentalización. Por lo tanto, en gran parte de Asia el arroz es el alimento básico preferido en áreas rurales y urbanas. Algunas poblaciones en África, tales como los Buganda en Uganda y los Wachagga en la República Unida de Tanzania, continúan prefiriendo los plátanos como alimento básico. Los productos basados en maíz, como las tortillas siguen siendo importantes en las dietas de la mayoría de los mexicanos y de muchos países de América Central.

Es evidente que los cambios en los hábitos alimentarios no son sólo accidentales y se pueden iniciar deliberadamente. A nivel comunitario y familiar, los niños de edad escolar pueden ser importantes agentes de cambio, dado que sus gustos y preferencias están en formación, por lo que si prueban un nuevo alimento tal vez les guste y lo acepten con mayor facilidad. Las comidas escolares pueden servir para introducir nuevos alimentos a los niños y por lo tanto influir en sus hábitos alimentarios. Esta ampliación de la experiencia alimentaria en la infancia es sumamente importante. Los niños pueden influir a la familia inmediata y más adelante a sus propios niños para comer alimentos nuevos altamente nutritivos.

No todo cambio es deseable y no todo nuevo hábito alimentario es bueno. Ésta es una tendencia alimentaria relativamente nueva e indeseable. Menos atención se ha prestado al tema de otros alimentos para bebés, muy promovidos y publicitados en los países en desarrollo. Los alimentos complementarios disponibles localmente o aquellos para el destete, preparados y producidos en el hogar y consumidos tradicionalmente, son con frecuencia tan nutritivos o más que los alimentos manufacturados para bebés, y son siempre más económicos. En general, se introducen de modo gradual mientras se amamanta y se continúa hasta el segundo año de vida y aún más. Los alimentos manufacturados para bebés se deben promover únicamente para quienes están en incapacidad o no

están dispuestos a continuar amamantando. Son seguros y nutricionalmente adecuados cuando se preparan higiénicamente y en la dilución correcta. Y son convenientes para quienes los pueden pagar. Sin embargo, los alimentos manufacturados son costosos si se comparan con los alimentos locales, y para la mayoría de las familias en los países en desarrollo, exceptuando a los ricos, pueden ser una pérdida de dinero. Para las familias que ya tienen poco dinero para gastar en alimentos y otras necesidades básicas, estos alimentos son una forma muy costosa de adquirir los nutrientes que anuncian tener.

Otro tipo particularmente engañoso de publicidad, se relaciona con productos de glucosa de los que se dice suministran «energía instantánea». La energía está presente en casi todos los alimentos más económicos en gran cantidad. De modo semejante, las bebidas anunciadas como «ricas en vitamina C» por lo general son innecesarias, pues pocos niños sufren de carencia de vitamina C. La vitamina C se puede obtener igualmente de frutas como guayabas, mangos y cítricos, o de una vasta gama de hortalizas.

Los alimentos para el destete denominados ricos en proteína también son muy promocionados. Estos son productos nutricionalmente buenos, pero cuestan mucho más que los alimentos ricos en proteína disponibles en el mercado como frijoles, maní, pescado seco, carne, huevos o leche. Por lo general, cuesta mucho más suministrar 100 gramos de proteína de estos productos comercialmente promovidos que, por ejemplo, frijoles comprados en el mercado local. La pregunta esencial es cómo una madre podría mejorar la dieta de su hijo si tuviese un poco de dinero extra para gastar. La respuesta rara vez sería en alimentos manufacturados para bebés.

En algunos países los alimentos básicos han permanecido constantes, pero la preferencia puede haber cambiado a través de los años la rápida difusión y popularidad del arroz refinado en Asia tuvo desastrosas consecuencias y llevó a una alta prevalencia de beriberi, con alta morbilidad y muertes. En muchas partes del mundo, los cereales muy refinados como la harina de trigo, de arroz y de maíz, han reemplazado a los tradicionales que son menos refinados y más nutritivos. En

el Reino Unido y la Federación Rusa, el pan blanco ha reemplazado al pan negro o los panes de granos enteros y, en África oriental, la harina de maíz refinada se compra con frecuencia y ha reemplazado a la harina de maíz menos refinada. La urbanización, la modernización y la sofisticación frecuentemente han llevado a dietas en las que un gran porcentaje del consumo de energía viene de azúcares y grasas, y conduce a un mayor consumo de sal. Todos estos son cambios generalmente negativos desde el punto de vista nutricional.

### **2.5.5. EVALUACION DEL ESTADO NUTRICIONAL**

El estado nutricional de un individuo es la resultante final del balance entre ingesta y requerimiento de nutrientes. En los niños y especialmente durante el primer año de vida, debido a la gran velocidad de crecimiento, cualquier factor que altere este equilibrio repercute rápidamente en el crecimiento. Por esta razón, el control periódico de salud constituye el elemento más valioso en la detección precoz de alteraciones nutricionales, ya que permite hacer una evaluación oportuna y adecuada.

Tradicionalmente, la evaluación nutricional en pediatría, se ha orientado al diagnóstico y clasificación de estados de deficiencia, lo que es explicable dado el impacto que tienen en la morbilidad infantil. Sin embargo, frente al caso individual debe aplicarse una rigurosa metódica diagnóstica que permita detectar no sólo la desnutrición de tipo marásmico, sino también el sobrepeso y la obesidad, cuya prevalencia ha aumentado en forma significativa en los últimos años. En niños hospitalizados o con patologías asociadas es importante incorporar indicadores que ayuden a la detección de la desnutrición visceral y las carencias específicas.

La evaluación del estado nutricional debe incluir:

- Historia médica y dietética (anamnesis nutricional)
- Examen físico, incluyendo antropometría
- Exámenes de laboratorio

### **2.5.5.1 Anamnesis nutricional**

Debe considerar datos acerca del crecimiento previo del niño, incluyendo el peso y la talla de nacimiento; esto permite formarse una idea del patrón de crecimiento, el cual no es uniforme y depende de múltiples factores. También es importante, en el caso de los lactantes, consignar la edad gestacional, ya que en la evaluación de un niño prematuro, durante los primeros meses de vida, debe corregirse su edad, lo que se obtiene restando de la edad cronológica las semanas que faltaron para llegar al término del embarazo. Por ejemplo, un niño de 4 meses que nació a las 32 semanas de gestación tiene efectivamente dos meses de edad corregida y debe ser evaluado como tal.

La omisión de la corrección de la edad de acuerdo a la prematurez es un factor frecuente de error y conduce a sobrediagnóstico de desnutrición en niños que están creciendo normalmente, y puede inducir conductas inadecuadas, como la suspensión de la lactancia o la introducción precoz de alimentación artificial en niños que no la requieren.

El antecedente de patología crónica o de infecciones recurrentes que modifiquen la ingesta, absorción o excreción de nutrientes, o bien, aumenten el gasto energético o las pérdidas nitrogenadas, obliga a una vigilancia nutricional cercana.

### **2.5.5.2 Encuesta Nutricional**

La encuesta alimentaria debe ser siempre acuciosa, en especial si la impresión general orienta a un trastorno nutricional ya sea por deficiencia o por exceso. En los niños menores, deberá incluir datos sobre duración de lactancia, edad de introducción de alimentación láctea artificial, preparación de mamaderas (volumen y composición detallada con respecto a tipo y cantidad de ingredientes), total de fórmula recibida en el día, introducción de alimentos no lácteos (tipo, cantidad, preparación), suplementos vitamínicos y minerales e impresión de la madre acerca del apetito del niño.



En el lactante, la menor variabilidad de la dieta facilita la obtención de datos que reflejen la ingesta habitual, pero la información proporcionada por la madre no siempre es precisa, ya que los datos obtenidos pueden corresponder a lo que ella cree que debe recibir el niño y no a lo que efectivamente está recibiendo, o bien, puede no ser la madre quien prepare la alimentación, o haber errores en el tipo de instrumentos de medición usados (cucharitas en vez de medidas o viceversa).

En el niño hospitalizado puede obtenerse información más precisa a través del balance de ingesta, el cual no está sujeto a las imprecisiones de la encuesta alimentaria y es de gran ayuda para el apoyo nutricional.

Los resultados de la encuesta nutricional o del balance de ingesta deben compararse con los requerimientos estimados del niño para establecer su adecuación.

Es importante consignar antecedentes socioeconómicos y culturales, por su relación con la disponibilidad de alimentos o con patrones dietéticos específicos.

La anamnesis nutricional proporciona antecedentes de gran ayuda en la evaluación del estado nutricional, pero por sí sola no permite formular un diagnóstico.

### **2.5.5.3 Examen físico**

El examen completo y cuidadoso proporciona elementos valiosos para la evaluación nutricional. En algunos casos, el aspecto general del niño, la observación de las masas musculares y la estimación del panículo adiposo, permiten formarse una impresión nutricional, pero ésta debe objetivarse con parámetros específicos.

Los signos clínicos que orientan a desnutrición proteica o a carencias específicas dependen de cambios estructurales a nivel tisular y, por lo tanto, son de aparición tardía. Pueden observarse especialmente en la piel y sus anexos, en los ojos y en la boca; en su mayoría son inespecíficos ya que pueden ser causados por carencias de diferentes nutrientes e incluso obedecer a factores

externos, como exposición al frío o higiene deficiente. En Chile, las carencias específicas son poco frecuentes, con excepción del hierro especialmente en lactantes, y posiblemente el zinc en preescolares y escolares; sin embargo, su existencia no debe olvidarse ya que pueden aparecer en relación a infecciones graves, síndrome de mala absorción, desnutrición proteica y en desnutridos en recuperación nutricional, especialmente en niños con ingesta insuficiente previa. También, pueden presentarse en niños sometidos a nutrición parenteral prolongada que no han recibido suplementación adecuada.

El examen físico también proporciona información acerca de patologías no nutricionales que pueden predisponer a trastornos nutricionales y, por lo tanto, permite identificar a aquellos que requieren vigilancia nutricional más estrecha, como por ejemplo niños con genopatías, enfermedades metabólicas, cardiopatías congénitas, daño neurológico, problemas respiratorios crónicos, patología gastrointestinal, cáncer, infecciones prolongadas o cirugía mayor.

#### **2.5.6. Antropometría**

Es la técnica más usada en la evaluación nutricional, ya que proporciona información fundamentalmente acerca de la suficiencia del aporte de macronutrientes. Las mediciones más utilizadas son el peso y la talla. Las determinaciones del perímetro braquial y del grosor de pliegues cutáneos permiten estimar la composición corporal, y pueden ser de utilidad cuando se usan en conjunto con el peso y la talla, pero no tienen ventajas si se efectúan en forma aislada, salvo cuando los valores son extremos.

Las mediciones antropométricas únicas representan sólo una instantánea y pueden inducir a errores en el diagnóstico, especialmente en lactantes; las mediciones seriadas son una de las mejores guías del estado nutricional del niño. Deben ser efectuadas por personal calificado, usando instrumentos adecuados y ser interpretadas comparándolas con estándares de referencia.

La Organización Mundial de la Salud recomienda el uso de las Curvas de Crecimiento elaboradas por el National Center for Health Statistics (NCHS), ya que

los pesos y tallas de niños provenientes de grupos socioeconómicos alto y medio de países subdesarrollados son similares a los de niños de países desarrollados con antecedentes comparables. En cambio, los referentes locales u otros de menor exigencia podrían estar describiendo el crecimiento de una población que no ha logrado expresar todo su potencial genético.

En el Consultorio Externo de Pediatría de la Pontificia Universidad Católica de Chile se utiliza el patrón NCHS desde 1983. El Ministerio de Salud lo adoptó como patrón de referencia para niños chilenos en 1994.

El peso como parámetro aislado no tiene validez y debe expresarse en función de la edad o de la talla. La relación peso/edad (P/E) es un buen indicador durante el primer año de vida, pero no permite diferenciar a niños constitucionalmente pequeños. Su uso como parámetro único no es recomendable. Se acepta como normal una variación de  $\pm 10\%$  con respecto al peso esperado (percentil 50 o mediana del standard para la edad), o valores que estén ubicados entre + 1 desviaciones estándar y - desviaciones estándar. Entre - 1 y - 2 desviaciones estándar debe considerarse en riesgo de desnutrir y un peso bajo 2 desviaciones estándar es sugerente de desnutrición. El P/E no debe usarse como parámetro de evaluación nutricional especialmente en mayores de 2 años.

La talla también debe expresarse en función de la edad. El crecimiento lineal continuo es el mejor indicador de dieta adecuada y de estado nutricional a largo plazo. Es importante considerar que es un parámetro muy susceptible a errores de medición, y que por lo tanto, debe ser repetida, aceptándose una diferencia inferior a 5 mm entre ambas mediciones. Se acepta como normal una talla entre el 95% y el 105% del standard, lo que en las curvas del NCHS corresponde aproximadamente a valores entre percentil 10 y 90 para la edad.

El niño normal puede cambiar de percentil durante el primer año de vida, dentro de cierto rango, ya que la talla de nacimiento es poco influenciada por factores genéticos o constitucionales, y éstos habitualmente se expresan durante el primer año, período en el cual el niño adquiere su canal de crecimiento.

## **2.5.7 Interpretación de los datos antropométricos**

Existe una selección de tres formas de expresar e interpretar los datos antropométricos de distribución de la población de referencia, mediante las cuales se establece el rango de “normalidad”:

- a. Percentiles
- b. Desviaciones Estándar (valores o puntaje Z)
- c. Porcentajes de la media o mediana

Estas formas de distribución permiten definir la dispersión en torno a la tendencia central y la normalidad, comparar sujetos de diferente sexo y edad, y proporcionar los elementos necesarios para expresar las desviaciones de la mediana en términos de déficit o exceso.

### **a. Percentiles**

Son puntos estimativos de una distribución de frecuencias (de individuos ordenados de menor a mayor) que ubican a un porcentaje dado de individuos por debajo o por encima de ellos.

El percentil expresa la posición de un individuo en una distribución de referencia dada.

Esta es la expresión utilizada para la evaluación antropométrica de los niños en la atención primaria de salud.

Existen gráficas para cada parámetro: el peso, la talla, el índice de masa corporal y la grasa corporal, y son diferentes según se trata de varones o mujeres. En estas gráficas figuran varias líneas, cada una con un número: 3, 10, 25, 50, 75, 90 y 97. Todas las líneas de los percentiles corresponden a valores normales. Los niños excesivamente altos o gordos estarán por encima del percentil 97, mientras

que los excesivamente bajos o delgados estarán por debajo del percentil 3. El percentil 50 indicaría que el niño está en la media.

## **b. Puntuación Z**

Las puntuaciones Z (Z score) expresan la distancia a que se encuentra un individuo, o un grupo poblacional, respecto del centro de la distribución normal en unidades estandarizadas llamadas Z.

La interpretación del valor de Z en la presente investigación será:

- Entre +2 y +3 D.E = Obesidad
- Entre +1 y +2 D.E = Sobrepeso
- Entre -1 y -2 D.E = Desnutrición leve
- Entre -2 y -3 D.E = Desnutrición moderada
- Por debajo de -3 D.E = Desnutrición severa

\* D.E. Desviaciones Estándar.

En su aplicación a la antropometría, es la distancia a la que se ubica la medición de un individuo con respecto a la mediana o percentil 50 de la población de referencia para su edad y sexo, en unidades de desvío estándar. Por tanto, puede adquirir valores positivos o negativos según sea mayor o menor a la mediana.

La puntuación Z, identifica cuán lejos de la mediana (de la población de referencia) se encuentra el valor individual obtenido. Este procedimiento resulta más sensible que los percentiles para la detección temprana de desviaciones del ritmo de crecimiento por lo que se recomienda emplearlo en las evaluaciones periódicas transversales del estado de salud de la población infantil.

$$\text{Puntuación Z} = \frac{(\text{valor observado}) - (\text{mediana del valor de referencia})}{\text{Desviación estándar de la población de referencia}}$$

### **Gráfico N° 1: Fórmula para calcular la puntuación Z**

Cuando el valor observado es menor que la mediana de la población de referencia el valor de Z será negativo, mientras que cuando es mayor que la mediana tendrá signo positivo.

Los puntos de corte permiten mejorar la capacidad para identificar a los niños que sufren o están en riesgo de padecer algún problema nutricional. El punto de corte más usado, es el de -2 desviaciones estándar, para cualquier tipo de indicador empleado. Esto significa que si un niño tiene un valor que cae por debajo de -2 desviaciones estándar, tiene talla baja, bajo peso o desnutrición aguda, ya sea moderada o severa (en la severa el valor cae por debajo de -3 D.E). Generalmente no se emplea el corte de -1 debido a que un gran porcentaje de la población normal cae por debajo de este corte.

Este tipo de valoración puede ser particularmente útil cuando estamos siguiendo evolutivamente el crecimiento de un niño que es portador de alguna enfermedad crónica, en el que queremos evaluar, a partir de los efectos que ejerce ésta en su crecimiento, cómo está evolucionando dicha entidad; también, para conocer con precisión los efectos de un determinado proceder terapéutico o cuando se desea comparar el crecimiento de diferentes grupos de individuos que se encuentran sometidos a condiciones de vida, alimentación o tratamientos diferentes.

#### **c. Porcentaje de la mediana**

Esta forma era la más frecuentemente utilizada en el pasado. Se toma el valor real de peso o talla de cada niño, se divide por el valor de la mediana o

percentil 50 de peso o de talla de los niños de la misma edad y sexo de la población utilizada como referencia y el resultado se multiplica por 100.

$$\text{Adecuación de talla/edad} = \frac{\text{talla del niño estudiado (cm)}}{\text{Valor de la mediana de talla de niños de la misma edad y sexo de la población de referencia}} \times 100$$

Gráfico N°2: Fórmula para calcular el porcentaje de la mediana

Los datos individuales obtenidos se agrupan en categorías de adecuación de peso para edad, talla para edad y peso para talla.

Los puntos de corte basados en porcentajes de adecuación difieren de un indicador antropométrico a otro debido a las diferencias en la amplitud de las curvas de distribución de los distintos indicadores. No obstante, a nivel de atención primaria y para la comunicación con los padres, es de fácil interpretación y los padres entienden más cuando se les dice que su niño tiene el 85% del peso que debe tener que cuando se les dice que está en el percentil 10 o por debajo de -2 desviaciones estándar de lo que se debía esperar.

**Tabla I: Porcentajes de estado nutricional**

<i>Porcentaje De Adecuación De La Mediana</i>					
<b>Talla para edad</b>		<b>Peso para la talla</b>		<b>Peso para la edad</b>	
95%	Normales	90-110%	Normales	90%	Normales
90-94%	Retardo leve	80-89%	Desnutrición leve	75-89%	Desnutridos leves
85-89%	Retardo moderado	70-79%	Desnutrición moderada	60-74%	Desnutridos moderados
< 85%	Retardo grave	<70% o con edema	Desnutrición grave	< 60%	Desnutridos graves

## 2.5.8 Indicadores de dimensiones corporales

El peso como parámetro aislado no tiene validez y puede llevar a un error en el diagnóstico sobre el estado nutricional de un individuo, por tal razón debe expresarse en función de la edad o de la talla, como se expone a continuación:

#### a.- Peso para la Edad (P/E)

El peso para la edad es un índice útil para vigilar la evolución del niño (a), a través del seguimiento de su curva de crecimiento, se compara el peso del niño con el peso de otros niños de la misma edad.

Es sensible, fácil de entender y susceptible de ser modificado en forma relativamente rápida, en situaciones de malnutrición proteico-calórica. Identifica la gravedad de la desnutrición o la presencia de sobrepeso u obesidad.

Sin embargo, el índice peso para la edad ha sido el más usado para clasificar la desnutrición proteico-calórica y determinar su prevalencia. Con esta clasificación se puede evaluar, la desnutrición leve, es decir un peso/edad de 76-90% de la mediana de referencia; la desnutrición moderada 61-75% y la desnutrición grave con un peso/edad menor de 60% o mediante percentiles, como se detalla a continuación.

Tabla II: Clasificación del estado nutricional según percentiles Peso/Edad

Puntos De Corte	Clasificación
$\leq P3$	Desnutrición o Bajo peso
$\geq P3$ a $\leq P10$	Riesgo de desnutrición
$\geq P10$ a $\leq P90$	Normal
$\geq P90$ a $\leq P97$	Sobrepeso
$\geq P97$	Obesidad

#### b.- Talla para la edad (T/E)

Este índice valora la cronicidad nutricional, el déficit refleja el estado de salud y nutrición de un niño o comunidad a largo plazo, tomando en cuenta la



variación normal de crecimiento de una determinada población, peso bajo al nacer, peso o talla corta de los padres, escasa ingestión de nutrimentos, infecciones frecuentes o ambas. A nivel poblacional refleja condiciones socioeconómicas pobres.

Este indicador nos permitirá evaluar el crecimiento lineal del sujeto, debido a que el incremento de talla es más lento que el incremento de peso. Los estados de deficiencia de talla suelen presentarse más lentamente y también recuperarse más lentamente. Por tanto este índice refleja la historia nutricional del sujeto y estima el grado de desnutrición crónica al ser comparado con niños (as) de su misma edad.

“Por sí solo la Talla/Edad no indica la razón de que un individuo sea de baja estatura y puede reflejar tanto un proceso patológico, como una variación normal. En la práctica, la Talla/Edad identifica la desnutrición pasada o crónica. No puede medir cambios en la malnutrición a corto plazo. El déficit de talla para la edad se denomina Talla Baja:

Tabla III: Clasificación del Estado Nutricional según percentiles Talla/Edad

Puntos de Corte	Clasificación*
$\leq P3$	Talla baja
$\geq P3$ a $\leq P10$	Riesgo de Talla baja
$\geq P10$ a $\leq P90$	Normal
$\geq P90$ y $\leq P97$	Ligeramente Alto
$\geq P97$	Alto

Se acepta como normal una talla entre el 95% y el 105% del estándar, lo que en las curvas del NCHS corresponde aproximadamente a valores entre percentil 10 y 90 para la edad.

### c.- Peso para la Talla (P/T)

Este índice expresa la relación entre el peso y la talla del niño (a), determinando así los límites normales para cada peso y para cada talla.

Se utiliza después del primer año de vida para seleccionar solo aquellos niños que padecen desnutrición aguda (peso bajo para su estatura), con riesgo inmediato de enfermar y morir. Estos niños han tenido una pérdida severa, pero dominante de grasa corporal, habitual en la carencia aguda de alimentos, con riesgos de enfermar o morir.

Mediante percentiles o calculando puntuaciones Z valora ambos parámetros independientemente de la edad y es muy útil para detectar precozmente la malnutrición aguda, tanto de desnutrición como de sobrepeso y obesidad.

Se han construido una serie de gráficas de crecimiento del National Center for Health Statistics (NCHS), que permiten enjuiciar fácilmente el estado de nutrición del niño con el conocimiento de la talla, peso y edad, es decir se sitúa al niño dentro de los límites de variación normal, entre los percentiles 10 y 90, los valores bajo el percentil 10 son indicativos de desnutrición y sobre el percentil 90, indican sobrepeso u obesidad.

#### **d.- El índice de masa corporal (IMC)**

Es una medida que usa la variable peso en relación con la talla para evaluar las reservas de grasa corporal. Es una herramienta útil para identificar a las personas que se encuentran con sobrepeso y obesidad en escolares y adolescentes.

Es importante tener en cuenta que cuando está elevado indica "sobrepeso", que puede ser debido a exceso de masa grasa (obesidad) o a exceso de masa magra (constitución atlética). Para diferenciarlo resulta muy útil el perímetro del brazo y el pliegue tricipital y subescapular, que proporcionan información más específica respecto a la composición del peso del niño.

Se calcula mediante la siguiente fórmula:

$$\text{IMC} = \text{Peso en (Kg)} / (\text{Talla en metros})^2$$

Este indicador permite evaluar los niveles de delgadez, sobrepeso u obesidad de este grupo de población al compararlo con los valores de referencia según el sexo. Es una herramienta efectiva de tamizaje y no de diagnóstico por sí sola, así como se detalla a continuación:

Tabla IV: Clasificación del estado nutricional según percentiles IMC/ Edad

Puntos de Corte	Clasificación*
≤ P3	Desnutrición
≥ P3 a ≤ P10	Riesgo de desnutrición
≥ P10 a ≤ P90	Normal
≥ P90 y ≤ P97	Sobrepeso
≥ P97	Obesidad

Su principal desventaja es que varía con la edad, por tanto, en niños su valoración se realiza mediante curva percentilada o con el cálculo de puntuaciones Z.

## 2.6 HIPÓTESIS

Los factores socioculturales influyen en el estado nutricional de los niños de 0 a 5 años de edad, atendidos en el subcentro de salud de Chibuleo de la provincia de Tungurahua durante el periodo Diciembre- Marzo 2013.

## 2.7 SEÑALAMIENTO DE VARIABLES

**2.7.1 Variable independiente:** Factores socioculturales

**2.7.2 Variable dependiente:** Estado nutricional de los niños de 0 a 5 años de edad, atendidos en el subcentro de salud de Chibuleo

## **CAPITULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1 Enfoque de la Investigación.**

Predominantemente cualitativo

#### **3.2 Modalidad básica de la investigación**

- Documental: Se recopilan los datos de las historias clínicas.

#### **3.3 Tipo de investigación**

- Descriptivo.
- Transversal y observacional.

#### **3.4 Población y Muestra.**

Este estudio se realizó con la revisión de las historias clínicas de los niños de 0 a 5 años de edad que acudieron para ser atendidos en el subcentro de salud de Chibuleo durante el periodo diciembre 2012 - marzo 2013, obteniéndose un total de 127 pacientes de los cuales se escogieron aquellos que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión obteniéndose una muestra de 100 pacientes.

#### **3.5 Criterios de inclusión**

- Todos los niños menores de 5 años
- Todos los niños que fueron atendidos en el subcentro de salud de Chibuleo dentro del periodo de investigación.

### 3.6 Criterios de exclusión

- Niños cuyas historias clínicas reportaron alguna patología infecciosa o discapacidad.
- Niños cuyas historias clínicas no contaron con la información completa para la investigación.

### 3.7 Criterios éticos

- Se garantizó una total confidencialidad de los datos y de la identidad de los participantes, así como de los resultados de las medidas antropométricas y datos sociales.

### 3.8 Operacionalización de las variables

#### 3.8.1 Variable Independiente: Factores socioculturales

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS BÁSICOS	TECNICAS INSTRUMENTOS
Conjunto de aspectos relacionados con la condición de vida de la madre o acceso a servicios sanitarios que engloban a una comunidad.	1. Condición de la madre.	Nivel académico Etnia Estado civil Ocupación	¿Cuáles son las características sociales de la madre?	Revisión de historias clínicas
	2. Acceso a servicios sanitarios	Servicios básicos	¿Tiene o no acceso a los servicios básicos?	

Tabla V: Variable independiente

Elaborado: Gabriela Guerrero

### 3.8.2 Variable dependiente: Estado nutricional.

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS BÁSICOS	TECNICAS E INSTRUMENTOS
<p>Estado nutricional :</p> <p>Es la resultante de la valoración de aspectos en los niños tales como el tipo de alimentación, edad y datos antropométricos.</p>	<p>1. Grupos de edad</p> <p>2. Género</p> <p>3. Tipo de alimentación</p> <p>4. Datos antropométricos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0-6m</li> <li>• 7m-12m</li> <li>• 1 a1m-3a</li> <li>• 3 a 1m-5a</li> </ul> <p>Masculino</p> <p>Femenino</p> <p>Leche materna</p> <p>Fórmula</p> <p>Talla</p> <p>Peso</p> <p>Relación P/E</p>	<p>1. ¿Cuáles son los grupos de edad establecidos ?</p> <p>2. ¿Cuál es el género?</p> <p>3. ¿Cuál es el tipo de alimentación que se utiliza?</p> <p>4. ¿Cuáles son los datos antropométricos obtenidos?</p>	<p>Revisión de historias clínicas</p>

Tabla VI: Variable dependiente

Elaborado: Gabriela Guerrero

### **3.9 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:**

La información obtenida en esta investigación permite analizar el estado nutricional de los niños menores de 5 años y su relación con los factores sociales.

La investigación se realizó en un tiempo de 4 meses, fue realizada prospectivamente y por medio del análisis estadístico de los datos obtenidos de las historias clínicas de los pacientes se consiguió la información necesaria para cumplir los objetivos propuestos.

La investigación se realizó en estadística del SCS Chibuleo donde se encuentran las historias clínicas que tienen la información necesaria para la investigación.

### **3.10 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS:**

Una vez seleccionado los datos recolectados de las historias clínicas, se procedió a agruparlos, para elaborar las tablas y cuadros estadísticos, relacionar las variables, analizar, interpretar y tabular la información, para lo cual se utilizó el programa Excel.

## CAPÍTULO IV

### 4.1 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.

Tabla VII: Distribución por género de los niños atendidos en el sub centro de salud de Chibuleo.

Distribución de la población		
Genero	#	%
Femenino	54	54
Masculino	46	46
Total	100	100%

Fuente: Historias clínicas

Elaboración: Gabriela Guerrero

Una vez revisadas las historias clínicas y teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, nos queda un total de 100 niños, con la siguiente distribución de acuerdo al género: evidenciando una mayor cantidad de niñas que corresponden al 54%.

Tabla VIII: Distribución por grupos de edad de niños menores de 5 años del sub centro de salud de Chibuleo.

Rango	Masculino		Femenino		TOTAL	
0 – 6m	11	45.8	13	54.2	24	24%
7m-1 a	12	57.1	9	42.9	21	21%
1 a1m-3 a	7	36.8	12	63.2	19	19%
3 a 1m-5 a	16	44.4	20	55.6	36	36%
TOTAL	46		54		100	100%

Fuente: Historias clínicas

Elaboración: Gabriela Guerrero



De los 100 niños menores de 5 años tomados para la investigación se observó que existe una mayor cantidad de niños que se encuentran entre 3 a 5 años que representa el 36% del total.

**Tabla IX: Datos sobre el tipo de alimentación que recibieron los niños menores de 5 años atendidos en el sub centro de salud de Chibuleo.**

Tipo de Alimentación	Frecuencia	
Leche materna	65	65%
Formula	35	35%
Total	100	100%

**Fuente: Historias clínicas**

**Elaboración: Gabriela Guerrero**

De los 100 niños sujetos de la investigación 65 niños fueron alimentados con leche materna durante sus primeros 6 meses de vida, que corresponde al 65%.

#### 4.1.1. FACTORES SOCIOCULTURALES

##### 4.1.1.1. ESTADO CIVIL DE LAS MADRES

**TABLA X: Estadística de resultados del estado civil de las madres de los niños menores de 5 años atendidos en el sub centro de salud de Chibuleo.**

Estado Civil	Frecuencia	
Soltera	14	14%
Casada	70	70%
Unión Libre	16	16%
TOTAL	100	100%

**Fuente: Historias clínicas**

**Elaboración: Gabriela Guerrero**

En los resultados de la investigación se observó que existe una mayor cantidad de madres que son casadas con un porcentaje de 70%, lo cual contrasta a que 14% de madres son solteras.

#### 4.1.1.2 Auto identificación étnica

**Tabla XI: Datos sobre auto identificación étnica de las madres de los niños menores de 5 años atendidos en el sub centro de salud de Chibuleo.**

auto identificación étnica	Frecuencia	
Indígena	67	67%
Mestizo	33	33%
TOTAL	100	100%

**Fuente: Historias clínicas**

**Elaboración: Gabriela Guerrero**

En la investigación se determinó que la población de estudio es predominantemente indígena ya que está representada con el 67% del total de la muestra.

#### 4.1.1.3 Ocupación

**Tabla XII: Datos sobre la ocupación de las madres de los niños menores de 5 años atendidos en el sub centro de salud de Chibuleo.**

Ocupación	Frecuencia	
Estudiante	15	15%
Quehaceres domésticos	53	53%
Empleo	32	32%
TOTAL	100	100%

**Fuente: Historias clínicas**

**Elaboración: Gabriela Guerrero**

Con los datos recolectados en la investigación se determina que las madres en su mayoría se dedican a los quehaceres domésticos lo cual permite mantenerse mayor tiempo junto a sus hijos en un 53%, y con un 48 % encontramos las madres que por motivo de trabajo o estudio permanecen fuera del hogar encargándose del cuidado de los niños terceras personas.

Lo que significa que 5 de cada 10 niños se encuentran al cuidado de terceras personas debido a que las madres se encuentran fuera del hogar.

#### 4.1.1.4. Nivel de escolaridad

**Tabla XIII: Datos del nivel de escolaridad de las madres de los niños menores de 5 años atendidos en el sub centro de salud de Chibuleo.**

Nivel de escolaridad	Frecuencia	
Primaria	46	46%
Secundaria	47	47%
Superior	7	7%
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

**Fuente: Historias clínicas**

**Elaboración: Gabriela Guerrero**

Con la información recolectada se pudo determinar que la mayoría alcanza un nivel de educación básico, que únicamente el 7% de las madres culminó sus estudios superiores.

#### 4.1.1.5 Acceso a servicios básicos

**Tabla IX: Datos sobre el acceso a servicios básicos de los niños atendidos en el sub centro de salud de Chibuleo.**

Servicios básicos	#	%
Con servicios	81	81
Sin servicios	19	19
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**Fuente: Historias clínicas**

**Elaboración: Gabriela Guerrero**

En el estudio se pudo encontrar que el 19% de los hogares no cuentan con los servicios básicos de electricidad, agua potable y alcantarillado pudiendo contribuir así a adquirir enfermedades que influyan en el estado nutricional de los niños.

#### 4.1.2 Estado nutricional

**Tabla X: Índices de estado nutricional en los niños menores de 5 años atendidos en el SCS Chibuleo.**

Obesidad		Sobrepeso		Normal		Peso bajo		Peso muy bajo		TOTAL	
#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
1	1	2	2	54	54	28	28	15	15	100	100

**Fuente: Historias clínicas**

**Elaboración: Gabriela Guerrero**

Al obtener los datos del estado nutricional de los niños se encontró un grupo numeroso de pacientes que presentan algún grado de desnutrición lo que representa el 43% en relación al 54% de niños con estado nutricional normal.

**Tabla XII: Índices de estado nutricional según género.**

	Obesidad		Sobrepeso		Normal		Peso bajo		Peso muy bajo		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Masculino	1	2.2	1	2.2	22	47.8	14	30.4	8	17.4	46	46%
Femenino			1	1.8	32	59.2	14	22.9	7	12.9	54	54%
Total	1		2		54		28		15		100	100%

**Fuente: Historias clínicas**

**Elaboración: Gabriela Guerrero**

Según los datos recolectados en la investigación no se observa una variación nutricional importante según el género, pues no existe diferencia estadísticamente significativa en el estado nutricional ( $p= 0.305$ ).

**Tabla XII: Relación entre ocupación y estado civil de la madre.**

	Soltero		Casado		Unión libre		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%
Quehaceres domésticos	5	12.9	28	71.8	6	15.3	39	39
Estudiante	7	41.2	5	29.4	5	29.4	17	17
Trabajadora	2	4.5	37	84.1	5	11.4	44	44
<b>Total</b>	<b>14</b>		<b>70</b>		<b>16</b>		<b>100</b>	<b>100%</b>

**Fuente: Historias clínicas**

**Elaboración: Gabriela Guerrero**

Al comparar la ocupación y el estado civil de las madres se determinó que existe un grupo mayoritario de madres casadas que trabajan (84.1%) por lo que los niños se encuentran al cuidado de terceras personas generando algún grado de desnutrición.

**Tabla XIII: Relación entre ocupación y auto identificación étnica de la madre.**

	Indígena		Mestiza		Total	
	#	%	#	%	#	%
Quehacer doméstico	29	70.7	12	29.3	41	41
Estudiante	10	66.7	5	33.3	15	15
Trabajadora	28	63.6	16	36.4	44	44
<b>Total</b>	<b>67</b>		<b>33</b>		<b>100</b>	<b>100%</b>

**Fuente: Historias clínicas**

**Elaboración: Gabriela Guerrero**

Basándose en la información obtenida no se encuentra una diferencia estadísticamente significativa entre la ocupación de las madres indígena y mestiza ( $p=0.6158$ ), pero se puede apreciar que la mayoría de las madres indígenas se dedican al QQDD en un 70.7%.

**Tabla XIV: Relación entre la ocupación y nivel de escolaridad de la madre**

	Primaria		Sec/sup		Total	
	#	%	#	%	#	%
Quehacer doméstico	26	63.4	15	36.6	41	41
Estudiante	0	0	15	100	15	15
Trabajadora	20	45.5	24	54.5	44	44
<b>Total</b>	<b>46</b>		<b>54</b>		<b>100</b>	<b>100%</b>

**Fuente: Historias clínicas**

**Elaboración: Gabriela Guerrero**

Se observa que la mayoría (63.4%) de madres que se dedican a los QQDD tienen instrucción primaria, mientras que todas las estudiantes tienen educación secundaria o superior y en su mayoría de madres trabajadoras tiene empleo fuera del hogar por tanto sus hijos se encuentran al cuidado de terceras personas.

Existe diferencia estadísticamente significativa ( $p= 0.00013716$ ).

**Tabla XV: Relación entre auto identificación étnica y nivel de escolaridad de la madre**

	Primaria		Sec/sup		Total	
	#	%	#	%	#	%
Indígena	35	52.2	32	47.8	67	67
Mestiza	11	33.3	22	66.7	33	33
<b>TOTAL</b>	<b>46</b>		<b>54</b>		<b>100</b>	

**Fuente: Historias clínicas**

**Elaboración: Gabriela Guerrero**

Si bien se observa un porcentaje mayor (52.2%) de madres indígenas con instrucción primaria, no existe diferencia estadísticamente significativa al comparar la escolaridad con la auto identificación étnica.

**Tabla XVI: Relación entre auto identificación étnica y tipo de alimentación.**

	Leche materna		Formula		Total	
	#	%	#	%	#	%
Indígena	43	64.1	24	35.9	67	67
Mestiza	22	66.7	11	33.3	33	33
Total	65		35		100	

**Fuente: Historias clínicas**

**Elaboración: Gabriela Guerrero**

Al realizar la comparación entre el tipo de alimentación de los hijos de madres indígenas y mestizas no se encontró diferencia estadísticamente significativa. (P= 0.8062).

**Tabla XVII: Relación entre el estado nutricional y auto identificación étnica**

	Normal		Desnutrición		Total	
	#	%	#	%	#	%
Indígena	33	49.3	34	50.7	67	69.1%
Mestizo	22	73.3	8	26.7	30	30.9%
Total	55		42		97	100%

**Fuente: Historias clínicas**

**Elaboración: Gabriela Guerrero**

Para comparar el estado nutricional con los factores socioculturales se excluye a los niños con obesidad y sobrepeso.

Al relacionar la auto identificación étnica con el estado nutricional se encontró un mayor porcentaje de niños con algún grado de desnutrición que pertenece a la etnia indígena por lo cual existe una diferencia estadísticamente significativa ( $P=0.0373963$ ), investigaciones realizadas por Rodríguez Annette en las comunidades indígenas venezolanas, indican que el estado nutricional se ha venido deteriorando en los niños de estos grupos étnicos, disminuyendo de esta manera el desarrollo y crecimiento, aunado a la aparición de enfermedades de origen nutricional (Maury et al, 2010).

**Tabla XVIII: Relación entre el estado nutricional y la escolaridad de la madre.**

	Normal		desnutrición		Total	
	#	%	#	%	#	%
Primaria	24	43.6	31	56.4	55	56.7
Sec/sup	20	47.6	22	52.4	42	43.3
Total	44		53		97	100

**Elaboración: Gabriela Guerrero**

**Fuente: Historias clínicas**

Si bien al comparar el estado nutricional con el nivel de escolaridad de la madre no existe una diferencia estadísticamente significativa ( $p=0.6962$ ), se encuentra un mayor porcentaje (56.4%) de niños con algún grado de desnutrición cuyas madres tienen escolaridad primaria. En un estudio realizado por Villalobos Daniel en Venezuela en el año 2012 concluye que en relación con la escolaridad de los progenitores se encontró que el mayor porcentaje de niños desnutridos correspondió a los que tenían madres con nivel educacional primario o inferior.



**Tabla XIX: Relación entre el estado nutricional y ocupación de la madre.**

	Normal		Desnutrición		Total	
	#	%	#	%	#	%
Quehacer domestico	24	58.5	17	41.5	41	42.3
Estudio/trabaja	31	55.4	25	44.6	56	57.7
<b>Total</b>	<b>55</b>		<b>42</b>		<b>97</b>	<b>100</b>

**Fuente: Historias clínicas**

**Elaboración: Gabriela Guerrero**

El estado nutricional al ser comparado con la ocupación de la madre se determinó que no existe diferencia estadísticamente significativa ( $P > 0.05$ ) lo que implica que en el estado nutricional del niño intervienen otros factores además de la ocupación de la madre.

**Tabla XX: Relación entre el estado nutricional y acceso a servicios básicos.**

	Normal		Desnutrición		Total	
	#	%	#	%	#	%
Con servicios	50	64.1	28	35.9	78	80.4
Sin servicios	4	21.1	15	78.9	19	19.6
<b>Total</b>	<b>54</b>		<b>43</b>		<b>97</b>	<b>100</b>

**Fuente: Historias clínicas**

**Elaboración: Gabriela Guerrero**

Se encuentra diferencia estadísticamente significativa entre la disponibilidad de servicios básicos y el estado nutricional de los niños. ( $P=0.0007059$ )

Observando que existe 6.7 veces de probabilidad que un niño cuya familia dispone de servicios de agua potable, energía eléctrica y alcantarillado se encuentre con un estado nutricional normal del que no los dispone.

#### **4.4 Validación de hipótesis**

Se plantea la siguiente hipótesis nula: los factores socioculturales no influyen en el estado nutricional del niño, con el fin de verificar la hipótesis se establece los siguientes cálculos.

Se toma como factores socioculturales la auto identificación étnica.

**Tabla XXI: Relación entre auto identificación étnica estado nutricional.**

E.N. Etnia	Normal		Desnutrición		Total	
	#	%	#	%	#	%
Indígena	33	49.3	34	50.7	67	69.1
Mestizo	22	73.3	8	26.7	30	30.9
Total	55		42		97	100

**Fuente: historias clínicas**

**Elaboración: Gabriela Guerrero**

Existe una probabilidad de 2,83 veces que un niño indígena sea desnutrido, las diferencias son estadísticamente significativas con un IC (1.01-8.11).

La segunda variable a considerar entre los factores socioculturales fue el estado nutricional de los niños con el tipo de alimentación que recibieron.

**Tabla XXII: Relación entre el estado nutricional y tipo de alimentación.**

	Normal		Desnutrición		Total	
	#	%	#	%	#	%
Leche materna	45	72.6	17	27.4	62	63.9
Formula	10	28.6	25	71.4	35	36.1
Total	55		42		97	100

**Fuente: historias clínicas**

**Elaboración: Gabriela Guerrero**

Para comparar se excluye a los niños con obesidad y sobrepeso.

Hay una probabilidad de 6.66 veces superior de que los niños con alimentación materna se encuentren en condiciones normales, existe una diferencia estadísticamente significativo ( $P = < 0.05$ ),  $OR = 6.62$  (2.41-18.62).

Estos resultados coinciden con un estudio encontrado en la revista Horizonte Médico, Volumen 11, enero junio 2011, donde Ubillus Gloria concluye que el mayor porcentaje de desnutrición aguda se encontró en niños que reciben lactancia mixta o lactancia artificial ( fórmula) aun siendo el tipo de alimentación más utilizado la lactancia materna exclusiva.

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1. CONCLUSIONES.

- Al valorar el estado nutricional de los niños (as) menores de 5 años de edad atendidos en el subcentro de salud de Chibuleo y en base a los índices de Peso/Edad y Peso/Talla, se observa que el 55.7% de niños presentaron un estado nutricional normal, 28 pacientes con peso bajo y con peso muy bajo 15 pacientes lo que en conjunto representa el 44.3% de desnutrición.
- Se pudo observar que la mayoría (67%) de los niños estudiados son indígenas y un 33% son mestizos, lo cual influye en el estado nutricional de los niños debido a que las condiciones socioeconómicas deficitarias impiden que los niños sean alimentados y/o cuidados en forma apropiada.
- Se determina que los factores sociales, tales como ocupación y la escolaridad de las madres se relaciona conjuntamente de alguna manera con el cuidado de los niños sin embargo no se encontró diferencias estadísticamente significativas, no así con la etnia donde existe diferencia estadísticamente significativa con una probabilidad de 2.83 veces más que un niño indígena tenga algún grado de desnutrición.
- En el 81% de niños encontramos que tienen acceso a los servicios básicos existiendo diferencia estadísticamente significativa. ( $P= 0.0007059$ ), observando que existe 6.7 veces de probabilidad que un niño tenga un estado nutricional normal cuya familia disponga de servicios básicos con un niño que no lo disponga.

- Con relación al tipo de alimentación se determinó que en un 65% de niños fue alimentados con leche materna siendo uno de los factores que influyen en el estado nutricional de manera positiva entendiéndose que hay una probabilidad de 6.66 veces superior de que los niños con alimentación materna se encuentren en condiciones nutricionales normales.

## **5.2. RECOMENDACIONES.**

Basándonos en las conclusiones antes mencionadas se constatan algunas necesidades y se proponen las siguientes recomendaciones:

- Crear estrategias en materia de salud y nutrición que sean asumibles por los padres de familia a fin de fomentar una alimentación saludable, suficiente y variada encaminada a mejorar la salud de la población.
- Fomentar la alimentación con leche materna en la comunidad, y ratificar que es la manera más acertada para asegurar una buena nutrición en los niños.
- Se recomienda la realización de estudios sobre el tipo de alimentación utilizada como complementaria, lo que facilitaría una mejor valoración del estado nutricional en dicha población.
- Recolectar información más minuciosa acerca de las tradiciones y mitos en cuanto a la alimentación y cuidados de los niños en la población indígena y hacer constar en la historia clínica de los niños.

## **CAPÍTULO VI**

### **PROPUESTA**

#### **6.1. DATOS INFORMATIVOS**

##### **6.1.1. TEMA:**

Elaboración de una guía de alimentación para niños de 0 a 5 años de edad que acude por atención al sub centro de salud de Chibuleo.

##### **6.1.2. INSTITUCIÓN EJECUTORA**

- Sub centro de salud de Chibuleo.
- Área de Estadística.
- Universidad Técnica de Ambato.

##### **6.1.3. BENEFICIARIOS:**

###### **Directos:**

Madres y niños menores de 5 años que acuden a consulta.

##### **6.1.4. UBICACIÓN**

Sub centro de salud de Chibuleo.

##### **6.1.5. TIEMPO ESTIMADO PARA LA EJECUCIÓN**

Inicio diciembre 2012- fin de marzo 2013.

##### **6.1.6. EQUIPO TÉCNICO RESPONSABLE:**

Autora de la investigación: Gabriela Guerrero.

## 6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA.

La niñez es la etapa de la vida más importante, ya que en ella se producen cambios en forma constante, por ello es esencial tener en cuenta la importancia de la alimentación infantil. A partir de una nutrición sana, equilibrada y completa para niños se puede lograr un mejor desarrollo tanto físico como intelectual.

La investigación fue realizada en 100 niños de 0 a 5 años que acuden para ser atendidos en el sub centro de salud de Chibuleo y respetando los criterios de inclusión y exclusión, donde se obtuvo los siguientes resultados:

Al valorar el estado nutricional de los niños menores de 5 años de edad atendidos en el subcentro de salud de Chibuleo y en base a los índices de Peso/Edad y Peso/Talla, se observa que el 55.7% de niños presentaron un estado nutricional normal y el 44.3% presentaron algún grado de desnutrición, independientemente del genero pues no existió diferencias estadísticamente significativas ( $p= 0.305$ ).

Se pudo observar que la mayoría (67%) de los niños estudiados son de etnia indígena y un 33% son de etnia mestiza, donde existe diferencia estadísticamente significativa con una probabilidad de 2.83 veces que un niño indígena tenga algún grado de desnutrición entendiéndose que la etnia influye en el estado nutricional de los niños debido a las condiciones socioeconómicas deficitarias que impiden que los niños sean alimentados y/o cuidados en forma inapropiada.

Se determina que los factores sociales, tales como ocupación, escolaridad y estado civil de las madres en conjunto intervienen de alguna manera con el estado nutricional de los niños ya sea porque al permanecer las madres fuera del hogar por estudio o trabajo los niños se quedan bajo el cuidado de terceras personas sin embargo no se encontró diferencias estadísticamente significativas.

Con relación al tipo de alimentación se encontró que un 65% de niños es alimentado con leche materna siendo uno de los factores que influyen en el estado

nutricional de manera positiva entendiéndose que hay una probabilidad de 6.66 veces superior de que los niños con alimentación materna se encuentren en condiciones nutricionales normales.

### **6.3 JUSTIFICACIÓN.**

Supervisar el crecimiento y desarrollo del niño y de esta manera saber si se encuentra dentro de los rangos normales de acuerdo a su edad. De ser lo contrario, al encontrarse anormalidades, se comienza la búsqueda de causas y soluciones para corregir el problema antes que genere complicaciones.

Basándonos en los datos obtenidos anteriormente se puede evidenciar que la mayoría de los pacientes que acuden se encuentran en un rango normal dentro del estado nutricional pero a la vez se observa un porcentaje de pacientes que se encuentran bajo los límites normales y se puede evidenciar la relación con factores sociales.

Es por ello que la difusión de información necesaria es de vital importancia a las madres que acudan con sus hijos al control del niño sano, no únicamente cuando el niño se encuentre enfermo de tal manera nos ayudaría a concientizar sobre los riesgos de no supervisar su estado nutricional además que los pacientes serán instruidos para su prevención.

### **6.4 OBJETIVOS.**

#### **6.4.1. Objetivo General.**

Elaborar una guía de alimentación para niños de 0 a 5 años de edad que acuden por atención al sub centro de salud de Chibuleo.



#### **6.4.2. Objetivos Específicos.**

- Capacitar al personal de SCS de Chibuleo para el manejo de la guía de alimentación para niños de 0 a 5 años de edad.
- Orientar a las madres de los niños menores de 5 años que acuden a ser atendidos en el área de consulta externa del sub centro de salud de Chibuleo sobre la utilización de la guía de alimentación.

#### **6.5. ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD.**

La presente propuesta es factible ya que ayudara a que exista una disminución de los niños que se encuentran con un mal estado nutricional además ayudara para que todos las madres tengan conocimientos básico acerca de la buena alimentación de los niños.

Se brindara una ayuda a la sociedad mediante la capacitación sobre este tema para que las causas de desnutrición disminuyan así como las posibles patologías causadas por ello.

Con la entrega a las madres de esta guía con la información necesaria acerca de la nutrición en niños menores de 5 años conjuntamente con una orientación adecuada se responderán las inquietudes sobre este tema.

#### **6.6. FUNDAMENTACIÓN.**

### **NUTRICION EN NIÑOS**

### **LA NUTRICION EN LOS NIÑOS ES BASICA PARA SU DESARROLLO**

La nutrición representa un factor indispensable para que se desarrollen todas las potencialidades físicas, biológicas e intelectuales del ser humano. Sus necesidades varían de acuerdo con las diferencias genéticas y metabólicas de cada individuo. Por lo tanto el estado nutricional de los niños guarda relación directa con la calidad de la ingesta de alimentos, y las condiciones que permiten su incorporación a la dieta.

Cualquier etapa del desarrollo puede verse afectada por un déficit en el aporte energético, proteico y de otros nutrientes o por alteraciones en su utilización.

Las referencias del crecimiento son uno de los instrumentos más valiosos y usados con más frecuencia para evaluar el bienestar general, estado de salud y desarrollo normal de grupos de niños y sus comunidades. La vulnerabilidad de la salud de los lactantes y los niños pequeños también hace que las evaluaciones del crecimiento sean indicadores “centinela” de su salud y de desarrollo.

Para el pediatra de atención primaria el seguimiento periódico del niño lo convierte en el mejor conocedor de su crecimiento, desarrollo y estado de nutrición. Entendiendo bien la fisiología y evaluando la progresión individual en el tiempo, dispone de la mejor herramienta para detectar precozmente cualquier desviación de la normalidad.

El crecimiento y desarrollo asociado al estado nutricional constituyen uno de los índices más sensibles y útiles para determinar el nivel de desarrollo y la calidad de vida de la población, debido a que involucran una perspectiva dinámica y evolutiva del ser humano.

El estado nutricional de un individuo es la resultante final del balance entre ingesta y requerimiento de nutrientes. En los niños y especialmente durante el primer año de vida, debido a la gran velocidad de crecimiento, cualquier factor que altere este equilibrio repercute rápidamente en el crecimiento

La evaluación del estado nutricional consiste en la determinación del nivel de salud y bienestar desde el punto de vista de su nutrición, y depende del grado en que las necesidades fisiológicas, bioquímicas y metabólicas de nutrientes estén cubiertas por la ingestión de alimentos en la dieta. Este equilibrio dinámico entre demandas y requerimientos resulta afectado por factores diversos, como la edad, sexo, actividad desarrollada, situación fisiológica, patológica, psicosocial y nivel cultural.

El diagnóstico del estado nutricional: Es un proceso que comprende la aplicación de un método de diagnóstico para determinar el estado nutricional de una persona. Pretende identificar la presencia, naturaleza y extensión de situaciones nutricionales alteradas, las cuales pueden oscilar desde la deficiencia al exceso. Para ello se utilizan métodos médicos, dietéticos, exploraciones de la composición corporal y exámenes de laboratorio; que identifiquen aquellas características que en los seres humanos se asocian con problemas nutricionales. El diagnóstico del estado nutricional será por tanto la acción y efecto de estimar, apreciar y calcular la condición en la que se halle un individuo según las modificaciones nutricionales que se hayan podido afectar.

**El crecimiento** puede ser utilizado como índice del estado nutricional a corto o a largo plazo, dependiendo del tipo de medida antropométrica, las curvas de crecimiento elaboradas en ambos sexos para diferentes parámetros y en función del tiempo son expresadas en percentiles, y pueden ser indicadores de malnutrición crónica (talla) o actual (peso), existiendo otros también que relacionan el peso, talla, el perímetro cefálico y braquial con la edad. El seguimiento de estas curvas depende de factores genéticos, nutricionales, situación fisiopatológica, de tal forma que cada individuo suele seguir la curva de su percentil según su herencia genética predeterminada. Las alteraciones en el crecimiento pueden ser reversibles e irreversibles, en función de la etapa y duración del desequilibrio nutritivo.

## **VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL**

El uso inteligente de la anamnesis, exploración física y antropométrica y la selección de algunas pruebas complementarias constituye la forma más eficaz de orientar un trastorno nutricional para poder instaurar pronto medidas terapéuticas y determinar aquellos casos que deben ser remitidos al centro de referencia para su evaluación más completa.

### **La valoración nutricional tiene como objetivos.**

- Controlar el crecimiento y estado de nutrición del niño, identificando las alteraciones por exceso o defecto.
- Distinguir el origen primario o secundario del trastorno.

### **Sistemática de la valoración**

- Anamnesis
- Exploración física
- Antropometría
- Encuesta nutricional

### **Factores de riesgo de desnutrición**

La vulnerabilidad alimentaria refleja "la probabilidad de que se produzca una disminución aguda del acceso a alimentos, o a su consumo, en relación con un valor crítico que define niveles mínimos de bienestar humano". La vulnerabilidad nutricional, por su parte, se relaciona con el aprovechamiento biológico de los alimentos, condicionado a su vez por factores ligados a la calidad de la dieta y al estado de salud individual, entre otros aspectos.

## **Factores sociales, culturales y económicos:**

La desnutrición se relaciona estrechamente con la extrema pobreza. Sin embargo, ambas presentan características específicas, por lo que no pueden ser tratadas como un solo fenómeno. Entre los diversos aspectos relacionados con la pobreza que inciden en la desnutrición, cabe destacar los siguientes:

- El bajo nivel de ingresos limita el acceso a los alimentos, en cantidad o calidad necesarias, o en ambas.
- La falta de acceso a la tierra afecta a la capacidad de acceso al crédito y otros recursos, lo que repercute en los ingresos económicos.
- La sustitución de cultivos tradicionales por cultivos comerciales más rentables tiende a aumentar la vulnerabilidad nutricional y reducir el acceso a alimentos en tiempos de caída de precios o crisis económicas.
- El bajo nivel educativo parental en especial de la madre y la falta de conocimientos sobre salud reproductiva, nutrición y desarrollo infantil inciden negativamente en la nutrición de los hijos.
- La falta de acceso y la deficiente calidad de los servicios de atención primaria de salud y de intervenciones específicas en salud y nutrición, representan otro obstáculo considerable.
- La condición de pobreza extrema, discriminación y aislamiento geográfico de los pueblos indígenas son factores relacionados con la alta prevalencia de desnutrición en dichas poblaciones. En el caso de los países con una considerable presencia indígena, por ejemplo, la desnutrición es superior entre niños pertenecientes a hogares indígenas.
- La pérdida de capital social y la desarticulación de las redes de apoyo de los más pobres, como consecuencia de procesos migratorios y conflictos sociales, limitan la capacidad de respuesta colectiva ante desastres naturales o económicos que dificultan su acceso a los alimentos.

## **Alimentación**

Lo que el niño consuma en esta etapa va repercutir en su salud en el futuro. Es otras palabras, debe consumir una alimentación balanceada con el fin de tener un adecuado crecimiento y desarrollo, prevenir enfermedades.

## **Lactancia materna**

La lactancia exclusivamente materna durante los primeros 6 meses de vida aporta muchos beneficios tanto al niño como a la madre. Entre ellos destaca la protección frente a las infecciones gastrointestinales, que se observa no solo en los países en desarrollo, sino también en los países industrializados. El inicio temprano de la lactancia materna (en la primera hora de vida) protege al recién nacido de las infecciones y reduce la mortalidad neonatal. El riesgo de muerte por diarrea y otras infecciones puede aumentar en los lactantes que solo reciben lactancia parcialmente materna o exclusivamente artificial.

La leche materna también es una fuente importante de energía y nutrientes para los niños de 6 a 23 meses. Puede aportar más de la mitad de las necesidades energéticas del niño entre los 6 y los 12 meses, y un tercio entre los 12 y los 24 meses. La leche materna también es una fuente esencial de energía y nutrientes y reduce la mortalidad de los niños malnutridos.

## **Alimentación complementaria**

Alrededor de los 6 meses, las necesidades de energía y nutrientes del lactante empiezan a ser superiores a los que puede aportar la leche materna, por lo que se hace necesaria la introducción de una alimentación complementaria

Si no se introducen alimentos complementarios cuando el niño cumple los 6 meses o si son insuficientes, su crecimiento puede verse afectado. Los principios rectores de una alimentación complementaria apropiada son:

- Seguir con la lactancia materna a demanda, con tomas frecuentes, hasta los 2 años o más.
- Ofrecer una alimentación que responda a las necesidades del niño (por ejemplo, darles de comer a los lactantes y ayudar a comer a los niños mayores; darles de comer lenta y pacientemente, alentándolos a que coman, pero sin forzarlos; hablarles mientras tanto, y mantener el contacto visual).
- Mantener una buena higiene y manipular los alimentos adecuadamente.
- Empezar a los 6 meses con pequeñas cantidades de alimentos y aumentarlas gradualmente a medida que el niño va creciendo.
- Aumentar gradualmente la consistencia y variedad de los alimentos.
- Aumentar el número de comidas: dos a tres al día para los lactantes de 6 a 8 meses, y tres a cuatro al día para los de 9 a 23 meses, con uno o dos refrigerios adicionales si fuera necesario.
- Ofrecer alimentos variados y ricos en nutrientes.
- Utilizar alimentos complementarios enriquecidos o suplementos de vitaminas y minerales si fuera necesario.
- Durante las enfermedades, aumentar la ingesta de líquidos, incluida la leche materna, y ofrecerles alimentos blandos y favoritos.

**Cómo influir para obtener cambios positivos en la alimentación.**

¿Qué pueden hacer los trabajadores de la salud o los nutricionistas sobre los hábitos alimentarios, tradicionales y nuevos en una comunidad? Pueden:

- Proteger, apoyar y ayudar a conservar los numerosos y excelentes hábitos alimentarios que existen y son nutricionalmente valiosos.
- Respetar el conocimiento y las costumbres de la gente en la comunidad donde trabajan
- Disuadir a las familias a comprar productos manufacturados para bebés y estimularlos a usar los alimentos complementarios disponibles localmente.
- Producir material informativo que ayude a detener el avance de la alimentación con biberón.
- Dar los pasos necesarios para introducir buenas prácticas de alimentación en las escuelas locales y otras instituciones.

## 6.7 PLAN OPERATIVO

Tabla XXIII: plan operativo

FASES	
<b>PLANIFICACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitar autorización al encargado de la institución para realizar el proyecto.</li> <li>• Recolección de información para la elaboración de una guía de alimentación para los niños menores de 5 años.</li> <li>• Elaboración de la guía.</li> <li>• Capacitación al personal de salud encargado del manejo de la guía.</li> </ul>
<b>EJECUCIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrega de las guías a las madres de los niños menores de 5 años que acuden a consulta.</li> <li>• Orientar a las madres acerca de la utilización de las guías.</li> </ul>
<b>EVALUACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recolectar datos en la historia clínica acerca de la alimentación que recibe el niño mediante la entrevista a la madre.</li> </ul>



- |  |   |
|--|---|
|  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Verificar las tablas de crecimiento de los niños menores de 5 años cuyas madres recibieron la guía y valorar si hay mejora en el estado nutricional del niño.</li></ul> |
|--|---|

**Elaboración:** Gabriela Guerrero

## **6.8. ADMINISTRACIÓN.**

La presente propuesta para su desarrollo estará administrada por el investigador Gabriela Guerrero, quien se encargara de la realización, elaboración y difusión de la información y por el Tutor de Proyecto Investigativo: Dr. Becker Santiago Neto quien se encargó de dar su ayuda investigativo, teórica durante la realización del trabajo y apoyó con fundamento científico para establecer la propuesta de solución al problema.

## **6.9. PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN.**

Nos permitirá tener una idea sobre el alcance y logros de los objetivos planteados utilizando la aplicación de entrega de folletos a las madres que acudan a consulta externa con sus niños menores de 5 años en el sub centro de salud de Chibuleo, así se podrá capacitar y se va a contribuir a la sociedad y a disminuir los niveles de mal nutrición en niños menores de 5 años.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

### BIBLIOGRAFÍA:

Benavides P. (2011) Análisis de la influencia de factores sociales en el estado nutricional de escolares del noroccidente de Pichincha, en el marco de la estrategia de atención primaria en salud y escuelas promotoras de salud, Ecuador.

El Clarín. (2010). Crece el hambre: en el mundo hay 842 millones de desnutridos. Informe del Organismo de la ONU para la Agricultura y la Alimentación.

Kieffer F. (2008). Uso de curvas de crecimiento de los centros para el control y prevención de enfermedades en niños mexicanos; Anales Médicos, 189-201.

Lorraine V, (2008) La alimentación infantil en México y su relación con la utilización de servicios de la salud materna, Vol 34 (6). México.

Martinez R. (2005) Desnutrición infantil en América latina y el Caribe.

Núñez M. (2008) Desnutrición en prescolares de familias migrantes.3ª ed, México Anónimo. (2007). *Situación Nutricional en Ecuador*. Las cifras de la desnutrición en Ecuador.

Ubillus G, (2011). Estado nutricional del lactante de uno a seis meses y tipo de lactancia, Revista Horizonte Medico, 11, 19-23.

### LINKOGRAFIA.

Arias M, (2011). Estado nutricional y determinantes sociales proximales en salud asociados en niños menores de 5 años de una población arhuaca como marco para la orientación de una estrategia de seguridad alimenticia, Recuperado el 23 de octubre de 2013, disponible en <http://intellectum.unisabana.edu.co:8080/jspui/bits>

tream/10818/3179/1/M%C3%B3nica%20Viviana%20Arias%20Andrade\_152654.pdf

Barragán M. (2001). Perfil Nutricional de Ecuador, Recuperado el 10 de septiembre de 2013. Disponible en <ftp://ftp.fao.org/es/esn/nutrition/ncp/ecumap.pdf>.

Buitron D, (2004). Estado nutricional en niños naporunas menores de cinco años en la Amazonía ecuatoriana, Recuperado el 10 de septiembre de 2013. Disponible en [http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S10204989200400030003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S10204989200400030003&script=sci_arttext)

Diaz J, (2007). Factores que influyen en la desnutrición proteica en menores de cinco años, Recuperado 23 de agosto de 2013. Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos63/factores-desnutricion-menores-edadcinco/factores-desnutricion-menores-edad-cinco2.shtml#ixzz2eRXo5ciB>.

Duran B, (2009). La ocupación de la madre como factor determinante del estado nutricional de niños menores de 7 años de ciudad Juárez. Recuperado 1 de septiembre de 2013, Disponible en <http://www.uacj.mx/ICB/RedCIB/publicaciones/Tesis%20Licenciatura/Documents/Nutrici%C3%B3n/La%20ocupaci%C3%B3n%20de%20la%20madre%20como%20factor%20determinante%20del%20estado%20nutricio%20de%20ni%C3%B1os%20menores%20de%207%20a%C3%B1os%20de%20Ciudad%20Ju%C3%A1rez.pdf>.

Estado nutricional de niños y niñas menores de cinco años, (2009) [Base de datos]. Panamá, Disponible en [http://www.unicef.org/panama/spanish/Encuesta\\_Niveles\\_de\\_Vida\\_WEB.pdf](http://www.unicef.org/panama/spanish/Encuesta_Niveles_de_Vida_WEB.pdf)

Hodgson M, Evaluación del estado nutricional, Recuperado 20 de octubre 2013, disponible en <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/evalestadnutric.html>.

Martinez C, Valoración del estado nutricional, Recuperado el 12 de septiembre de 2013. Disponible en <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd65/CMartinez.pdf>

Rodríguez A (2012), Evaluación del estado nutricional en niños de la comunidad "Los Naranjos", Carabobo, Venezuela, Recuperado el 15 de agosto de 2013, Disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-30032012000300002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032012000300002).

Sevilla R, (2011). Lactancia Materna vs Nuevas Fórmulas Lácteas Artificiales: Evaluación del Impacto en el Desarrollo, Inmunidad, Composición Corporal en el Par Madre/Niño. Recuperado 12 de octubre de 2013, Disponible en [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S101229662011000100002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S101229662011000100002&script=sci_arttext).

Villalobos DI, (2012). Situación Nutricional y Patrones Alimentarios de Niños Indígenas en Edad Escolar de la Etnia Wayuú, Recuperado 3 de agosto de 2013, Disponible en <http://www.didac.ehu.es/antropo/28/28-12/Villalobos.pdf>.

## **CITAS BIBLIOGRÁFICAS - BASE DE DATOS UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO.**

**LILACS:** Sigüencia N. (2003). Estudio de factores sociales y culturales que influyen en el estado nutricional de los niños de 2 meses a 4 años. Recuperado el 9 de agosto de 2013. Disponible en <http://www.bvsde.paho.org/textom/sct/045674.pdf>

**SCIELO:** González A, (2010). Evaluación del estado nutricional e implicancias en un centro de salud familiar, Recuperado el 18 de agosto de 2013, Disponible en [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S071775182010000200005&lang=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775182010000200005&lang=es)

**SCIELO:** Alcaraz G, (2008). Estado nutricional y condiciones de vida de los niños menores de cinco años del área urbana del municipio de Turbo, Antioquia, Colombia, Recuperado el 5 de agosto del 2013, Disponible en

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S012041572008000100010&lang=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012041572008000100010&lang=es).

**SCIELO:** León A, (2009). Estado nutricional en niños menores de 5 años en un consultorio de Babahoyo (República del Ecuador), Recuperado el 10 de octubre de 2013, Disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?Script=sci\\_arttext&pid=S156130032009000100003&lang=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S156130032009000100003&lang=es)

**SCIELO:** Pimentel P. (2009). Inseguridad alimentaria, condiciones socioeconómicas e indicadores antropométricos en niños de la región metropolitana de Río de Janeiro/Brasil. Recuperado el 16 de septiembre de 2013. Disponible en [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S01020982009000200008&script=sci\\_abstract&tIng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S01020982009000200008&script=sci_abstract&tIng=es)

## ANEXOS

# Guía de orientación alimentaria



Ideas sencillas para  
alimentar de forma  
nutritiva a niños  
menores de 5 años.

Comer sano no sólo depende de los alimentos saludables que le dé a su hijo, sino también de aprovechar el momento de la alimentación para acercarse, formar hábitos y fomentarle el gusto por la comida saludable.



Usted puede ayudar a su hijo a que a lo largo de su vida prefiera ingerir alimentos saludables, que pruebe muchos tipos de alimentos, que disfrute el momento de la alimentación en familia y coma una dieta balanceada de acuerdo a su edad.

Durante los tres primeros años es posible fomentar y desarrollar el hábito de comer saludable en su hijo.

## ¿Cómo es una alimentación correcta?



La alimentación correcta debe reunir las siguientes características:

**Completa**, que incluya por lo menos un alimento de cada grupo en cada comida.

**Equilibrada**, que los alimentos tengan las proporciones nutritivas recomendadas para crecer, desarrollarse y mantenerse sano.

**Higiénica**, preparar los alimentos con la limpieza necesaria para no enfermarse.

**Suficiente**, consumir en cada comida la cantidad necesaria de alimentos para cubrir la necesidades nutricias.

**Variada**, incluir alimentos de diferentes sabores, colores, olores y consistencias en cada comida.

**Adecuada**, que sea adecuada al gusto, costumbres, disponibilidad y accesibilidad de las personas.

**Oportuna**: dar al niño varias comidas al día.

## Pirámide alimenticia



La alimentación del niño debe contener o combinar los alimentos según su edad y necesidades nutricionales.

Grupos de alimentos y sus aportes para la nutrición del niño.

### Lácteos

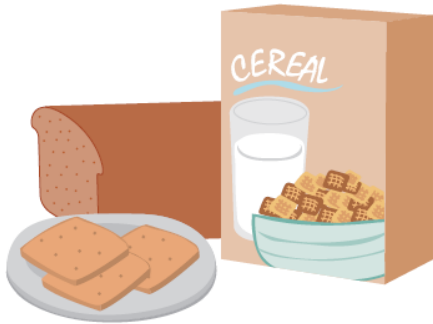


Encontramos: la leche, yogur, queso.

Ayudan a tener huesos y dientes más sanos porque aportan proteínas y calcio.

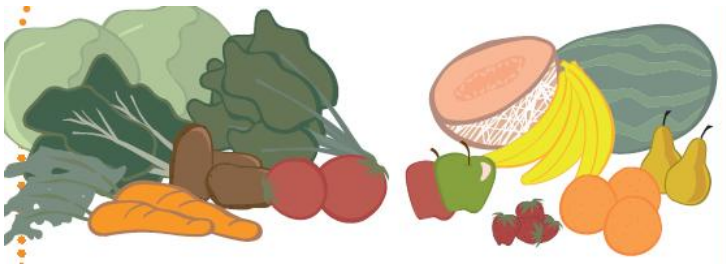
### Cereales





El pan y los cereales contienen hidratos de carbono y calorías,  
La avena contiene fibra que facilita el tránsito intestinal.

### Frutas y verduras



Además de vitaminas y minerales contienen antioxidantes que ayudan a prevenir enfermedades del corazón y distintos tipos de cáncer.

Se recomienda que el niño consuma 5 frutas o verduras variadas cada día.

### Legumbres



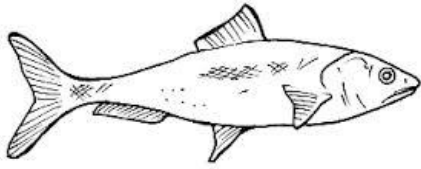
El frejol, garbanzos, lentejas o arvejas tienen proteínas, minerales y vitaminas.

Contienen fibra que ayuda a reducir los niveles de colesterol en la sangre y facilita la digestión.

Reemplazan a la carne aportando menos grasa si se comen con cereales como arroz o fideos.

### Pescados

El pescado contiene proteínas y minerales tan buenos como la carne.



Los pescados como el atún, sardina, corvina, tilapia contienen omega 3 que contribuye a disminuir el colesterol de la sangre ayudando a prevenir enfermedades del corazón.

### Grasas



Se debe usar en poca cantidad, prefiera los alimentos bajos en grasas saturadas y colesterol, frituras para prevenir enfermedades del corazón.

### Agua



Beber agua quita la sed.

Es necesario que el niño reponga el agua que pierde a través de la respiración, orina, sudor, y deposiciones.

El agua favorece la eliminación de desechos tóxicos del cuerpo.

Evite las bebidas gaseosas, y bebidas artificiales.

## Recomendaciones especiales

Tipo de alimentos que necesita el niño en cada etapa de su vida.



A medida que su hijo o hija va creciendo, su alimentación cambia y queremos mostrarle lo que puede hacer en cada etapa para ayudar a desarrollar hábitos de alimentación saludable.

Alimentación del niño desde el nacimiento a los 6 meses de edad.

- Los primeros 6 meses solo leche materna



- De día y de noche, todas la veces que pida su hijo (8 veces o más por día)
- Amamantar al niño cuando muestre signos de hambre: comience a quejarse, a chuparse los dedos o mueva los labios.
- No necesita otras comidas o líquidos.
- En cada toma, motivar al niño o niña a vaciar los senos en forma alternada.

- Evitar el uso de biberones o chupones.

### Posiciones para amamantar



**Una buena posición** es aquella en la que tanto la madre como el niño están en una postura cómoda.

Alimentar no debe doler y debe ser un acto placentero.

El bebé debe estar cómodo, sin tener que hacer un esfuerzo para lactar.

### Alimentación del niño de 6 a 8 meses de edad.

Continuar con la lactancia materna las veces que el niño lo desee.



- Preparar los primeros alimentos en forma de puré, inicie con 2-3 cucharadas, hasta llegar a media taza a los 8 meses de edad.

## Alimentos que pueden consumir:

Cereales: arroz, avena, quinua, trigo



Vegetales: espinaca, zapallo, acelga, zambo

Tubérculos: papa, melloco, yuca, zanahoria blanca, camote.



Frutas: guineo, manzana, pera, papaya, melón, melón, granadilla, entre otras, excepto cítricos.

Yema de huevo: Debe darse progresivamente; comenzar con una cucharadita hasta llegar a la yema entera.

## Recomendaciones:

- Comenzar con dos o tres cucharadas de alimentos bien aplastados con un tenedor, no licuados, de modo que formen una papilla espesa.
- Introducir cada nuevo alimento por separado.
- Permitir que el niño o niña pruebe y consuma por tres días un alimento, antes de darle otro.
- Cada alimento nuevo debe introducirse de una a dos cucharaditas e incrementarlo a libre demanda.
- La comida debe colocarse en la mitad de la lengua para evitar que el niño o la niña la escupa.
- Evitar alimentos que puedan causar atragantamiento (semillas, uvas, zanahoria cruda, entre otros).
- Se sugiere comenzar con una comida y aumentar progresivamente hasta las dos a tres comidas diarias.  
(UNICEF, 2008. OMS, 2008. MSP, 2006)
- Preparar la comida de su hijo o hija sin adición de sal, azúcar o endulzantes.

- El niño debe recibir su comida en su propio plato y cucharita.
- El niño debe estar sentado, con apoyo corporal seguro, con sus manos descubiertas.

### ¿Cómo preparar una papilla?



- Lavar las manos del niño, padres o cuidadores con agua segura y jabón: antes de preparar y servir la comida, antes de alimentar al niño.
- Seleccionar las verduras, retirar las partes deterioradas y lavar los alimentos con abundante agua segura: hervida, purificada, filtrada o clorada.

- Colocar las verduras cocidas (3 a 5 colores) y escurridas en un plato y aplastar con un tenedor hasta obtener puré.

### Alimentación del niño de 9 a 11 meses de edad

Continuar con la leche materna y además:

- Alimentos cocinados y finamente cortados o aplastados.
- Hortalizas y verduras (zanahoria, zapallo, acelga, col).
- Carnes de res, pollo, hígado, pescado bien cocinadas y finamente cortadas.
- Cereales como: arroz, quinua, trigo, maíz.
- Leguminosas: frejol, arveja, lenteja, chocho, haba aplastados.
- Frutas crudas o cocinadas en papilla o puré todas excepto cítricos. (mora, tamarindo, toronja, borojo, naranja, maracuyá, piña, limón, kiwi)



🍌 Cereales más leguminosas: por ejemplo: arroz con fréjol o lenteja aplastados, sopa o colada de avena con chocho, sopa de quinua con arvejas.

🍌 A esta edad, el niño o niña puede sostener una taza por sí solo, come con los dedos o empieza a hacerlo con una cuchara pequeña. Por tanto, es necesario proporcionar alimentos en trocitos para que el niño o niña aprenda a masticar.



🍌 Se recomienda dar tres comidas al día además de la lactancia materna a libre demanda.

Alimentación del niño de 12 a 24 meses de edad



- Continuar con la lactancia materna tan seguida como el niño o niña quiera, luego de la alimentación complementaria.
- Brindar comidas sólidas y variadas que incluyan alimentos que sean consumidos por el resto de la familia.
- Cortar los alimentos en trozos.

A partir del año, los niños y niñas pueden comer:

- Huevo entero
- Leche de vaca
- Frutillas
- Chocolate
- Frutas cítricas
- Pescado

No ofrecerle los siguientes alimentos:

- Frituras
- Enlatados
- Embutidos
- Gaseosas
- Caramelos
- Mariscos
- Grasas animales
- Sal
- Azúcar
- Café



- Brindar al niño tres a cuatro comidas al día, más uno a dos refrigerios que incluyan lácteos.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador Dirección Nacional de Nutrición. Programa Nacional de Alimentación y Nutrición, PANN 2000.

## Ejemplos de colaciones





## Alimentación del niño de dos a cinco años

- ✓ Brindar comidas sólidas y variadas que contengan alimentos que sean consumidos por el resto de la familia.

### Consumir diariamente:

- Lácteos, vísceras, huevos, leguminosas y cereales integrales.
- Frutas y vegetales.
- Alimentos ricos en omega 3 y 6 (aceites vegetales, nueces, semillas y pescado).



### Evitar el consumo de:

- Dulces, gaseosas, gelatina y alimentos muy azucarados.
- Alimentos procesados, embutidos, snacks, enlatados.
- Moderar el consumo de sal.
- Evitar alimentos fritos.



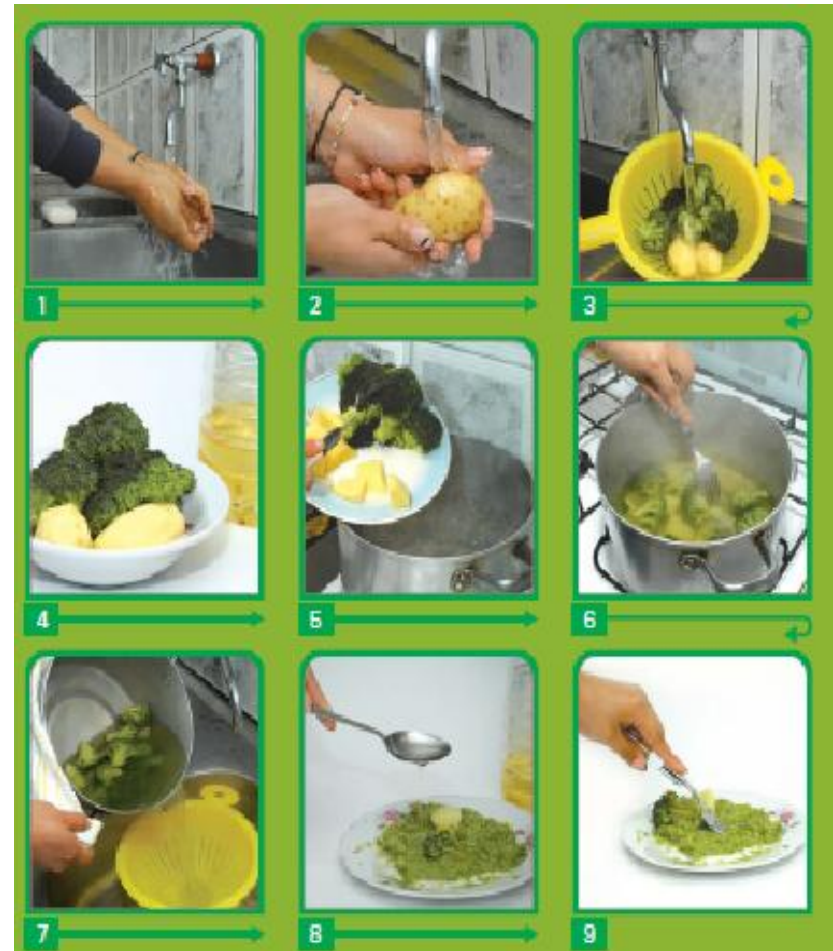
© Can Stock Photo - csp13178116

- ✓ Brindar un plato de acuerdo con la edad, actividad física y estado nutricional.
- ✓ Dar tres comidas principales y dos refrigerios que incluyan lácteos.

## Ideas saludables para preparar



## Papilla de verduras



- La papilla se debe dar al niño cuando este tibia.

## Papilla de maíz



### INGREDIENTES

- 1 litro de agua
- verduras variadas (zanahorias, apio, hierbas para el caldo)
- 4 cucharadas de harina de maíz
- pechuga de pollo (opcional)

### PREPARACIÓN

Preparar el caldo con las verduras lavadas y troceadas. Separar las verduras del caldo y reservarlas. Utilizar media taza del caldo para disolver la crema de maíz, que añadiremos lentamente para evitar la formación de grumos. Triturar la pechuga cocinada y añadirla a la crema de maíz junto con las verduras hechas puré.

## Papilla de avena



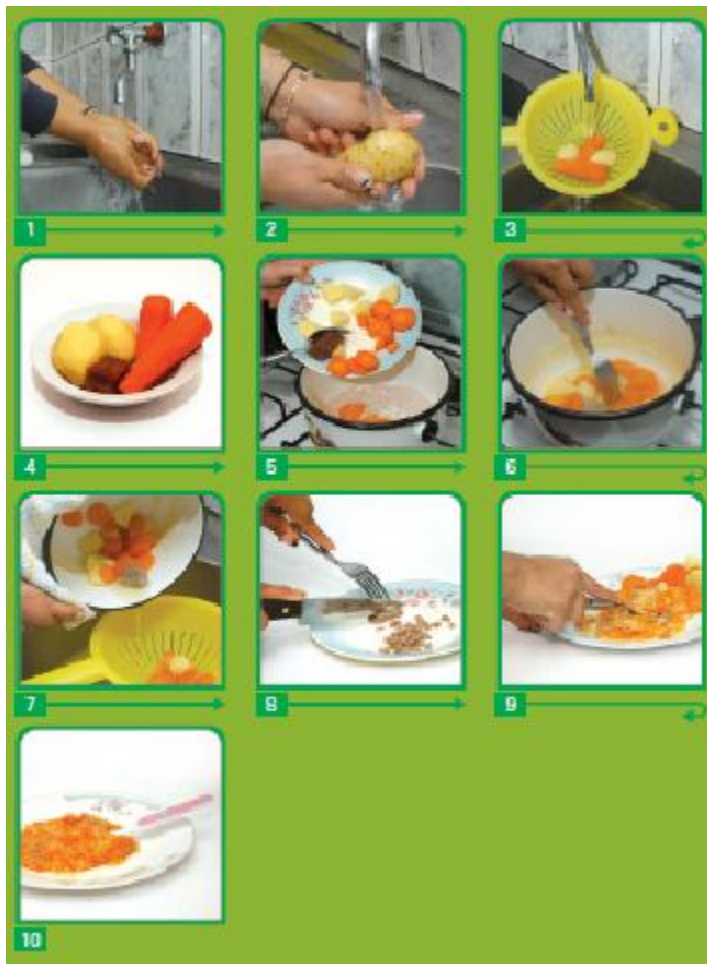
### INGREDIENTES

- 5 cucharadas de avena
- 1 taza de leche
- 1/2 manzana

### PREPARACIÓN

Lavar, pelar y trocear la manzana. Añadirla a la leche e incorporar la avena. Dejar cocer lentamente durante una media hora; se formará una masa homogénea y cremosa. Retirar del fuego.

## Papilla de verduras y carne



## Mermelada de durazno



### INGREDIENTES

- 1 durazno maduro
- jugo de naranja

### PREPARACIÓN

Poner el durazno y el jugo de naranja a hervir a fuego lento de 10 a 15 minutos y remover de vez en cuando. Retirar del fuego y dejar que la compota se enfríe un poco. Reducir a puré con una cuchara hasta que adquiera la consistencia requerida.

## Arroz con frejol



Ingredientes:

- 2 y media cucharadas de arroz cocinado
- Media cucharada de frejol cocinado y aplastado
- Zanahoria, cocida.
- Acelga cocida.
- 1 huevo cocido.
- 1 cucharada de aceite.

Hacer un puré y brindar al niño.

## Fideos con espinaca



### INGREDIENTES

- 1 taza de fideo
- 1 taza de espinacas frescas
- 1 lata de atún escurrido y desmenuzado

### PREPARACIÓN

Hervir los fideos hasta que esté bien cocida. Mientras tanto, lavar y desmenuzar las hojas de espinacas. Cocerlas con un poco de agua hirviendo, de 2 a 3 minutos, y escurrirlas bien. Aplastar el atún, escurrir la pasta y ponerla en un cuenco. Añadir las espinacas cocidas y el atún. Reducir a puré la preparación, si el niño es pequeño, añadiendo un poco de agua hervida o leche, si fuese necesario, hasta obtener la consistencia requerida.



## Refrigerios saludables que podemos preparar para los niños.

### Cereales



- Galletas y queso
- Chochos con tostado
- Mote con queso
- Mote con huevo
- Mote pillo (queso y huevo)
- Humitas con yogur
- Pinol con leche
- Colada de quinua con guayaba
- Quinua tostada con panela
- Soya tostada con una naranja
- Maíz tostado con panela con jugo de frutas
- -Máchica traposa (con queso)
- -Arroz con quinua y verduras

### Vegetales





- Habas, choclo mote con queso
- Habas con mellocos y queso
- Pastel de zanahoria con leche
- Coladas de zapallo con leche
- Plátano maduro con queso.

### Frutas



- Durazno con yogur
- Ensalada de frutas con yogur
- Jugo de naranja y empanada de verde con queso
- Higo con queso
- Jugo de fruta con tortilla de quinua
- Frutas naturales: manzana, mandarina, mango, pera, claudia, plátano, uvas,

	naranja, sandía, piña, entre otras.
<p>Carnes, pollo, leguminosas, nueces.</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Habas tostadas con limonada</li> <li>▪ Menestra de lenteja con arroz.</li> <li>▪ Pepas de zapallo/ zambo/ nueces/ maní/ almendras con pasas</li> <li>▪ Corviche de pescado</li> <li>▪ Chochos con chulpi</li> <li>▪ Colada de soya con leche</li> <li>▪ Sánduche de pollo</li> <li>▪ Sánduche de carne</li> <li>▪ Bolitas de atún</li> </ul>
<p>Lácteos</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La leche y el yogur pueden ser utilizados como bebida en el refrigerio</li> <li>▪ El queso puede comerse solo o con otros alimentos.</li> </ul>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Dirección Nacional de Nutrición. Programa Nacional de Alimentación y Nutrición, PANN 2000.

Recuerde llevar a su hijo al control periódico en el centro de salud más cercano.



- Pregunte la ganancia de peso de su hijo en cada control
- ¿Cuándo debe llevar al niño urgentemente por atención médica?
- ¿Qué tipo de alimentos debe darle a su hijo según la edad?
- ¿Cada cuánto tiempo debe amamantar a su hijo?
- ¿Cuáles alimentos debe consumir si está en etapa de lactancia?

- ¿Hasta qué edad debe tomar leche materna su hijo?
- ¿Cómo puede terminar la etapa de lactancia?
- ¿cuáles son las causas para suspender la lactancia materna?
- ¿cómo debe preparar los alimentos para su hijo según la edad?
- ¿Cómo puede estimular a su bebe para que acepte los alimentos nuevos?
- ¿Qué debe hacer si el niño no quiere comer?
- ¿Qué actividades puede realizar su hijo de acuerdo con la edad?
- ¿Cómo estimular al niño para que tenga un buen desarrollo?

#### Bibliografía:

NORMAS Y PROTOCOLOS DE ALIMENTACIÓN PARA NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 2 AÑOS. (2013) Disponible en: [http://instituciones.msp.gob.

ec/images/Documentos/nutricion/Alimentacion\_nino\_menor\_2anios.pdf]

MANUAL DE CONSEJERÍA NUTRICIONAL PARA EL CRECIMIENTO Y ALIMENTACIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE CINCO AÑOS Y DE CINCO A NUEVE AÑOS. (2011) Disponible en: [http://instituciones.Msp.gob.ec/images/Documentos/nutricion/ART\_MANUAL\_CONSEJERIA\_CRECIMIENTO.pdf]

CRECIENDO SANO, MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR. Disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/nutricion/CRECIENDO\_SANO.pdf

CONSEJERÍA MATERNO INFANTIL. Disponible en [http://institucionesmsp.gob.ec/images/Documentos/nutricion/ROTA\_FOLIO\_CONSEJERIA.pdf]

ALIMENTACIÓN SALUDABLE, Guía familiar para promover la alimentación saludable en la primera infancia desde el momento de nacer hasta los 5 años. Disponible en: http://www.crececontigo.gob.cl/wpcontent/uploads/2011/06/cartilla\_alimentacion\_saludable.pdf