



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Enfermería

ESTADO NUTRICIONAL Y HÁBITOS ALIMENTARIOS EN NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD “FICSH”. SUCÚA 2021

Proyecto de Investigación previo
a la obtención del título de
Licenciada en Enfermería

Autoras:

Andreina Fernanda Serrano Gutiérrez

CI: 1401080526

Correo electrónico: andreinaserrano2010@hotmail.com

Sandra Cecilia Tigua Landy

CI: 0924301567

Correo electrónico: sanceciti@hotmail.com

Directora:

Lic. Diana Esther Sánchez Campoverde, Mgt.

CI: 0106061799

Cuenca - Ecuador

25-mayo-2021



RESUMEN

ANTECEDENTES: la malnutrición es el resultado de un inapropiado consumo de alimentos, creando un desbalance alimentario; afectando principalmente a la población infantil, considerándose un problema de salud pública y que pese a las medidas preventivas que los gobiernos han tomado, no se ha logrado erradicarla por completo; pues, según la FAO en el año 2018 a nivel mundial se reportó un retraso en el crecimiento y desarrollo, donde América Latina y el Caribe tiene un porcentaje de 6,5% ocupando el tercer lugar a nivel mundial de subalimentación. En Ecuador la provincia de Morona Santiago tiene un alto índice de prevalencia de desnutrición del 43,9%. La malnutrición en conjunto con otros factores como el nivel socioeconómico, la funcionalidad familiar entre otros influyen negativamente en el desarrollo cognitivo, provocando riesgo de fracaso escolar durante la infancia y pobreza en la edad adulta.

OBJETIVO: Determinar el estado nutricional y los hábitos alimentarios en niños-as de 3 a 5 años que asisten al Centro de Salud "FICSH", Sucúa 2021.

METODOLOGÍA: Se realizó un estudio con enfoque cuantitativo utilizando un diseño observacional analítico de corte transversal, con una muestra de 210 niños-as. Los datos se recopilaron mediante entrevistas con preguntas directas aplicando diferentes cuestionarios y trazado de las curvas de crecimiento de la OMS; los resultados se analizaron con el programa SPSS y fueron representados en tablas y porcentajes.

RESULTADOS: Los niños-as encuestados tenían edades de entre 3 a 5 años, el sexo masculino prevalece con el 51,9%, el 61,9% residían en el área rural, los principales cuidadores eran sus padres (96,19%), gran parte tenían un nivel de instrucción escolar básica (45,2%), de nivel socioeconómico bajo (55,2%), con familias moderadamente funcionales (53,3%), evidenciándose un nivel nutricional medio (52,4%), que según las curvas de crecimiento de la OMS prevalece la desnutrición global o bajo peso con el 54,29% y desnutrición crónica o talla baja con un 43,8%.

CONCLUSIÓN: se concluye que la mayoría de las variables tienen asociación estadísticamente significativa con el estado nutricional de los niños-as como son: el cuidador y su nivel de escolaridad, el nivel socioeconómico, el nivel nutricional, y la funcionalidad familiar; a excepción de la variable sexo que tuvo un valor $p = 0,319$.

PALABRAS CLAVE: Malnutrición. Estado nutricional. Hábitos alimentarios. Antropometría.



ABSTRACT

BACKGROUND: malnutrition is the result of inappropriate food consumption, creating a food imbalance; affecting mainly the child population, considering it a public health problem and despite the preventive measures that governments have taken, it has not been completely eradicated; Therefore, according to the FAO, in 2018 a delay in growth and development was reported worldwide, where Latin America and the Caribbean has a percentage of 6.5%, occupying the third place in the world for undernourishment. In Ecuador, the province of Morona Santiago has a high prevalence rate of malnutrition of 43.9%. Malnutrition together with other factors such as socioeconomic status, family functionality, among others, negatively influence cognitive development, causing risk of school failure during childhood and poverty in adulthood.

OBJECTIVE: To determine the nutritional status and eating habits in children aged 3 to 5 years who attend the "FICSH" Health Center, Sucúa 2021.

METHODOLOGY: A study with a quantitative approach was carried out using a cross-sectional analytical observational design, with a sample of 210 children. The data were collected through interviews with direct questions applying different questionnaires and drawing the WHO growth curves; the results were analyzed with the SPSS program and were represented in tables and percentages.

RESULTS: The children surveyed were between 3 and 5 years old, the male sex prevailed with 51.9%, 61.9% resided in rural areas, the main caregivers were their parents (96.19%) , a large part had a level of basic school instruction (45.2%), of low socioeconomic level (55.2%), with moderately functional families (53.3%), showing a medium nutritional level (52.4%) According to the WHO growth curves, global malnutrition or low weight prevails with 54.29% and chronic malnutrition or short stature with 43.8%.

CONCLUSION: it is concluded that most of the variables have a statistically significant association with the nutritional status of the children, such as: the caregiver and their level of education, the socioeconomic level, the nutritional level, and the family functionality; With the exception of the sex variable, which had a p value = 0.319.

KEY WORDS: Malnutrition. Nutritional status. Eating habits. Anthropometry.



ÍNDICE

RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
CAPÍTULO I.....	14
1.1. INTRODUCCIÓN	14
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
1.3. JUSTIFICACIÓN	16
CAPÍTULO II.....	17
2. FUNDAMENTO TEÓRICO	17
CAPÍTULO III.....	23
3. OBJETIVOS	23
3.1. OBJETIVO GENERAL	23
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
CAPÍTULO IV	23
4. DISEÑO METODOLÓGICO.....	23
4.1. TIPO DE ESTUDIO	23
4.2. ÁREA DE ESTUDIO	24
4.3. UNIVERSO	24
4.4. MUESTRA	24
4.5. ASIGNACIÓN	24
4.6. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	25
4.6.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	25
4.6.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	25
4.7. VARIABLES	25
4.8. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE DATOS	25
4.8.1. Método	25
4.8.2. Técnica	25
4.8.3. Instrumentos	25
4.8.4. Procedimientos	26
4.9. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS	26
4.10. ASPECTOS ÉTICOS	27
CAPÍTULO V	27
5. RESULTADOS Y ANÁLISIS	27



CAPÍTULO VI	38
6. DISCUSIÓN.....	38
CAPÍTULO VII	41
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	41
7.1. CONCLUSIONES	41
7.2. RECOMENDACIONES	41
CAPÍTULO VIII	42
8. BIBLIOGRAFÍA.....	42
CAPÍTULO IX	48
9. ANEXOS.....	48
9.1. Anexo 1: Operacionalización de variables.	48
9.2. Anexo 2: Formulario de consentimiento informado	50
9.3. Anexo 3: Cuestionario para recolección de datos sociodemográficos.	52
9.4. Anexo 4: Formulario del INEC – Estratificación del nivel socioeconómico ...	53
9.5. Anexo 5: FF-SIL Escala para valorar la funcionalidad familiar.	55
9.6. Anexo 6: Test de alimentación rápido KRECE – PLUS.	56
9.7. Anexo 7: Curvas de la OMS.	57
9.8. Anexo 8: Cronograma de actividades.	59
9.9. Anexo 9: Recurso Humanos y materiales.....	59



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Andreina Fernanda Serrano Gutiérrez en calidad de autor/a y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación “**Estado nutricional y hábitos alimentarios de niños de 3 a 5 años que asistieron al centro de salud “FICSH”. Súcua 2021**”, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 25 de Mayo del 2021

Andreina Fernanda Serrano Gutiérrez

C.I: 1401080526



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Sandra Cecilia Tigua Landy en calidad de autor/a y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación **“Estado nutricional y hábitos alimentarios de niños de 3 a 5 años que asistieron al centro de salud “FICSH”. Súcua 2021”**, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 25 de Mayo del 2021

Sandra Cecilia Tigua Landy

C.I: 0924301567



Cláusula de Propiedad Intelectual

Andreina Fernanda Serrano Gutiérrez, autor/a del proyecto de investigación **“Estado nutricional y hábitos alimentarios en niños de 3 a 5 años que asistieron al centro de salud “FISCH”. Súcuca 2021”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, 25 de Mayo del 2021

Andreina Fernanda Serrano Gutiérrez

C.I: 1401080526



Cláusula de Propiedad Intelectual

Sandra Cecilia Tigua Landy, autor/a del proyecto de investigación **“Estado nutricional y hábitos alimentarios en niños de 3 a 5 años que asistieron al centro de salud “FISCH”. Súcua 2021”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, 25 de Mayo del 2021

Sandra Cecilia Tigua Landy

C.I: 0924301567



AGRADECIMIENTO

El agradecimiento de mi tesis es principalmente a Dios quien me ha guiado y me ha dado la fortaleza de seguir adelante, y haber permitido ponerme de pie después de haber caído.

Gracias a mi familia que siempre me ha estado apoyando en cada paso de mi formación académica, por cuidar de mi hijo cuando no he podido estar cerca de él y sobre todo por siempre brindarme ayuda moral.

A la universidad de Cuenca, así como a mis docentes por compartir sus conocimientos hacia mi persona para mi formación profesión y poder culminar con esta etapa, especialmente a mi directora de tesis, Mgt. Diana Sánchez Campoverde por guiarme a lo largo de la elaboración de esta investigación.

También agradezco a mi mejor amiga y compañera Sandra Tigua que siempre a estado desde el inicio de esta carrera universitaria no solo apoyándome en las dificultades de la vida, sino que también celebrando triunfos que juntas hemos logrado.

Andreina Fernanda Serrano Gutiérrez.



AGRADECIMIENTO

Gracias a mi Dios, por ser mi fortaleza, por guiar cada pasó de mi vida, por brindarme la sabiduría necesaria en esta etapa importante de mi vida, y por no dejarme quebrantar ante las adversidades de la vida.

A mi familia por ser el motor para seguir adelante, pues con su apoyo, con sus consejos y por todos los valores que me inculcaron soy la persona que soy.

A mi amiga y compañera Andreina Serrano por su dedicación y apoyo absoluto brindado en este proyecto de titulación.

A la Universidad Estatal de Cuenca y a todos mis docentes por brindarme todo el conocimiento necesario para poder culminar esta etapa estudiantil

Mi agradecimiento también va dirigido a mi directora de tesis Mgt. Diana Sánchez Campoverde por encaminarnos, apoyarnos y aportar con su conocimiento para cumplir con los objetivos planteados.

Sandra Cecilia Tigua Landy



DEDICATORIA

La vida se encuentra plagada de retos y uno de ellos es la Universidad, decido esta tesis en primer lugar a mi Dios por permitirme tener salud y vida, y hoy poder concluir con uno de los muchos propósitos que tengo en mi vida, también se la dedico a mi familia, especialmente a mis padres quienes me apoyaron e impulsaron a seguir en la lucha y nunca me abandonaron en cada momento de mi vida tanto estudiantil como personal, siempre estuvieron apoyándome moral y económicamente gracias a por forjar en mí una persona de bien muchos de mis logros se los debo a ustedes. También se la dedico a mi querido hijo Thiago Isaías quien ha sido mi mayor motivación para nunca, tu afecto y cariño han sido los detonantes de mi felicidad, de mi esfuerzo, de mis ganas de salir adelante y buscar lo mejor para ti, a pesar de no estar juntos en todo mi proceso académico siempre lo hice por ti mi pequeño para que te sientas orgullosa de mí y sobre todo ser un ejemplo para ti. Dedico también este trabajo a mis hermanos que estuvieron siempre al pendiente de mí y mi pequeño hijo, sus atenciones y cariño hacia él me hicieron sentir segura y agradecida con ellos.

Andreina Fernanda Serrano Gutiérrez.



DEDICATORIA

Dedico esta tesis primeramente a Dios gracias a sus bendiciones que me han permitido seguir adelante y cumplir cada una de mis metas.

A mis padres José Tigua y Mirian Landy por brindarme todo su amor y saberme guiar en cada una de las decisiones que he tomado en la vida.

A mi esposo Osmany Romero por todo su apoyo, paciencia y comprensión en cada paso que daba, por impulsarme cada día a seguir y no decaer.

Quiero agradecer de una manera especial a mi suegra Gladys Crespo gracias por cuidar de mi hijo en cada una de estas etapas.

A mi querido hijo Josué Romero que desde que llego a mi vida ha sido esa fuerza que necesito para continuar.

Gracias a todas estas personas, que son lo más importante en mi vida y en especial a mi Dios por bendecirme cada día.

Sandra Cecilia Tigua Landy



CAPÍTULO I

1.1. INTRODUCCIÓN

El estado nutricional es un importante indicador del crecimiento y desarrollo de una población. La malnutrición es un problema de salud que afecta a todos los países del mundo sin excepción alguna. Según la FAO, en 2018 se estimó que 821 millones de personas aproximadamente en el mundo están subalimentadas, donde América Latina y El Caribe tienen el tercer lugar a nivel mundial. (1)

Al ser el Ecuador un país en vías de desarrollo, también presenta esta problemática mundial que es multicausal, la misma que vulnera los derechos y pone en situación de riesgo no solo al individuo que lo padece sino a su familia. La desnutrición crónica en niños de 0 a 5 años es de 23,9%, en donde Morona Santiago tiene el más alto puntaje con 43,9%. (1)

Factores como la ingesta inadecuada de alimentos tanto en calidad como en cantidad; así como, el nivel socioeconómico, las prácticas alimentarias inapropiadas o la disfuncionalidad familiar están asociados para que los niños-as tengan problemas en su estado nutricional, dejando secuelas que pueden seguir a largo plazo si no son tratadas a tiempo. (2)

Entre las afecciones que pueden provocar estos factores está el no tener un buen neurodesarrollo que afecta de manera negativa no solo a nivel físico, sino a nivel intelectual, contribuyendo así al riesgo de fracaso escolar durante la infancia; llevando a la pobreza en la edad adulta, perjudicando a sociedad y economía de los mismos. (3)

La edad preescolar es una etapa en donde los hábitos alimentarios que se adquieren durarán toda su vida ya que son los que definen un estado nutricional óptimo, un crecimiento adecuado y una progresiva madurez biopsicosocial, pero estas prácticas se ven afectadas por los malos hábitos en la alimentación, influyendo negativamente en el buen crecimiento y desarrollo. (4)



1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La malnutrición es un problema de salud que afecta a todo el mundo, cada país con su diferente porcentaje. La malnutrición abarca tanto la alimentación deficiente como la ingesta en exceso, causando desnutrición y sobrepeso u obesidad respectivamente (5).

Sin embargo, según la FAO hay 821 millones de personas aproximadamente en el mundo que están subalimentadas, obteniendo América Latina y El Caribe un porcentaje de 6,5%, y específicamente América del Sur tuvo una prevalencia del 5,5%. En Ecuador la desnutrición crónica en menores 5 años es de 23,9%, en donde Morona Santiago tiene el más alto puntaje con 43,9% (5,6).

A nivel mundial 38,3 millones de niños-as menores de 5 años tienen sobrepeso de los cuales 3,9 millones se encuentran en América Latina y El Caribe. Según el Informe de Ecuador sobre el Impacto Social y Económico de la Malnutrición en el 2014, la prevalencia de sobrepeso en niños-as menores de 5 años fue del 6%, y la obesidad del 2%; en Morona Santiago el sobrepeso está entre 2,6% a 4,1%, y la obesidad, entre 1,4% y 1,8% (5,6).

Según varios estudios, el sobrepeso y la obesidad se dan principalmente por una alimentación inadecuada, siendo el problema la composición de familias monoparentales, además se ha demostrado que la mayoría de niños presentan una mala calidad de hábitos alimentarios siendo estos muy excesivos, mismos que conllevan a un sobrepeso y obesidad; en un estudio en la ciudad de Azogues, una cuarta parte de la población estudiada, presenta baja calidad alimentaria y solo un pequeño porcentaje presentan alta calidad (7–9).

La malnutrición puede darse antes del nacimiento, por lo que es esencial que la madre mantenga un buen estado nutricional, de lo contrario dará a luz a un niño-a con bajo peso, mismo que padecerá desnutrición aguda severa si su ingesta no compensa sus necesidades. La nutrición óptima especialmente en el primer año de vida del niño-a, lo ayudará a un mejor neurodesarrollo; y si es acompañada de la lactancia materna forman un conjunto clave que aportan positivamente al coeficiente intelectual, logros académicos y adaptación durante los primeros años de vida; siendo lo contrario en un niño-a con desnutrición crónica (10–12).



PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Cuál es el estado nutricional y hábitos alimentarios de niños-as de 3 a 5 años que asistieron al centro de salud “FICSH”, Sucúa 2021?

1.3. JUSTIFICACIÓN

Al ser la malnutrición un problema de salud pública que conllevan a un estado nutricional inadecuado afectando el crecimiento y desarrollo de los niños-as; que está presente en gran escala a nivel mundial y que si bien es un tema muy estudiado a nivel global; cabe recalcar que en Ecuador se han realizado muy pocos trabajos de investigación relacionados al tema, que hablen específicamente de la provincia de Morona Santiago, y aún más del cantón Sucúa.

Los resultados obtenidos mediante el presente estudio será de gran beneficio para el Centro de Salud FICSH ya que le permitirá tener una perspectiva más clara en cuanto a la problemática que conlleva los hábitos alimentarios inadecuados que se encuentran interfiriendo negativamente en el estado nutricional de los niños-as, gracias a este trabajo que servirá como base para futuras investigaciones se podrá actuar oportunamente y centrarse en el desarrollo de programas que promuevan dietas y prácticas saludables enfocados en un entorno alimentario eficaz que sean las adecuadas para edades tempranas, mismas que se brindará a los padres o cuidadores.

Además, se beneficiarán las familias de los niños-as afectados ya que se les ayudará a concientizar que los hábitos alimentarios inadecuados no solo traen problemas a corto plazo, sino a largo plazo, ya que la falta de una alimentación y nutrición adecuada durante los primeros años de vida, no sólo afecta negativamente el desarrollo físico y mental de los niños-as, sino que se traduce en menores logros y mayores costos en salud, educación y productividad.

Al ser Sucúa un cantón pequeño y con muchas comunidades de difícil acceso, su economía es muy baja siendo este un factor importante que interfiere negativamente en la adquisición de alimentos saludables para una buena nutrición de los niños-as.



CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

Según la FAO en el año 2018 a nivel mundial se reportó un retraso en el crecimiento y desarrollo donde África y Asia son los continentes con mayor prevalencia relacionado por una mala nutrición debido al poco acceso a los alimentos nutritivos y necesarios para un buen vivir; donde el continente africano se representa con un porcentaje de 19,9% seguido de Asia con el 11,3% para continuar en tercer lugar América Latina y el Caribe con el 6,5% y finalmente Oceanía con el 6.2% de subalimentación. En Ecuador la prevalencia de desnutrición crónica en niños-as de 0 a 5 años es de 23,9%, en donde Morona Santiago le pertenece el 43,9%. (5,6)

A nivel nacional en Ecuador el resultado de una mala nutrición sigue en aumento especialmente en los niños-as en edad preescolar; según la ENSANUT en el 2018 se calculó que el sobrepeso afectaba a 40 millones de niños-as menores de cinco años en las diferentes subregiones del país. Al combinar el sobrepeso y la obesidad, se observó que la mayor prevalencia de exceso de peso se presenta en las provincias de Azuay, Cañar y Morona Santiago con prevalencias de 10,6%, 9,7% y 9,2%, respectivamente. (13)

2.2. NUTRICIÓN.

Según la OMS, “la nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición consiste en una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio regular siendo elementos fundamentales para la buena salud” (14).

Una nutrición adecuada es fundamental durante la infancia y está básicamente relacionada con las diferentes etapas de la vida. Durante los primeros 6 meses de vida es indispensable y exclusiva la lactancia materna, a partir de esa etapa es necesario la complementación de nuevas raciones alimenticias que brinden la energía y nutrientes necesarios aportando de manera productiva a su buen desarrollo y crecimiento de lo contrario influiría negativamente en el rendimiento físico, en el nivel de atención y concentración del niño-a. (15,16)



2.2.1. ESTADO NUTRICIONAL.

El estado nutricional se ve definido por el tipo y cantidad de alimentos que se consume; y nos indica si el aporte, absorción y utilización de los mismos son apropiados a las necesidades del organismo; determinando el resultado de maduración cognitiva y el aumento del tamaño físico; por lo que dentro de la medicina preventiva, llevar el registro de talla y peso de los niños-as es fundamental para detectar alteraciones en su estado nutricional, ya sea desnutrición por el déficit , o sobrepeso u obesidad por el exceso de alimentos.(17).

2.2.2. MALNUTRICIÓN.

La malnutrición es el resultado de un inapropiado consumo de alimentos, creando un desbalance alimentario; afectando principalmente a la población infantil, alterando el correcto desarrollo físico y cognitivo generando consecuencias a corto, mediano y largo plazo las cuales pueden ser muy perjudiciales para la salud del niño-a (14).

La malnutrición infantil es el resultado de múltiples determinantes biológicos, sociales, culturales y económicos. La disponibilidad económica para la capacidad alimentaria hace la diferenciación para una adecuada alimentación garantizando la seguridad alimentaria (18).

Sin embargo, las afecciones nutricionales cada vez son más frecuentes, debido al uso de dietas inapropiadas; es decir, los planes de alimentación de mala calidad nutricional, siempre serán caracterizados por un excesivo consumo de grasas y carbohidratos, y disminución en las proteínas, vitaminas, minerales y fibras, por tal razón es necesario el seguimiento de un profesional, donde ayuden a suplementar y equilibrar mejor los alimentos, con la finalidad de que el aporte de nutrientes sea el adecuado, evitando adquirir enfermedades asociadas a la malnutrición (19,20).

DESNUTRICIÓN

Según la UNICEF, “la desnutrición infantil es el resultado de la ingesta insuficiente de alimentos (en cantidad y calidad), la falta de una atención adecuada y la aparición de enfermedades infecciosas”.(21)

La desnutrición infantil está vinculada con el retraso en el crecimiento, alterando el proceso cognitivo, y su capacidad de aprendizaje en el día a día; la desnutrición se



ve reflejada cuando el organismo no adquiere los nutrientes necesarios, siendo un problema de múltiples etiologías; también la pobreza, escasa educación de las madres, los desastres naturales y problemas políticos son factores importantes para que se dé una desnutrición a grandes escalas (22,23).

La desnutrición al no ser corregida a tiempo con la reposición de nutrientes adecuados conlleva a un estado patológico de gravedad, al darse la disminución de la defensa inmunológica del organismo, como resultado acrecienta la susceptibilidad, severidad y duración de enfermedades infecciosas comunes en la niñez, como son las infecciones diarreicas y respiratorias agudas, u ocasionar daños permanentes e irremediables a nivel físico, mental e inclusive puede resultar mortal (24).

SOBREPESO Y OBESIDAD

El sobrepeso es el exceso del peso corporal conjugado con la talla, mientras que la obesidad es la acumulación de grasa corporal, asumiendo que la grasa del tejido adiposo varía con la edad, sexo y nivel de actividad física que se realice (25).

Cabe recalcar que la sobrealimentación ayuda a que el sobrepeso y obesidad se incrementen en los últimos tiempos; progresando y amenazando la salud de los niños-as con problemas biopsicosociales, ocasionando disminución en la motricidad y dando como resultado un menor desarrollo cognitivo y motor, iniciando en la niñez, continuando en la adolescencia y afectando en la adultez y si se reincide con la mala práctica alimenticia pueden provocar enfermedades crónicas degenerativas (26).

2.2.3. VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA.

La valoración antropométrica consiste en la medición de las dimensiones y composición global del cuerpo humano; a partir de la determinación de la masa y de la composición corporal total, identificando la presencia de estados nutricionales desequilibrados, los cuales se encuentran reflejados en el peso y talla, según la edad cronológica del niño-a evaluado (27).

Existen diferentes tipos de indicadores antropométricos para valorar el estado nutricional de los niños-as, entre los cuales se encuentran: peso para la edad (P/E), peso para la talla (P/T), talla para la edad (T/E), y el índice de masa corporal (IMC) (27,28).



Los indicadores de crecimiento se pueden graficar en las respectivas curvas de crecimiento, mismas que indican y clasifican al niño-a en obesidad, sobrepeso, peso normal, desnutrición y desnutrición severa (29).

Peso para la edad: este indicador se utiliza para identificar bajo peso para una edad determinada y permite hacer el diagnóstico de la desnutrición global cuando existe un déficit mayor al 10% (13).

Peso para la talla: el bajo peso para la talla permite determinar la desnutrición aguda siendo un indicador del estado nutricional actual que nos indica el resultado de una ingesta insuficiente de nutrientes en periodos cortos (13).

Talla para la edad: este parámetro nos ayuda identificando la desnutrición crónica, la baja talla es el resultado de una alimentación inadecuada conjuntamente con infecciones agudas recurrentes. Los niños-as que sufren de una nutrición deficiente crecen poco y tienen baja talla para la edad (13).

IMC: el índice de masa corporal es un indicador simple y útil que nos muestra la relación entre el peso y la talla; facilitando la detección temprana de niños-as menores de 60 meses en riesgo de sobrepeso y la obesidad (30).

Equipos y técnicas de medición: se utiliza principalmente las medidas antropométricas que son los indicadores clave del estado nutricional de una persona. Existen indicadores directos que evalúan a los individuos y los más utilizados son los antropométricos, pruebas bioquímicas y datos clínicos; también existen los indirectos permiten suponer la prevalencia de problemas nutricionales, corresponden al ingreso per cápita, consumo de alimentos y tasas de mortalidad infantil (10).

2.2.4. CRECIMIENTO FÍSICO Y DESARROLLO COGNITIVO EN LOS PREESCOLARES.

La infancia es una de las etapas más importantes en la vida del ser humano, pues en esta etapa se da varias transformaciones tanto psicológicas como fisiológicas. Aquí se da el proceso de crecimiento corporal el cual va a desencadenar importantes cambios en el estado nutricional del niño-a, y también están los cambios psicológicos que pueden influir sobre la autopercepción física, conducta alimentaria y los patrones de comportamiento social (29).



El crecimiento físico se entiende como fruto de la hiperplasia, hipertrofia y la agregación, que se da por aumento en el número o tamaño de las células que forman un individuo. Tanto en el crecimiento como en el desarrollo existen dos factores que influyen en los mismos: los factores intrínsecos que son aquellos que tienen que ver con la genética, las hormonas y las enfermedades; y los factores extrínsecos que tienen que ver con los aspectos socioeconómicos, aspectos étnicos, ambiente demográfico y climático, aspectos nutricionales, y la actividad física (30).

El desarrollo se le denomina como la adquisición de habilidades durante el ciclo vital, esto es la consecuencia de procesos cerebrales que son definidos genéticamente con la interacción permanente con el ambiente (31).

Para que haya un desarrollo normal, existen componentes de los que depende, como es el componente genético, un período de gestación adecuado y la influencia de factores medioambientales de orden biológico, socio económico y familiar que actúan en la adquisición de diferentes habilidades, existiendo una estrecha relación entre el momento preciso de aparición de la desnutrición con el crecimiento cerebral (31).

Además, existen otros factores que intervienen tanto en el crecimiento como en el desarrollo que son los cambios en los hábitos alimenticios, disminución de la actividad física y aumento del sedentarismo, mismos que se ven reflejados en el estado nutricional de los niños-as (29).

2.3. HÁBITOS ALIMENTARIOS

Según la Comisión de las Comunidades Europeas “durante la infancia y la adolescencia se toman decisiones importantes sobre el estilo de vida que predeterminarán los riesgos para la salud en la edad adulta”; lo que significa que desde una edad temprana se debe inculcar y transmitir a los niños-as a llevar buenos hábitos respecto a su alimentación. (32)

Así mismo un estudio realizado a un grupo de preescolares en la parroquia de Sintra, Brasil; dio como resultado que en la edad preescolar se adquieren los estándares básicos de los alimentos, y que, por tal razón, en este grupo de edad es importante crear oportunidades para practicar comportamientos saludables relacionados con la alimentación y el ejercicio físico, en contextos sociales y emocionalmente positivos (31).



Siendo el estado nutricional fundamental para garantizar el potencial de desarrollo y la calidad de vida de los niños-as. Por lo tanto, una deficiencia o exceso de micronutrientes o macronutrientes junto a problemas de salud, factores socioeconómicos, ambientales, biológicos y familiares pueden afectar el normal funcionamiento del desarrollo motor y cognitivo (33).

FACTORES QUE INFLUYEN EN LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS

Los hábitos de alimentación saludable son fundamentales para obtener una buena nutrición y evitar el desarrollo de enfermedades crónicas transmisibles que pueden afectar a futuro la salud del niño-a. Las preferencias alimentarias han ido cambiando cada día influenciada por varios factores (34,35).

Familia: Los hábitos alimentarios se forman a una edad temprana, estos se inician en el contorno familiar el mismo que tendrá un papel activo en el comportamiento y las prácticas alimentarias para los niños-as, las cuales van a perdurar hasta la adultez (36).

Las prácticas alimentarias de los padres y las estrategias de alimentación son los determinantes más dominantes del comportamiento alimentario y las elecciones alimentarias de un niño-a; decidiendo la cantidad y calidad de alimentos que les brindan a sus hijos dependiendo de la construcción social, económica y cultural (36).

Los padres deben exponer a sus descendientes a una variedad de buenas opciones alimenticias mientras actúan como modelos positivos para proteger a los niños-as y adolescentes de los peligros del entorno obesogénico de la vida moderna (2).

Medios de comunicación: la televisión por medio de la publicidad tiene gran influencia sobre los hábitos alimentarios de los niños-as, promoviendo conductas alimenticias poco saludables, ya que ellos son más susceptibles de influenciar, debido a que se encuentran en una etapa de construcción de su identidad, y por lo tanto son fácilmente manipulados por los anuncios publicitarios que ofertan alimentos de poco valor nutritivo que son bajos en micronutrientes; siendo los menos indicados para obtener una dieta óptima asociándose a un mayor riesgo de sobrepeso.(37)

Nivel socioeconómico: la falta de recursos económicos es el principal factor para determinar la ingesta alimentaria, los bajos ingresos familiares o la falta de un trabajo



estable dificultan la adquisición de los alimentos saludables que los niños-as necesitan para satisfacer sus necesidades metabólicas (35).

El estatus socioeconómico también influye con la escolaridad de los padres; las familias donde los padres han recibido altos niveles educativos tienen un mayor conocimiento sobre los alimentos saludables que pueden brindar a sus hijos y los beneficios que brinda cada alimento; en comparación con los padres que tiene un bajo nivel educativo ya que son menos consientes en que alimentos conllevan a una mala nutrición para los niños-as (34).

CAPÍTULO III

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar el estado nutricional y los hábitos alimentarios en niños-as de 3 a 5 años que asisten al Centro de Salud “FICHS”, Sucúa 2021.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características sociodemográficas de los niños-as: edad, sexo, residencia, cuidador y su nivel instrucción.
- Conocer el nivel socioeconómico de la familia a través del formulario del INEC – estratificación del nivel socioeconómico.
- Identificar el nivel nutricional de cada niño-a mediante el Test de alimentación rápido Krece – Plus.
- Determinar la funcionalidad familiar utilizando la escala FF – SIL.
- Graficar la talla y peso de los niños-as en las curvas de crecimiento: peso para la edad (P/E), y talla para la edad (T/E).

CAPÍTULO IV

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio con enfoque cuantitativo utilizando un diseño observacional analítico de corte transversal.



4.2. ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se realizó en las comunidades pertenecientes al Centro de Salud FICSH: Asunción, 4 de Octubre, 5 Esquinas, Aeropuerto, Artesanos, Huabimini, La Providencia, Nazareno, Sur, Cuyataza, Diamante, el Progreso, El Triunfo, Kansar, Kilómetro 20, la Merced, San Marcos, Santa Teresita, Sera, Sunkants, Usé, Sua, Yawi.

4.3. UNIVERSO

Se consideró un universo finito de 473 niños-as entre 3 a 5 años que acudieron al Centro de Salud FICSH en el año 2020.

4.4. MUESTRA

Para el cálculo de la muestra se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \cdot p \cdot q \cdot z^2}{(N - 1)e^2 + p \cdot q \cdot z^2}$$

En donde:

- n = muestra
- N = universo (473)
- p = probabilidad de ocurrencia (43.9% = 0,439)
- q = probabilidad de no ocurrencia (56.1% = 0,561)
- z^2 = nivel de confianza ($z=1,96$)
- e^2 = error de inferencia (5% = e= 0,05)

Se consideró un universo finito de 473 niños-as que acudieron al Centro de Salud FICSH en el 2020. Se tomó en cuenta la prevalencia de desnutrición crónica en Morona Santiago en niños-as menores de 5 años (43,9%), un nivel de confianza del 95% y una precisión del 5%. Con estos valores el tamaño de la muestra estudiada fue de 210 niños-as.

4.5. ASIGNACIÓN

A los niños-as para la muestra se los seleccionó mediante muestreo aleatorio simple; para lo cual se consiguió la lista de los niños-as mediante el informe que realizó el departamento de estadística del centro de salud FICSH, mismo que nos fue facilitado; con esta lista se procedió a utilizar Excel para la aleatorización con números de 1 al 473 y seleccionar 210 números, mismos que correspondían a los números de la lista



donde constaba el nombre del niño-a. Si por algún motivo el padre no aceptaba participar, se llamaría al niño-a que siga en la lista.

4.6. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

4.6.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Niños-as que acudieron al Centro de Salud FICSH.
- Niños-as entre las edades de 3 años a 5 años.
- Niños-as cuyos padres acepten participar y firmen el consentimiento informado.

4.6.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Niños-as que por alguna discapacidad no se les pueda medir o pesar de manera adecuada.

4.7. VARIABLES

Operacionalización de variables, ver ANEXO 1.

4.8. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

4.8.1. Método

El método a utilizarse es cuantitativo de corte transversal.

4.8.2. Técnica

Las técnicas que se utilizaron en esta investigación son: la observación, la entrevista con preguntas directas aplicando diferentes cuestionarios y trazado de las curvas de crecimiento de la OMS.

4.8.3. Instrumentos

- **Cuestionarios:** se adquirió un cuestionario para obtener información de las variables sociodemográficas, que será validado por las autoras. (Anexo 3)
- **Formulario del INEC – Estratificación del Nivel Socioeconómico:** es una encuesta que se responde con una X y cada respuesta tiene un puntaje, además, está dividida en 6 bloques que pertenecen a: vivienda, tecnología, bienes, hábitos de consumo, educación y economía. Su puntuación corresponde: 845,1 a 1000: alto, 696,1 a 845: Medio Alto, 535,1 a 696: Medio Típico, 316,1 a 535: Medio Bajo, 0 a 316: Bajo (38). (Anexo 4)



- **Funcionamiento Familiar FF-SIL:** es una escala para evaluar la funcionalidad familiar, tiene 7 categorías: Cohesión, Armonía, Comunicación, Permeabilidad, Afectividad, Roles, Adaptabilidad. Se responde con una X en la escala de valores cualitativos, según la percepción del miembro de la familia. Su puntuación corresponde: 57 a 70: Familia funcional, 43 a 56: Moderadamente funcional, 28 a 42: Disfuncional, 14 a 27: Severamente disfuncional (39). (Anexo 5)
- **Test de alimentación Krece – Plus:** es un cuestionario de respuesta SI/NO mediante el que se evalúa el nivel nutricional de los niños-as. Consta de 15 preguntas y se puede realizar en 5 minutos. Su puntuación corresponde: 0 – 3 puntos: Nivel nutricional muy bajo. 4 – 7 puntos: Nivel nutricional medio. 8 - 10 puntos: Nivel Nutricional alto (40). (Anexo 6)
- **Curvas de crecimiento de la OMS:** son curvas en las cuales se grafica colocando un punto donde corresponda de acuerdo a talla y el peso que tenga el niño-a relacionado con la edad. Los resultados reflejaran: bajo peso, talla baja (28). (Anexo 7)

4.8.4. Procedimientos

- **Autorización:** para el estudio se contó con la aprobación del protocolo por el Comité de Investigación y Ética de la Facultad de Ciencias Médicas; además, se presentó un oficio solicitando la autorización para realizar la investigación a la directora del Distrito de Salud 14D03 y se contó con el debido consentimiento de los cuidadores el cual garantizó que la información que se obtuvo sea confidencial y que participaron voluntariamente en este proyecto. (Anexo 2)
- **Capacitación:** para la realización del proyecto se hizo revisiones bibliográficas actualizadas; además, se realizó tutorías con la directora de la investigación.
- **Supervisión:** el proyecto estuvo bajo la supervisión de la Lic. Diana Esther Sánchez Campoverde, Mgt.

4.9. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Tras la obtención de datos mediante las encuestas realizadas, se procedió a la transcripción a una base digital para el análisis respectivo mediante el programa SPSS. El análisis estadístico presentó al final frecuencias y porcentajes, esto a su vez se representó en forma de cuadros estadísticos con su respectiva descripción y hallazgo.



Finalmente, se utilizó el estadístico Chi cuadrado, para medir la fuerza de asociación entre las variables de la investigación, con su intervalo de confianza del 95% y se consideró valores estadísticamente significativos a $p < 0,05$.

4.10. ASPECTOS ÉTICOS

En el estudio se respetó el bienestar y la integridad de los niños-as, para ello se siguió las normas de Helsinki además de las normativas del MSP. Este estudio no implicó riesgo para las personas ya que no se realizaron intervenciones y procedimientos que pongan en peligro la vida y el bienestar de los niños-as y tampoco tuvo ningún costo para los participantes. El proyecto se acató a principios de beneficencia, no maleficencia y autonomía, los cuales se encuentran detallados en el consentimiento informado (Anexo 2).

CAPÍTULO V

5. RESULTADOS Y ANÁLISIS

Tabla # 1: Distribución del grupo de estudio según sexo.

SEXO		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	109	51,9%
FEMENINO	101	48,1%
TOTAL	210	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Autor: Andreina Fernanda Serrano Gutiérrez

Sandra Cecilia Tigua Landy

Del cuestionario de los datos sociodemográficos se obtuvo que del total de niños-as encuestados el 51,9% son de sexo masculino, mientras que el 41,1% son de sexo femenino.

**Tabla # 2: Distribución porcentual del lugar de residencia.**

RESIDENCIA		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
URBANO	80	38,1%
RURAL	130	61,9%
TOTAL	210	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Autor: Andreina Fernanda Serrano Gutiérrez

Sandra Cecilia Tigua Landy

A través del cuestionario de los datos sociodemográficos, en relación al lugar de residencia el 61,9% pertenecen al área rural, mientras que el 38,1% viven en el área urbana.

**Tabla # 3: Distribución porcentual del cuidador del niño o niña.****CUIDADOR**

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PADRE/MADRE	202	96,19%
ABUELO/A	6	2,86%
HERMANO/A	2	0,95%
TOTAL	210	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Autor: Andreina Fernanda Serrano Gutiérrez

Sandra Cecilia Tigua Landy

Mediante el cuestionario de los datos sociodemográficos, en cuanto al cuidador de los niños-as, la mayoría están al cuidado de sus padres/madres dando un porcentaje de 96,19%; seguido del cuidado de sus abuelos/as con el 2,86% y por último están al cuidado de sus hermanos tan solo el 0,95 %.

**Tabla # 4: Distribución porcentual de la escolaridad del cuidador.****ESCOLARIDAD**

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ANALFABETO	40	19%
BÁSICA	95	45,2%
BACHILLERATO	71	33,8%
SUPERIOR	40	2%
TOTAL	210	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Autor: Andreina Fernanda Serrano Gutiérrez

Sandra Cecilia Tigua Landy

Del cuestionario de los datos sociodemográficos, respecto al nivel de escolaridad del cuidador se obtuvo que el 45,2% tienen un nivel de educación básica; mientras que el 33,8% han obtenido el bachillerato, seguido del 19% que son analfabetos, y solo el 2% tienen un nivel de estudio superior.

**Tabla # 5: Distribución porcentual del nivel socioeconómico de la familia.****NIVEL SOCIECONÓMICO**

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MEDIO ALTO	2	1,00%
MEDIO TÍPICO	57	27,1%
MEDIO BAJO	35	16,7%
BAJO	116	55,2%
TOTAL	210	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Autor: Andreina Fernanda Serrano Gutiérrez

Sandra Cecilia Tigua Landy

A través del formulario del INEC – Estratificación del nivel socioeconómico se obtuvo que 55,2% pertenecen a un nivel bajo, le sigue el nivel medio típico con el 27,1%; continuando con el nivel medio bajo con el 16,7%, y finalmente el nivel medio alto con el 1,00%.

**Tabla # 6: Distribución porcentual del nivel nutricional.****ESCOLARIDAD**

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NIVEL NUTRICIONAL MUY BAJO	71	33,8%
NIVEL NUTRICIONAL MEDIO	110	52,4%
NIVEL NUTRICIONAL ALTO	29	13,8%
TOTAL	210	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Autor: Andreina Fernanda Serrano Gutiérrez

Sandra Cecilia Tigua Landy

De acuerdo al test de alimentación rápido Krece-Plus, dio con resultado que el 52,4% de niños-as encuestados tienen un nivel nutricional medio; continuando con el 33,8% que pertenecen al nivel nutricional muy bajo, y 13,8%, al nivel nutricional alto.

**Tabla # 7: Distribución porcentual de la funcionalidad familiar.****FUNCIONALIDAD FAMILIAR**

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FAMILIA FUNCIONAL	31	14,8%
MODERADAMENTE FUNCIONAL	112	53,3%
DISFUNCIONAL	66	31,4%
SEVERAMENTE DISFUNCIONAL	1	0,5%
TOTAL	210	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Autor: Andreina Fernanda Serrano Gutiérrez

Sandra Cecilia Tigua Landy

Según la escala para valorar la funcionalidad familiar FF-SIL, se tuvo que el 53,3% de las familias son moderadamente funcionales, mientras que el 31,4% son disfuncionales, seguido con el 14,8% que son familias funcionales y solo el 0,5% son familias severamente funcionales.

**Tabla # 8: Distribución porcentual de la curva PESO PARA LA EDAD.**

PESO/EDAD		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOBREPESO	1	0,48%
NORMAL	86	40,95%
PESO BAJO O DESNUTRICIÓN GLOBAL	114	54,29%
PESO BAJO SEVERO O DESNUTRICIÓN GLOBAL SEVERA	9	4,28%
TOTAL	210	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Autor: Andreina Fernanda Serrano Gutiérrez

Sandra Cecilia Tigua Landy

De acuerdo a las gráficas obtenidas en la curva de crecimiento de la OMS de peso para la edad, se obtuvo como resultado que el 54,29% de los niños-as tienen bajo peso o desnutrición global; 40,95% tienen un peso normal; 4,28%, peso bajo severo o desnutrición global severa y apenas el 0,48% tienen sobrepeso.

**Tabla # 9: Distribución porcentual de la curva TALLA PARA LA EDAD.****TALLA/EDAD**

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NORMAL	70	33,3%
TALLA BAJA O DESNUTRICIÓN CRÓNICA	92	43,8%
TALLA BAJA SEVERA O DESNUTRICIÓN CRÓNICA SEVERA	48	22,9%
TOTAL	210	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Autor: Andreina Fernanda Serrano Gutiérrez
Sandra Cecilia Tigua Landy

Según las gráficas obtenidas en la curva de crecimiento de la OMS de talla para la edad, se obtuvo que 43,8% de los niños-as tienen talla baja o desnutrición crónica, 33,3% tienen una talla normal y el 22,9% tienen una talla baja severa o desnutrición crónica severa.



Tabla # 10: Descripción según relación de las Variables y el estado nutricional.

Variables		Sobrepeso	Normal	Peso bajo	Peso bajo severo	Total	Chi2 calculado
							Valor P
Sexo del niño	Masculino	1	43	58	7	109	3,513 0,319
		0,5 %	44,6%	59,2%	4,7%	109,0%	
	Femenino	0	43	56	2	101	
		0,5%	41,4%	54,8%	4,3%	101,0%	
Procedencia del niño	Urbana	0	43	35	2	80	9,388 0,025
		0,4%	32,8%	43,4%	3,4%	80%	
	Rural	1	43	79	7	130	
		0,6%	53,2%	70,6%	5,6%	130,0%	
Cuidador del niño	Padre/madre	0	82	111	9	202	105,645 0,000
		1,0%	82,7%	109,7 %	8,7%	202,0%	
	Abuelo/a	0	3	3	0	6	
		0,0%	2,5%	3,3%	0,3%	6,0%	
	Hermano/a	1,0	1	0	0	2	
		0,0%	0,8%	1,1%	0,1%	2,0%	
Escolaridad del cuidador	Analfabeto	0	2	35	3	40	125,194 0,000
		0,2%	16,4%	21,7%	1,7%	40,0%	
	Básica	0	16	73	6	95	
		0,5%	38,9%	51,6%	4,1%	95,0%	
	Bachillerato	1	64	6	0	71	
		0,3%	29,1%	38,5%	3,0%	71,0%	
	Superior	0	4	0	0	4	
		0,0%	1,6%	2,2%	0,2%	4,0%	
	Medio alto	0	2	0	0	2	149,639



Nivel socioeconómico	Medio típico	0,0%	0,8%	1,1%	0,1%	2,0%	0,000
		0	54	2	1	57	
	Medio bajo	0,3%	23,3%	30,9%	2,4%	57,0%	
		0	25	10	0	35	
	Bajo	0,2%	14,3%	19,0%	1,5%	35,0%	
		1	5	102	8	116	
	0,6%	47,5%	63,0%	5,0%	116,0%		
Nivel nutricional	Muy bajo	1	6	57	7	71	60,429
		0,3%	29,1%	38,5%	3,0%	71,0%	
	Medio	0	56	52	2	110	0,000
		0,5%	45,0%	59,7%	4,7%	110,0%	
	Alto	0	24	5	0	29	
		0,1%	11,9%	15,7%	1,2%	29,0%	
Funcionalidad familiar	Familia funcional	0	27	4	0	31	63,617
		0,1%	12,7%	16,8%	1,3%	31,0%	
	Moderadamente funcional	1	52	58	1	112	0,000
		0,5%	45,9%	60,8%	4,8%	112,0%	
	Disfuncional	0	7	51	8	66	
		0,3%	27,0%	35,8%	2,8%	66,0%	
	Severamente disfuncional	0	0	1	0	1	
		0,0%	0,4%	0,5%	0,0%	1,1%	

Fuente: Formulario de recolección de datos

Autor: Andreina Fernanda Serrano Gutiérrez

Sandra Cecilia Tigua Landy



- Al analizar la tabla se puede verificar que la variable sexo no tiene una relación estadísticamente significativa con el estado nutricional ya que el valor de $p=0,319$ siendo $>$ a $0,05$.
- La procedencia del niño-a es un factor que tienen asociación directa con el estado nutricional con un valor $p=0,025$ verificando que en la zona rural es donde predominan niños-as con bajo peso con el 70,6%.
- En relación al cuidador del niño-a se determinó que es estadísticamente significativa con el estado nutricional puesto que el valor $p=0,000$ indicándonos que en los niños-as con bajo peso su principal cuidador son los padres/madres con el 109.7%
- Se pudo observar que la escolaridad del cuidador se asocia de una forma estadísticamente significativa con el estado nutricional con un valor $p=0,000$, reflejando que los niños-as con bajo peso tienen padres con una educación básica con el 51.6%.
- Se demuestra que el nivel socioeconómico es un factor predominante resultando estadísticamente significativo con el estado nutricional dándonos un valor $p=0,000$, en donde el nivel bajo predomina para que se de el bajo peso con un 63,0%.
- Se analiza que el nivel nutricional tiene asociación directa con el estado nutricional con un valor significativo de $p=0,000$, prevalenciando el nivel nutricional medio con el 59,7%
- La funcionalidad familiar tiene asociación estadísticamente significativa con el estado nutricional reflejando una significancia $p=0,000$.

CAPÍTULO VI

6. DISCUSIÓN

En la población estudiada predominó el sexo masculino con un porcentaje de 51,9% frente al sexo femenino que fue del 48,1%; cifras que difieren del estudio realizado en Paraguay, “Variabilidad en el patrón de consumo de alimentos en una población de preescolares de Asunción, de nivel socioeconómico alto y su relación con el estado nutricional”, donde en la población estudiada predominó el sexo femenino (41).



En el presente estudio se evidencia que el mayor porcentaje de la población estudiada son residentes del área rural con el 61,9% mientras que el 38,1 son residentes urbanos; resultados similares se obtuvieron en un estudio realizado en México “Asociación entre los factores demográficos y socioeconómicos con el estado nutricional en niños-as menores de 5 años en poblaciones rurales de Colima, México” en donde predominó la población rural frente al área urbana, siendo el área rural donde predomina el desequilibrio nutricional(42).

Con respecto a la escolaridad del cuidador se observó que el nivel educativo de los cuidadores influye directamente en la nutrición infantil, en el presente estudio la mayor parte de los cuidadores solo ha llegado al nivel básico con el 45,2% , continuando con el 33,8% que si ha culminado el bachillerato, seguido del 19% que son analfabetos y solo una mínima cantidad ha logrado obtener una educación superior con el 2%, influyendo significativamente en el bajo peso, con mayores porcentajes en niños-as que sus cuidadores tienen educación básica y analfabetos; resultando similar a un estudio realizado en Perú “Efecto de factores ambientales y socioeconómicas del hogar sobre la desnutrición crónica de niños-as menores de 5 años en el Perú” en donde el 36% de los niños-as con desnutrición pertenecen a madres sin educación.(43)

El nivel socioeconómico está vinculado a una mayor incidencia de malnutrición infantil determinado en el presente estudio por medio del formulario del INEC-Estratificación de nivel socioeconómico en donde el nivel económico bajo prevalece en más de la mitad de la población estudiada con el 55,2% continuando con el nivel medio típico con el 27,1%, seguido del nivel medio bajo con el 16,7 y finalmente solo el 1% tiene un nivel socioeconómico medio alto, resultados que se asemejan a un estudio realizado en Colombia “Factores socioeconómicos asociados a retraso en talla en preescolares asistentes a una institución educativa de Floridablanca, Colombia” donde los limitados ingresos económicos influyen negativamente en la adquisición de alimentos aumentando el riesgo de padecer déficit nutricional. (44)

En cuanto al nivel nutrición obtenido a través del test Krece-Plus se obtuvo que el mas de la mitad de los niños-as (52,4%) tienen un nivel nutricional medio, mientras que una tercera parte (33,8%) tienen un nivel muy bajo y solo una pequeña parte (13,8%) tienen un nivel alto; éstos resultados son similares a los expuestos en el estudio



“hábitos alimentarios, su relación con el estado nutricional en escolares de la ciudad de Azogues”, donde se refleja que el 66% de la población estudiada tienen un nivel nutricional medio, 25,4% un nivel bajo y solo el 8,57% tienen un nivel alto (9).

Dentro de la funcionalidad familiar se pudo apreciar que el 53,3% de las familias son moderadamente funcionales, el 31,4% son disfuncionales y solo el 14,8% son familias funcionales, asociándose de manera estadísticamente significativa ($p=0,000$) con el estado nutricional; lo que también tiene una similitud con el estudio “Características familiares relacionadas con el estado nutricional en escolares de la ciudad de Cartagena”, en donde el 64,5% son familias moderadamente funcionales, 29,3% son disfuncionales y solo el 6,2% son familias funcionales (45)

En los resultados de las gráficas en la curva de peso para edad se obtuvo que el 54,29% de los niños-as tienen desnutrición global más conocido como peso bajo, 40,95% tienen un peso normal, 4,28% tienen desnutrición global severa o peso bajo severo, y solo el 0,48% tienen sobrepeso, esta última cifra se muestra inferior a la cifra expuesta por el informe del país ecuatoriano en “Impacto Social y Económico de la Malnutrición” donde se evidencia que en el país el sobrepeso en menores de 5 años tiene una prevalencia del 6% y en la provincia de Morona Santiago la prevalencia es del 2,6%, pero en el estudio “Estado nutricional en niños naporunas menores de cinco años en la Amazonía ecuatoriana” realizado en la provincia de Napo se observó que el 26,4% presentaban bajo peso. (5,46)

En los resultados de las gráficas en la curva de talla para la edad de constato que el 43,8% de los niños-as tienen desnutrición crónica o talla baja, 33,3% tienen talla normal y el 2,9% tienen desnutrición crónica severa o talla baja severa, difiriendo estas cifras con lo expuesto en “Impacto Social y Económico de la Malnutrición” donde dice que la desnutrición crónica en menores de 5 años en el Ecuador es del 23,9% y en la provincia de Morona Santiago es de 43,9%, y en el estudio realizado en Napo la desnutrición crónica es del 22,8% (5,46).



CAPÍTULO VII

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1. CONCLUSIONES

Con los objetivos planteados se concluye que:

- Todos los niños-as encuestados tienen edades entre 3 y 5 años de edad, predominando el sexo masculino con 51,9%, frente al femenino que fue de 48,1%, además la mayoría (61,9%) residían en el área rural, y donde el 96,19% son cuidados por sus padres, mismos que una gran parte son de escolaridad básica.
- Más de la mitad de las familias pertenecen a un nivel socioeconómico bajo (55,2%), más de la cuarta parte (27,1%) pertenecen a un nivel medio típico, seguido del nivel medio bajo (16,7%) y finalizando con el nivel medio alto (1%).
- El 52,4% de los niños-as tienen un nivel nutricional medio, una tercera parte (33,8%) pertenece al nivel nutricional muy bajo y el 1%, al alto.
- En relación a la funcionalidad familiar la mayoría de niños-as pertenecen a una familia moderadamente funcional, seguido de una familia disfuncional, familia funcional y familia severamente disfuncional.
- Según las curvas de crecimiento de la OMS en peso para edad se observó que más de la mitad de niños-as tienen desnutrición global o bajo peso, le sigue peso normal, continuando con desnutrición global severa o peso bajo severo y finaliza un mínimo porcentaje de sobrepeso.
- En la curva de peso para edad cerca de la mitad de los niños-as tienen desnutrición crónica o talla baja, seguido de peso normal y terminando con desnutrición crónica severa o talla baja severa.

7.2. RECOMENDACIONES

- El personal de salud del Centro de Salud “FICSH” al reforzar la post-consulta, evaluar periódicamente el estado nutricional, e implementar charlas de promoción sobre prácticas adecuadas de alimentación infantil, influirían en mejorar la calidad de dieta e identificación temprana de alteraciones del estado nutricional en los niños-as menores de 5 años.
- La Universidad de Cuenca y su Facultad de Ciencias Médicas, a través de los estudiantes que realicen el internado en este centro de salud podrían contribuir



en la información a los padres de los niños-as menores de 5 años acerca de una alimentación saludable que favorezca su satisfactorio estado nutricional.

- Establecer y mejorar las visitas domiciliarias y seguimientos a los niños-as con factores de riesgo y problemas nutricionales para un trabajo continuo y que permita lograr objetivos claros.
- Retomar el tema de esta investigación, tomando como base los datos ofrecidos en la misma para profundizar en la relación entre los hábitos nutricionales y el estado nutricional.

CAPÍTULO VIII

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2018: fomentando la resiliencia climática en aras de la seguridad alimentaria y la nutrición. Roma: FAO; 2018.
2. Scaglioni S, De Cosmi V, Ciappolino V, Parazzini F, Brambilla P, Agostoni C. Factors Influencing Children's Eating Behaviours. *Nutrients*. 31 de mayo de 2018;10(6):706.
3. Sánchez Hidalgo. M del R, Valdés Madrigal. I, González Fonseca. Z, Leyva Fonseca. D, Figueroa Rodríguez. FA, Sánchez Hidalgo. M del R, et al. Factores socio-ambientales de riesgo de malnutrición por defecto. *Multimed*. agosto de 2020;24(4):853-69.
4. Macias M AI, Gordillo S LG, Camacho R EJ. Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. *Rev Chil Nutr*. septiembre de 2016;39(3):40-3.
5. CEPAL, MINISTERIO COORDINADOR DEL DESARROLLO SOCIAL, PMA. IMPACTO SOCIAL Y ECONOMICO DE LA MALNUTRICION - RESULTADOS DEL ESTUDIO REALIZADO EN ECUADOR, 2017. 2017.



6. FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS. EL ESTADO DE LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y LA NUTRICION EN EL MUNDO 2019; PROTEGERSE FRENTE A LA DESACELERACIÓN Y EL DEBILITAMIENTO DE LA ECONOMÍA. FOOD & AGRICULTURE ORG; 2019.
7. Jiménez L, Cerda J, Alberti G, Lizama M. Malnutrición por exceso: alta frecuencia de sobrepeso y obesidad en escolares chilenos con síndrome de Down. Rev Med Chile. 2015;143:451-8.
8. Muros JJ, Briones M, Rodríguez G, Bouzas PR, Giménez R, Cabrera-Vique C. Double burden of malnutrition in rural and urban Guatemalan schoolchildren. Nutr Hosp. 2016;33(2):345-50.
9. Álvarez Ochoa RI, Cordero Cordero G del R, Vásquez Calle MA, Altamirano Cordero LC, Gualpa Lema MC. Hábitos alimentarios, su relación con el estado nutricional en escolares de la ciudad de Azogues. Rev Cienc Médicas Pinar Río. 2017;21(6):852-9.
10. Luna Hernández JA, Hernández Arteaga I, Rojas Zapata AF, Cadena Chala MC. Estado nutricional y neurodesarrollo en la primera infancia. Rev Cuba Salud Pública. diciembre de 2018;44(4):169-85.
11. Paredes-Arturo YV. Desnutrición crónica y desempeño cognitivo. Univ Salud. 2015;17(1):47-56.
12. Ngo J, Serra-Majem L. Hunger and Malnutrition. En: Encyclopedia of Food Security and Sustainability. Oxford: Elsevier; 2019. p. 315-35.
13. Ecuador M de salud pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición: ENSANUT-ECU 2012. Quito: INEC; 2014.
14. OMS | Nutrición. WHO. 2015.
15. Cevallos ÁLZ, Castellano LGP, Barre JEL, Rivas MEO, Romero AAA, Véliz RIR. Nutrición fundamental en infantes desde 1 a 5 años de edad. RECIMUNDO. 23 de abril de 2019;3(2):934-63.



16. Navarro-Pérez CF, González-Jiménez E, Schmidt-RioValle J, Meneses-Echávez JF, Correa-Bautista JE, Correa-Rodríguez M. Nivel y estado nutricional en niños y adolescentes de Bogotá, Colombia. Estudio FUPRECOL. *Nutr Hosp.* 2016;33(4):915-22.
17. González Hermida AE, Vila Díaz J, Guerra Cabrera CE, Quintero Rodríguez O, Dorta Figueredo M, Pacheco JD. Estado nutricional en niños escolares. Valoración clínica, antropométrica y alimentaria. *Rev Electrónica Las Cienc Médicas En Cienfuegos.* 2010;8(2):12-22.
18. Barrera-Dussán N, Fierro-Parra EP, Puentes-Fierro LY, Ramos-Castañeda JA. Prevalencia y determinantes sociales de malnutrición en menores de 5 años afiliados al Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales (SISBEN) del área urbana del municipio de Palermo en Colombia, 2017. *Univ Salud.* 31 de agosto de 2018;20(3):236.
19. OMS I. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición: ENSANUT-ECU 2012. Vol. 1. Quito: INEC; 2014.
20. González ZF, Font AJQ, Ochoa MYM, Rodríguez EC, Estrada AMB. La malnutrición; problema de salud pública de escala mundial. *Multimed.* 2020;24(1):237-46.
21. UNICEF. Evaluación del crecimiento de niños y niñas. Buenos Aires: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2012.
22. Perdomo CD, Rodríguez ER, Carrasco Magallanes H, Flores Navarro HE, Matul Pérez SE, Moyano D. Impacto de un programa comunitario para la malnutrición infantil. *Rev Chil Pediatría.* 2019;90(4):497-507.
23. Lafuente K, Rodriguez S. Prevalencia de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Tacopaya, primer semestre gestión 2014. *Gac Med Bol.* 2018;1(39):26-9.
24. Fernández Palacios L, Barrientos Augustinus E, Raudales Urquía C, Frontela Saseta C, Ros Berruezo G, Fernández Palacios L, et al. Grado de malnutrición y su relación con los principales factores estructurales y alimentarios de la población



- preescolar hondureña. Prevalencia de la lactancia materna en los mismos. *Nutr Hosp.* junio de 2017;34(3):639-46.
25. Luna Hernández JA, Hernández Arteaga I, Rojas Zapata AF, Cadena Chala MC. Estado nutricional y neurodesarrollo en la primera infancia. *Rev Cuba Salud Pública.* diciembre de 2018;44:169-85.
 26. Vega-Rodríguez P, Álvarez-Aguirre A, Bañuelos-Barrera Y, Reyes-Rocha B, Hernández Castañón MA. Estilo de vida y estado de nutrición en niños escolares. *Enferm Univ.* 1 de octubre de 2015;12(4):182-7.
 27. Ravasco P, Anderson H, Mardones F. Métodos de valoración del estado nutricional. *Nutr Hosp.* 2010;3(25):57-66.
 28. OMS. OMS | Patrones de crecimiento infantil. WHO. 2013.
 29. OMS. Patrones de Crecimiento del Niño de la OMS. 2018.
 30. Ochoa H. EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN MENORES DE 5 AÑOS: CONCORDANCIA DE ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS EN POBLACIÓN INDÍGENA DE CHIAPAS. *Nutr Hosp.* 28 de julio de 2017;34(4).
 31. Lourenço M, Santos C, do Carmo I. Nutritional status and dietary habits in preschool-age children. *Rev Enferm Referência.* 2015;IV(Nº 1):7-14.
 32. Cubero J, Cañada F, Costillo E, Franco L, Calderón A, Santos AL, et al. La alimentación preescolar: educación para la salud de los 2 a los 6 años. *Enferm Glob.* julio de 2016;11(27):337-45.
 33. Calceto-Garavito L, Garzón S, Bonilla J, Cala-Martínez D, Calceto-Garavito L, Garzón S, et al. Relación Del Estado Nutricional Con El Desarrollo Cognitivo Y Psicomotor De Los Niños En La Primera Infancia. *Rev Ecuat Neurol.* agosto de 2019;28(2):50-8.
 34. Anaya García SE, Álvarez Gallego MM. FACTORES ASOCIADOS A LAS PREFERENCIAS ALIMENTARIAS DE LOS NIÑOS. *Rev Eleuthera.* 2018;58-73.



35. González-Jiménez R, León-Larios F, Lomas-Campos M, Albar M-J. Factores socioculturales determinantes de los hábitos alimentarios de niños de una escuela-jardín en Perú: estudio cualitativo. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2017;33(4):700.
36. Macias M AI, Gordillo S LG, Camacho R EJ. Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. *Rev Chil Nutr*. septiembre de 2012;39(3):40-3.
37. García RAM, Díez FJF. Publicidad y alimentación: influencia de los anuncios gráficos en las pautas alimentarias de infancia y adolescencia. *Nutr Hosp*. 2016;24(3):318-25.
38. INEC. Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico. Instituto Nacional de Estadística y Censos. 2014.
39. Ortega T, De la Cuesta D, Dias C. Plantilla - Cuestionario de Funcionamiento Familiar (ff-sil). 2015.
40. Flores Navarro-Pérez C, González-Jiménez E, Schmidt-RioValle J, Meneses-Echávez JF, Correa-Bautista JE, Correa-Rodríguez M, et al. Nivel y estado nutricional en niños y adolescentes de Bogotá, Colombia: estudio FUPRECOL. *Nutr Hosp*. agosto de 2016;33(4):915-22.
41. Medina C, Sanabria M, Samudio M. The variability in feeding patterns of pre-schoolers living in Asunción, from families with high socioeconomic status and the relation with their nutritional status. *An Fac Cienc Médicas Asunción*. 2019;52(3):25-36.
42. Bernabeu Justes M, Sánchez-Ramírez CA, Bernabeu Justes M, Sánchez-Ramírez CA. Asociación entre los factores demográficos y socioeconómicos con el estado nutricional en niños menores de 5 años en poblaciones rurales de Colima, México. *Rev Esp Nutr Humana Dietética*. junio de 2019;23(2):48-55.
43. Paredes Mamani RP, Paredes Mamani RP. Efecto de factores ambientales y socioeconómicas del hogar sobre la desnutrición crónica de niños menores de 5 años en el Perú. *Rev Investig Altoandinas*. julio de 2020;22(3):226-37.



44. Angarita A, Prada GE, Mendoza GL, Hernández MN. FACTORES SOCIOECONÓMICOS ASOCIADOS A RETRASO EN TALLA EN PREESCOLARES ASISTENTES A UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE FLORIDABLANCA, COLOMBIA. Rev Chil Nutr. 2016;43(2):2-2.
45. González-Pastrana Y, Díaz-Montes C. Características familiares relacionadas con el estado nutricional en escolares de la ciudad de Cartagena. Rev Salud Pública. diciembre de 2017;17:836-47.
46. Buitrón D, Hurtig A-K, San Sebastián M. Estado nutricional en niños naporunas menores de cinco años en la Amazonía ecuatoriana. Rev Panam Salud Pública. 2004;15(3):151-9.

**CAPÍTULO IX****9. ANEXOS****9.1. Anexo 1: Operacionalización de variables.**

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad	Tiempo transcurrido	Años	Numérica <ul style="list-style-type: none"> ➤ 3 años ➤ 4 años ➤ 5 años (Anexo 3)
SEXO	Características físicas externas que diferencian a un hombre de una mujer.	Características físicas externas.	Entrevista	Nominal - Hombre - Mujer (Anexo 3)
NIVEL SOCIOECONÓMICO	Escalafón que tiene una persona o grupo en comparación con otra, generalmente se mide como el ingreso por individuo, además de factores como educación y ocupación.	Escalafón socioeconómico	Encuesta de estratificación del nivel socioeconómico. (Anexo 4)	Ordinal -Bajo -Medio bajo -Medio típico -Medio alto -Alto
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	Capacidad que tienen las familias para satisfacer las necesidades de sus miembros, pero con la adaptación continua ya sea adecuada	Capacidad de las familias para satisfacer las necesidades.	Escala FF-SIL (Escala para valorar la funcionalidad familiar) (Anexo 5)	Ordinal -Funcional - Moderadamente funcional - Disfuncional - Severamente



	o inadecuada a los cambios que se pueden presentar.			e disfuncional
HÁBITOS ALIMENTARIOS	Es la frecuencia y tipo de alimentos que consume un niño, como respuesta de sus gustos, tradiciones familiares y socioculturales	Frecuencia y tipo de alimentos que consume.	Test rápido krece-plus para hábitos alimentarios (Anexo 6)	Nivel nutricional muy bajo Nivel nutricional medio Nivel nutricional alto
NIVEL DE INSTRUCCIÓN (CUIDADOR)	Nivel de escolaridad que el cuidador ha aprobado.	Nivel de escolaridad	Entrevista	Ordinal - Analfabeto - Inicial - General Básica - Bachillerato - Superior (Anexo 3)
ESTADO NUTRICIONAL	Resultante del balance entre la ingesta y las necesidades energéticas y de nutrientes del organismo.	Talla Peso	Curvas de la OMS. (Anexo 7)	Ordinal - Desnutrición - Bajo peso - Normal - Sobrepeso - Obesidad

*Elaborado por: Andreina Fernanda Serrano Gutiérrez
Sandra Cecilia Tigua Landy.*

**9.2. Anexo 2: Formulario de consentimiento informado****FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Título de la investigación: Estado nutricional y hábitos alimentarios en niños de 3 a 5 años que asisten al centro de salud "FICSH". Sucúa 2021.

Datos del equipo de investigación:

	Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Investigador Principal	Andreina Fernanda Serrano Gutiérrez	140108052-6	Universidad de Cuenca.

¿De qué se trata este documento?

Usted está invitado(a) a participar en este estudio que se realizará en el Centro de Salud "FICSH". En este documento llamado "consentimiento informado" se explica las razones por las que se realiza el estudio, cuál será su participación y si acepta la invitación. También se explica los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que usted decida participar. Después de revisar la información en este Consentimiento y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre su participación o no en este estudio. No tenga prisa para decidir. Si es necesario, lleve a la casa y lea este documento con sus familiares u otras personas que son de su confianza.

Introducción

El siguiente trabajo de titulación está enfocado en conocer el estado nutricional y los hábitos alimentarios en niños de 3 a 5 años que asisten al centro de salud FICSH. Los niños son propensos a obtener un bajo peso que puede llevar a una desnutrición o un sobrepeso que conlleva a una obesidad si su alimentación no es la adecuada, ya que al llevar unos malos hábitos alimentarios nos va a dar como resultados un estado nutricional poco saludable que afecta a niños y niñas en su correcto crecimiento y desarrollo, afectando a su salud tanto a nivel físico como intelectual.

Objetivo del estudio

El objetivo de la investigación es determinar el estado nutricional de cada niño de 3 a 5 años de edad que asiste al centro de salud FICSH y además conocer los hábitos alimentarios de cada uno de ellos.

Descripción de los procedimientos

A los niños se les tomara el peso y la talla para luego sacar el índice de masa corporal y poder determinar el estado nutricional de cada uno de ellos; a los padres se aplicara se le aplicará un cuestionario para obtener información personal sobre las variables socioeconómicas, además se realizara una encuesta para conocer el nivel socioeconómico, seguido de una escala para valorar la funcionalidad familiar y finalmente un test para conocer los hábitos alimentarios.

Riesgos y beneficios

La investigación no implica ningún riesgo para la salud tanto física como emocional de cada uno de los participantes.

Esta investigación será a beneficio de los niños de 3 a 5 años que asisten al centro de salud FICSH debido a que se determinará el estado nutricional de cada niño para una mejor atención a sus necesidades y los resultados obtenidos mediante el presente trabajo de investigación ayudaran al centro de salud como a los padres de familia a tener conocimiento de cuál es el estado nutricional de los niños/as y conocer la importancia que conlleva los hábitos alimentarios para la nutrición de los niños/as.



Otras opciones si no participa en el estudio

En el caso de que usted elija participar de esta investigación, la información recopilada será estrictamente confidencial, sus datos personales se mantendrán en anonimato. Recuerde que la información no se usará con otros propósitos.

La participación de esta investigación es de manera voluntaria, usted es libre de decidir si su hijo/a puede ser partícipe de esta investigación.

Derechos de los participantes (debe leerse todos los derechos a los participantes)

Usted tiene derecho a:

- 1) Recibir la información del estudio de forma clara;
- 2) Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas;
- 3) Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio;
- 4) Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted;
- 5) Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento;
- 6) Recibir cuidados necesarios si hay algún daño resultante del estudio, de forma gratuita, siempre que sea necesario;
- 7) Derecho a reclamar una indemnización, en caso de que ocurra algún daño debidamente comprobado por causa del estudio;
- 8) Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio, si procede;
- 9) El respeto de su anonimato (confidencialidad);
- 10) Que se respete su intimidad (privacidad);
- 11) Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador;
- 12) Tener libertad para no responder preguntas que le molesten;
- 13) Estar libre de retirar su consentimiento para utilizar o mantener el material biológico que se haya obtenido de usted, si procede;
- 14) Contar con la asistencia necesaria para que el problema de salud o afectación de los derechos que sean detectados durante el estudio, sean manejados según normas y protocolos de atención establecidas por las instituciones correspondientes;
- 15) Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0994915396 que pertenece a Andreina Fernanda Serrano Gutiérrez o envíe un correo electrónico a andreina.serrano@ucuenca.edu.ec

Consentimiento informado

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Nombres completos del/a participante

Firma del/a participante

Fecha



_____ Nombres completos del/a investigador/a	_____ Firma del/a investigador/a	_____ Fecha
_____ Nombres completos del/a investigador/a	_____ Firma del/a investigador/a	_____ Fecha

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. José Ortiz Segarra, presidente del Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca, al siguiente correo electrónico: jose.ortiz@ucuenca.edu.ec

9.3. Anexo 3: Cuestionario para recolección de datos sociodemográficos.

FORMULARIO PARA LOS DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

“ESTADO NUTRICIONAL Y HÁBITOS ALIMENTARIOS EN NIÑOS DE 3 A 5
AÑOS QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD “FICSH” SUCÚA 2021

Formulario # _____

Fecha: _____

DATOS DE FILIACIÓN

Nombre del niño/a: _____

Sexo: Masculino: _____ Femenino: _____

Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____

INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

Residencia: Urbana: _____ Rural: _____

Cuidador: Madre/Padre: _____ Abuelo/a: _____

Hermano/a: _____ Otro (¿Cuál?): _____

Nivel de Instrucción del cuidador: Analfabeto: _____ Inicial: _____ Básica: _____

Bachillerato: _____ Superior: _____



9.4. Anexo 4: Formulario del INEC – Estratificación del nivel socioeconómico

FORMULARIO DEL INEC – ESTRATIFICACION DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO

Características de la vivienda	Puntaje
1. ¿Cuál es el tipo de vivienda?	
Suite de lujo	59
Cuarto(s) en casa de inquilinato	59
Departamento en casa o edificio	59
Casa/Villa	59
Mediagua	40
Rancho	4
Choza/ Covacha/Otro	0
2. El material predominante de las paredes exteriores de la vivienda es de:	
Hormigón	59
Ladrillo o bloque	55
Adobe/ Tapia	47
Caña revestida o bahareque/ Madera	17
Caña no revestida/ Otros materiales	0
3. El material predominante del piso de la vivienda es de:	
Duela, parquet, tablón o piso flotante	48
Cerámica, baldosa, vinil o marmetón	46
Ladrillo o cemento	34
Tabla sin tratar	32
Tierra/ Caña/ Otros materiales	0
4. ¿Cuántos cuartos de baño con ducha de uso exclusivo tiene este hogar?	
No tiene cuarto de baño exclusivo con ducha en el hogar	0
Tiene 1 cuarto de baño exclusivo con ducha	12
Tiene 2 cuartos de baño exclusivos con ducha	24
Tiene 3 o más cuartos de baño exclusivos con ducha	32
5. El tipo de servicio higiénico con que cuenta este hogar es:	
No tiene	0
Letrina	15
Con descarga directa al mar, río, lago o quebrada	18
Conectado a pozo ciego	18
Conectado a pozo séptico	22
Conectado a red pública de alcantarillado	38

Acceso a tecnología	Puntaje
1. ¿Tiene este hogar servicio de internet?	
No	0
Sí	45
2. ¿Tiene computadora de escritorio?	
No	0
Sí	35
3. ¿Tiene computadora portátil?	
No	0
Sí	39
4. ¿Cuántos celulares activados tienen en este hogar?	
No tiene celular nadie en el hogar	0
Tiene 1 celular	8
Tiene 2 celulares	22
Tiene 3 celulares	32
Tiene 4 ó más celulares	42

Posesión de bienes	Puntaje
1. ¿Tiene este hogar servicio de teléfono convencional?	
No	0
Sí	19
2. ¿Tiene cocina con horno?	
No	0
Sí	29
3. ¿Tiene refrigeradora?	
No	0
Sí	30
4. ¿Tiene lavadora?	
No	0
Sí	18
5. ¿Tiene equipo de sonido?	
No	0
Sí	18
6. ¿Cuántos TV a color tienen en este hogar?	
No tiene TV a color en el hogar	0
Tiene 1 TV a color	9
Tiene 2 TV a color	23
Tiene 3 ó más TV a color	34
7. ¿Cuántos vehículos de uso exclusivo tiene este hogar?	
No tiene vehículo exclusivo para el hogar	0
Tiene 1 vehículo exclusivo	6
Tiene 2 vehículo exclusivo	11
Tiene 3 ó más vehículos exclusivos	15



Hábitos de consumo	Puntaje
1. ¿Alguien en el hogar compra vestimenta en centros comerciales?	
No	0
Sí	6
2. ¿En el hogar alguien ha usado internet en los últimos 6 meses?	
No	0
Sí	26
3. ¿En el hogar alguien utiliza correo electrónico que no es del trabajo?	
No	0
Sí	27
4. ¿En el hogar alguien está registrado en una red social?	
No	0
Sí	28
5. Exceptuando los libros de texto o manuales de estudio y lecturas de trabajo ¿Alguien del hogar ha leído algún libro completo en los últimos 3 meses?	
No	0
Sí	12

Nivel de educación	Puntaje
1. ¿Cuál es el nivel de instrucción del Jefe del hogar?	
Sin estudios	0
Primaria incompleta	21
Primaria completa	39
Secundaria incompleta	41
Secundaria completa	65
Hasta 3 años de educación superior	91
4 ó más años de educación superior (sin post grado)	127
Post grado	171

Actividad económica del hogar	Puntaje
1. ¿Alguien en el hogar está afiliado o cubierto por el seguro del IESS (general, voluntario o campesino) y/o seguro del ISSFA o ISSPOL?	
No	0
Sí	39
2. ¿Alguien en el hogar tiene seguro de salud privada con hospitalización, seguro de salud privada sin hospitalización, seguro internacional, seguros municipales y de Consejos Provinciales y/o seguro de vida?	
No	0
Sí	55
3. ¿Cuál es la ocupación del Jefe del hogar	
Personal directivo de la Administración Pública y de empresas	76
Profesionales científicos e intelectuales	69
Técnicos y profesionales de nivel medio	46
Empleados de oficina	31
Trabajador de los servicios y comerciantes	18
Trabajadores calificados agropecuarios y pesqueros	17
Oficiales operarios y artesanos	17
Operadores de instalaciones y máquinas	17
Trabajadores no calificados	0
Fuerzas Armadas	54
Desocupados	14
Inactivos	17
SUMA TOTAL:	

GRUPOS SOCIOECONÓMICOS	UMBRALES
A (Alto)	De 845,1 a 1000 puntos
B (Medio Alto)	De 696,1 a 845 puntos
C+ (Medio Típico)	De 535,1 a 696 puntos
C- (Medio Bajo)	De 316,1 a 535 puntos
D (Bajo)	De 0 a 316 puntos

**9.5. Anexo 5: FF-SIL Escala para valorar la funcionalidad familiar.****FF-SIL ESCALA PARA VALORAR LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR**

	FUNCIÓN	Casi nunca 1	Pocas veces 2	A Veces 3	Muchas veces 4	Casi siempre 5
1	¿Se toman decisiones para cosas importantes en la familia?					
2	¿En mi casa predomina la armonía?					
3	¿En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades?					
4	¿Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida diaria?					
5	¿Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa?					
6	¿Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos?					
7	¿Tomamos en cuenta las expresiones de otras familias ante situaciones difíciles?					
8	Cuando alguien de la familia tiene un problema ¿los demás le ayudan?					
9	¿Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado?					
10	¿Las costumbres familiares pueden cambiarse ante determinadas situaciones?					
11	¿Podemos conversar diversos temas sin temor?					
12	¿Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda de otras personas?					
13	¿Los intereses y necesidades de cada cual, son respetados por el núcleo familiar?					
14	¿Nos demostramos el cariño que nos tenemos?					

Resultados del formulario	Puntajes
Familia funcional	57 a 70 puntos
Moderadamente funcional	43 a 56 puntos
Disfuncional	28 a 42 puntos
Severamente disfuncional	14 a 27 puntos



9.6. Anexo 6: Test de alimentación rápido KRECE – PLUS.

TEST DE ALIMENTACIÓN RÁPIDO KRECE – PLUS

Marque con una "X" en la opción que corresponda.	PUNTUACIÓN
1. Su niño desayuna todos los días Si () No ()	Si = 0 No = -1
2. Su niño desayuna un lácteo (leche, yogurt) todos los días Si () No ()	Si = +1 No = 0
3. Su niño desayuna un cereal o un derivado al día (pan) Si () No ()	Si = +1 No = 0
4. Su niño desayuna biscochos, pasteles o tortas Si () No ()	Si = -1 No = 0
5. Su niño come una fruta o zumo de fruta todos los días Si () No ()	Si = +1 No = 0
6. Su niño come una segunda fruta todos los días Si () No ()	Si = +1 No = 0
7. Su niño toma un segundo lácteo al día Si () No ()	Si = +1 No = 0
8. Su niño come verduras una vez al día Si () No ()	Si = +1 No = 0
9. Su niño come verduras más de una vez al día Si () No ()	Si = +1 No = 0
10. Toma pescado con regularidad (2-3 veces por semana) Si () No ()	Si = +1 No = 0
11. Su niño come más de una vez por semana comida rápida (hamburguesas, hot-dog, papas fritas) Si () No ()	Si = -1 No = 0
12. Su niño le gustan las legumbres (2 o más por semana) Si () No ()	Si = +1 No = 0
13. Su niño come varias veces al día dulces Si () No ()	Si = -1 No = 0
14. Su niño come fideos y arroz casi todos los días (5 días/semana) Si () No ()	Si = +1 No = 0
15. En su casa utilizan aceite de girasol Si () No ()	Si = +1 No = 0

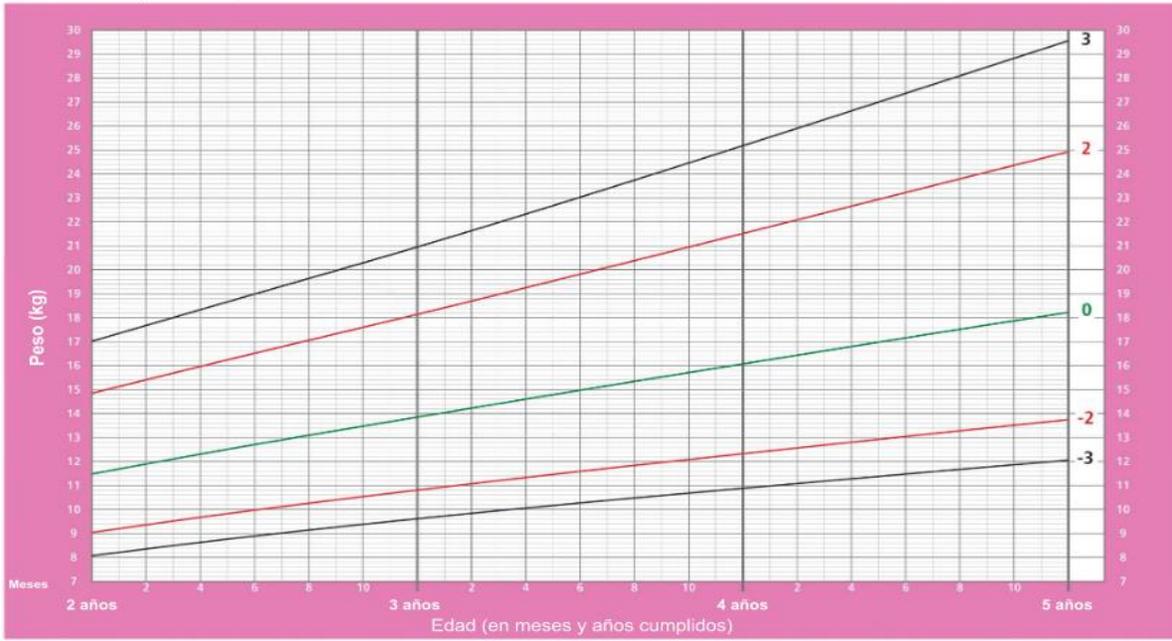
VALORACIÓN (0-10) PUNTOS	
0 – 3	Nivel nutricional muy bajo
4 – 7	Nivel nutricional medio
8 – 10	Nivel nutricional alto

9.7. Anexo 7: Curvas de la OMS.

CURVAS DE LA OMS PARA NIÑAS

Peso para la edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Estatura para la edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)

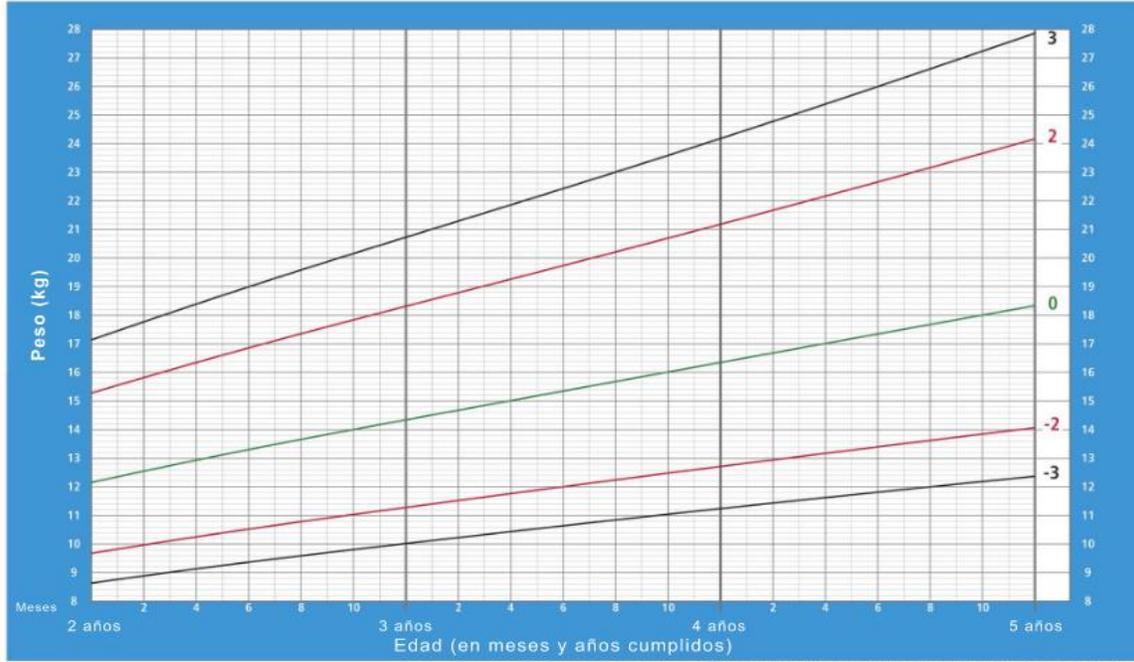


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

CURVAS DE LA OMS PARA NIÑOS

Peso para la edad Niños

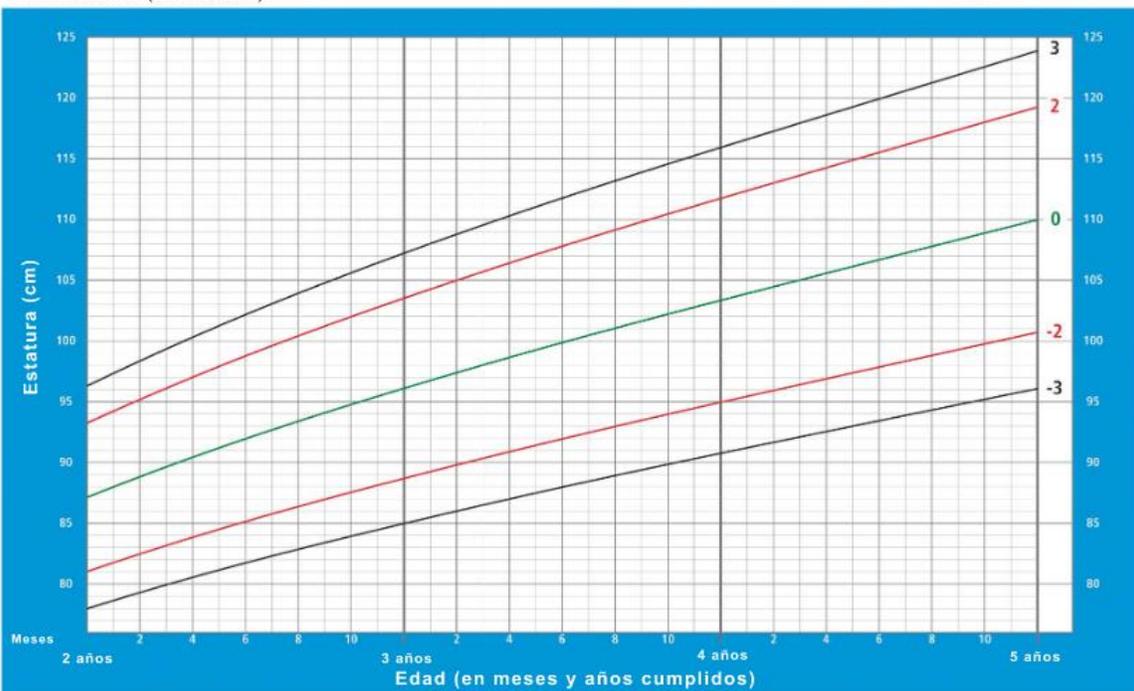
Puntuación Z (2 a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Estatura para la edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS



9.8. Anexo 8: Cronograma de actividades.

ACTIVIDADES	Mes					
	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril
1. Revisión final del protocolo y aprobación	X	X	X			
2. Diseño y prueba de instrumentos			X			
3. Recolección de datos			X	X		
4. Procesamiento y análisis de datos.				X	X	
5. Informe final						X

9.9. Anexo 9: Recurso Humanos y materiales.

Investigadoras	Andreina Fernanda Serrano Gutiérrez Sandra Cecilia Tigua Landy
Directora	Lcda. Diana Esther Sánchez Campoverde. Mgt.
Asesora	Lcda. Diana Esther Sánchez Campoverde. Mgt.

RUBRO	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Computadora	\$800	\$800
Material de escritorio	\$ 95	\$95
Material para valorar medidas antropométricas	\$ 40	\$ 40
Internet (Revisión Bibliográfica)	\$ 24/ MES	\$48
Teléfono y celular.	\$ 30	\$30
Impresiones	\$ 0.15	\$70
Transporte	\$ 5.00	\$140
Imprevistos	\$50	\$50
		Total \$1.273