

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

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

Título

**ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS DEL
CENTRO DE DESARROLLO DEL BUEN VIVIR PEQUEÑOS
TEJEDORES GUANO, NOVIEMBRE 2017- MARZO 2018**

Autores:

Josselin Sara Gavidia Villarroel

Paola Liliana Sánchez Centeno

Tutor: MsC. Cielito Betancourt J

Riobamba - Ecuador

Año 2018

REVISIÓN DEL TRIBUNAL

Los miembros del tribunal de graduación del proyecto de investigación de título. Estado Nutricional en niños/as menores de 5 años del Centro de Desarrollo del Buen Vivir Pequeños Tejedores Guano, noviembre 2017- marzo 2018 presentado por: **Paola Liliana Sánchez Centeno** y **Josselin Sara Gavidia Villarroel** y dirigido por la **MsC. Cielito Betancourt Jimbo**, una vez escuchada la defensa oral y revisado el informe final del proyecto de investigación con fines de graduación, escrito en el cuál se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas, remite la presente para uso y custodia en la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNACH.

Para constancia de lo expuesto firman:

MsC. Graciela Rivera H.

Presidente del Tribunal



FIRMA

MsC. Mónica Valdiviezo M.

Miembro del Tribunal



FIRMA

MsC. Angélica Herrera M.

Miembro del Tribunal



FIRMA

MsC. Cielito Betancourt J.

Tutora



FIRMA

ACEPTACIÓN DE LA TUTORA

Certifico que el presente proyecto de investigación previo a la obtención del Título de Licencia en Enfermería con el tema: **ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS DEL CENTRO DE DESARROLLO DEL BUEN VIVIR PEQUEÑOS TEJEDORES GUANO, NOVIEMBRE 2017- MARZO 2018**, ha sido elaborado por Josselin Sara Gavidia Villarroel y Paola Liliana Sánchez Centeno el mismo que ha sido asesorado permanentemente por la **MsC. Cielito Betancourt Jimbo** en calidad de Tutora, durante la etapa de desarrollo del trabajo hasta su presentación y evaluación.

Es todo en cuanto puedo informar en honor a la verdad.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Cielito Betancourt Jimbo', is written over a horizontal line.

TUTORA

MsC. Cielito Betancourt Jimbo

AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Nosotras, Paola Liliana Sánchez Centeno y Josselin Sara Gavidia Villarroel, declaramos la responsabilidad del conjunto de ideas y resultados planteados en el presente proyecto y el patrimonio intelectual del mismo pertenece a la Universidad Nacional de Chimborazo.



Paola Liliana Sánchez Centeno

0604115527



Josselin Sara Gavidia Villarroel

0605226232

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a la Universidad Nacional de Chimborazo y a quienes conforman la carrera de Enfermería; a las/os docentes por brindarnos sus conocimientos que nos serán útiles en el desempeño profesional, en especial a nuestra tutora Lic. Cielito Betancourt por el tiempo dedicado; agradecemos de igual manera al Centro Infantil Pequeños Tejedores principalmente la Master Irma Velastegui coordinadora y al personal que labora en la institución, que nos abrió sus puertas para el desarrollo de nuestro proyecto y a los niños/as que con su inocencia y ternura contribuyeron al estudio.

Paola Sánchez y Josselin Gavidia

DEDICATORIA

El presente trabajo va dirigido a Dios quien nos dio sabiduría y nos supo guiar durante nuestra formación, a nuestros padres y hermanos que nos brindaron su apoyo incondicional, fueron nuestros motivadores y los que no nos permitieron decaer ante las adversidades, por su paciencia y esfuerzo los mismo que nos permitieron llegar a este momento y a cada una de las personas que pusieron su confianza en nosotros.

Paola Sánchez y Josselin Gavidia

ÍNDICE

PORTADA.....	II
PÁGINA DE REVISIÓN DEL TRIBUNAL.....	II
ACEPTACIÓN DE LA TUTORA	III
AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN	IV
AGRADECIMIENTO	V
DEDICATORIA	VI
ÍNDICE	VII
1 INTRODUCCIÓN	1
2 OBJETIVOS	4
3 MARCO TEÓRICO.....	5
4 METODOLOGÍA	13
5 RESULTADOS.....	14
6 DISCUSIÓN	23
7 CONCLUSIONES	25
8 RECOMENDACIONES.....	26
9 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	
10 ANEXOS	

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo evaluar el estado nutricional en niños/as menores de 5 años del Centro Infantil del Buen Vivir “Pequeños Tejedores”, se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con enfoque mixto, para la selección de participantes se consideraron criterios de exclusión y de esta manera la muestra quedó conformada por 77 niños/as de los cuales, 37 son de sexo masculino y 40 de sexo femenino.

Para la evaluación del estado nutricional se diseñó una guía de medición en base a los distintos indicadores: edad, sexo, peso, talla e IMC, los datos fueron procesados en el sistema ANTRHO establecido por la OMS y revelaron que según el indicador P/E el 71.4% de niños se encontraron normales, el 24.7% riesgo de bajo peso, el 2.6% bajo peso, el 1.3% riesgo de peso alto; según el indicador T/E el 24.7% de niños estuvo normal, el 22.8% con baja talla y por último según el indicador P/T el 71.4% se apreció normal, el 24.7% riesgo de sobrepeso. En conclusión, el P/E determinó que los niños/as en un porcentaje superior a la mitad se encuentra normal, mientras que la T/E el mayor porcentaje se encontraron en riesgo de baja talla, finalmente el IMC/E se evidenció óptimas condiciones. Para el procesamiento estadístico se utilizó SPSS versión 22.

Se elaboró una guía dirigida a los padres de los niños en relación a la nutrición de los infantes.

Palabra clave: Estado nutricional, peso, talla, índice de masa corporal, sexo, edad

ABSTRACT

The objective of this research was to evaluate the nutritional status of children under 5 years of age in the *Centro Infantil del Buen Vivir "Pequeños Tejedores"*, a cross-sectional, descriptive study with a mixed approach was presented, for the selection of participants, exclusion criteria were considered and in this way the sample was conformed by 77 children of whom, 37 male and 40 female.

For the evaluation of the nutritional status, a measurement guide was designed based on the different indicators: age, sex, weight, height and BMI, the data were processed in the ANTRHO system it was established by WHO and they revealed that according to the P/E indicator 71.4% of children were normal, 24.7% low weight risk, 2.6% underweight, 1.3% high weight risk, according to the T / E indicator, 24.7% of children were normal, 22.8% with short stature and finally, according to the P/T indicator, 71.4% showed normal, 24.7% risk of overweight, in conclusion the P/E was determined that the children in a percentage higher than half is normal, while the T / E the highest percentage was at risk of short stature, finally in the IMC / E children are in optimal conditions. SPSS version 22 was used for the statistics.

A guide was prepared for parents of children in relation to the nutrition of infants.

Keywords: Nutritional status, weight, height, body mass index, sex, age



Reviewed by: Romero, Hugo
Language Center Teacher



1 INTRODUCCIÓN

El estado nutricional de los niños está relacionado con el crecimiento y desarrollo en cada etapa de vida y es indispensable evaluar minuciosamente considerando el crecimiento integral en relación con la nutrición. ⁽¹⁾

La nutrición durante la infancia es fundamental para que los niños y niñas desarrollen su potencial genético. Mediante investigaciones se ha determinado la necesidad desde la etapa prenatal hasta los primeros años de vida para con ello asegurar un óptimo crecimiento y desarrollo del niño para la prevención de la morbimortalidad infantil por desnutrición. Esta recomendación ha quedado expresada en la frase “un año antes y dos años después del nacimiento”.⁽²⁾

En nuestro medio los niños y niñas se alimentan con el fin de saciar el hambre más no para cubrir sus requerimientos nutricionales, por esta razón son propensos a adquirir enfermedades como resultado del déficit o exceso, sin considerar que los patrones de hábitos alimenticios cada vez se van alterando y conduciendo al consumo de alimentos poco saludables.⁽³⁾

El crecimiento es un proceso continuo desde la concepción hasta la edad adulta, determinado por el estado socioeconómico, ambiental (nutrición) y factores genéticos (sexo, raza, talla de los padres), tiene gran influencia en el crecimiento del niño/a por esta razón han sido motivo de importantes estudios en las últimas décadas para determinar el real impacto de los factores mencionados en la nutrición. La antropometría consciente en conocer el patrón de crecimiento propio de cada individuo, valorar el estado de salud y nutrición.^(4, 5)

La desnutrición y la obesidad no son opuestas, en relación a la alimentación ya que la primera representa privación de alimentos y la segunda afección. En la malnutrición predominan las dietas rutinarias y de baja calidad nutricional, pobres en vitaminas esenciales, minerales y numerosas sustancias bio-activas, importantes para el crecimiento.⁽⁶⁾

De acuerdo con la Convención sobre los Derechos del Niño, todos los lactantes y niños tienen derecho a una adecuada alimentación. El 45% de las muertes en niños se relaciona a la desnutrición, en el 2016, a nivel mundial, 155 millones de niños menores de 5 años desarrollaron retardo de crecimiento y 52 millones mostraron peso bajo para su talla; 41 millones tenían sobrepeso o eran obesos. ⁽⁷⁾

En Latinoamérica, las complicaciones del estado nutricional como la desnutrición están vinculados al deterioro socioeconómico de la población son más notables que el sobrepeso y la obesidad. Esto no quiere decir que los problemas de malnutrición por exceso, solo se presente en países desarrollados sino también en países que presentan altos índices de pobreza y déficit de crecimiento. ⁽⁸⁾

En América Latina y el Caribe aún existen 7.1 millones de niños menores de 5 años con desnutrición crónica y 3.8 que sufren sobrepeso, lo que indica el peso de la doble carga de la malnutrición. ⁽⁹⁾

Ecuador se encuentra dentro de un grupo de países con preocupantes tasas de baja talla para la edad en América Latina, a pesar de realizar varios programas nutricionales especialmente dirigidos a menores de cinco años. ⁽¹⁰⁾

Datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT-ECU) en el año 2013, se demostraron que el 25,3% de desnutrición crónica en menores de 5 años en el Ecuador, por otro lado, la prevalencia de sobrepeso y obesidad se ubica en el 8.6%, lo cual informa que en el país existen inconvenientes de déficit y exceso nutricional. ⁽¹¹⁾

En provincias del Chimborazo, Bolívar y Cotopaxi las tasas de desnutrición crónica bordean el 50%. Evidenciándose en Chimborazo un retraso en el crecimiento lineal de un 48.8%. ⁽⁹⁾

En el Cantón Guano los porcentajes de desnutrición son muy marcadas, especialmente: en los indicadores: talla/edad (T/E), (baja talla severa y baja talla) predomina el 39 % para el año 2012 según cifras del SIVAN. Peso bajo y peso bajo severo/ edad con prevalencias del 9%. ⁽¹²⁾

Según el análisis de la Sala Situacional del Centro de Salud Guano en los meses de enero a octubre del 2017, el porcentaje de desnutrición crónica es el 31,12% en la edad de 12 a 23 meses, el centro de salud informa que puede deberse a malos hábitos alimenticios, normas de higiene inadecuadas, parasitosis, incorrecto manejo del niño en el periodo de lactancia materna. El sobrepeso en su mayoría se encuentra en los niños/as menores a un año, seguido por los menores de 5 años y por último se encuentran los niños/as entre 12 a 23 meses de edad. Debido a los datos estadísticos descritos anteriormente se establece la relevancia de la investigación, del estado nutricional de los niños/as del Centro Infantil del Buen Vivir (CIBV) Pequeños Tejedores ubicado en el cantón Guano puesto que una buena alimentación en la infancia temprana asegura el crecimiento normal, desarrollo adecuado y evita carencias nutricionales.

El Ministerio de Salud Pública (MSP), tiene como objetivo combatir la desnutrición y sobrepeso infantil en el Ecuador. Por ello ha realizado acciones con el fin de proteger, promover y apoyar la alimentación y la lactancia materna. Se destaca: la distribución de materiales educativos en todas las unidades de salud del MSP, capacitación sobre el crecimiento y desarrollo a nivel comunitario, razón por la cual se realizan campañas para reducir la desnutrición crónica y promover una alimentación saludable, para combatir el sobrepeso infantil.⁽⁵⁾

El objetivo del Buen Vivir es mejorar la calidad de vida de la población, el gobierno Nacional mediante el MIES da la iniciativa a la creación de los CIBV con el propósito de mejorar la calidad de vida de los preescolares.⁽³⁾

La investigación fue posible realizar, pues existió la autorización de la coordinadora del CIBV, la predisposición a colaborar por parte de los padres de familia y personal docente, además se cuenta con los recursos humanos, tecnológicos y materiales necesarios.

Los beneficiarios de esta investigación será CIBV Pequeños Tejedores, los padres de familia, así como las estudiantes ya que esta investigación servirá como base y sustentación para investigaciones futuras.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

- Evaluar el estado nutricional en niños/as menores de 5 años del Centro de Desarrollo del Buen Vivir (CIBV) Pequeños Tejedores Guano, noviembre 2017-marzo 2018

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Comparar el peso, talla e índice de masa corporal para la edad y sexo, mediante el programa ANTRHO en los niños del CIBV Pequeños Tejedores.
- Describir los conocimientos de las madres en la alimentación en niños menores de 5 años.
- Caracterizar la alimentación de los niños del CIBV “Pequeños Tejedores”.
- Diseñar una propuesta dirigida a los padres para el manejo nutricional de los niños menores de 5 años.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 Nutrición

Es un proceso biológico que permite que el organismo funcione adecuadamente, el cuerpo utiliza los nutrientes de forma equilibrada en relación a salud y enfermedad. ⁽¹³⁾

Se basa en los nutrientes que poseen los alimentos y es un conjunto de fenómenos involuntarios que suceden tras el consumo de estos, la digestión, la absorción de sus componentes, su metabolismo y excreción o eliminación del organismo. ⁽¹⁴⁾

3.2 Alimentación

La ingestión de alimento por parte del organismo para proveerse de sus necesidades de conseguir energía y desarrollarse. ⁽¹⁵⁾

La alimentación es un conjunto de sucesos voluntarios y coherentes que van encaminados a la selección, preparación y consumo de los alimentos, sucesos que están relacionados con el medio sociocultural, económico y establecen gran parte de los hábitos dietéticos y estilos de vida. Varias patologías y sus manifestaciones frecuentemente pueden ser evitadas con una adecuada alimentación. ⁽¹⁴⁾

3.3 Crecimiento

Incremento gradual del número, tamaño, y complejidad de las células de un individuo. El crecimiento generalmente produce un aumento de peso de los órganos, peso corporal y estatura. ⁽⁹⁾

Es el proceso de crecimiento de la masa de un ser vivo que se produce por la multiplicación celular (hiperplasia) y aumento del tamaño de las células (hipertrofia). ⁽⁵⁾

El crecimiento está relacionado con los parámetros físicos como peso, talla, índice de masa corporal (IMC) y circunferencias corporales que reflejan la composición corporal. Estos parámetros son importancia para la salud individual y colectiva porque valoran el bienestar general de los niños, de las comunidades en las que ellos viven y de los avances sanitarios. ⁽¹⁶⁾

3.4 Desarrollo

Es la maduración de los órganos y sistemas, es la adquisición de habilidades, capacidad de superar más fácilmente al estrés, por lo tanto, el desarrollo es “el proceso por el cual el individuo adquiere funciones más complejas, independencia, autonomía y la presencia de conductas a diferentes edades”, es el proceso por el cual logran mayor capacidad funcional de sus sistemas a través de los fenómenos de maduración, diferenciación e integración.⁽⁵⁾

El desarrollo de los niños está afectado por factores biológicos, psicosociales y genéticos. La pobreza y sus problemas son los mayores factores de riesgo. Los primeros años de vida, particularmente importantes porque el desarrollo ocurre en todas sus áreas; el cerebro rápidamente desarrolla a través de su neurogénesis, crecimiento dendrítico y axonal, sinapsis, celular, integración sináptica, mielinización y glicogénesis.⁽¹⁷⁾

3.5 Estado Nutricional

Estado nutricional es el bienestar en que la persona se encuentra en relación con la ingesta, necesidades energéticas y nutrientes del organismo⁽¹⁸⁾, los factores relacionados con la salud y el entorno físico, social, cultural y económico⁽¹⁹⁾, mediante una serie de indicadores antropométricos, con el objetivo es diagnosticar desviaciones en la salud⁽²⁰⁾.

La evaluación del estado nutricional será acción y efecto de valorar, apreciar y calcular el estado en la que se encuentra un individuo según las alteraciones nutricionales que se hayan podido afectar.⁽²¹⁾

Según la OMS, la evaluación nutricional es el análisis de la información obtenida de estudios antropométricos, bioquímicos, clínicos, alimentarios y biofísicos, cuya finalidad es determinar las desviaciones perceptibles según los estándares normales. Su importancia, es indiscutible ya que evalúa al niño durante la etapa crucial del crecimiento y desarrollo.⁽²²⁾

3.5.1 Antropometría en menores a 5 años

La antropometría establece la forma más directa, práctica, de bajo costo, no invasiva, confiable, reproducible y objetiva para evaluar el estado nutricional de personas y poblaciones, para permitir estimar la masa corporal y resumir la historial nutricional. ⁽¹⁴⁾

Es una representación cuantitativa sistemática del individuo con el objetivo de entender su transición física, se puede señalar que la antropometría estudia todas las medidas corporales. ⁽²³⁾

Las mediciones más usadas en la antropometría son el peso y talla, es la relación de medidas; el cálculo aislado no tiene significado, a menos que sea relacionada con la edad, o la talla y el sexo de un individuo. ⁽²⁴⁾

Peso: es la determinación de la masa corporal total alcanzada hasta el momento de la medición. Es la adición de tejido magro, adiposo, óseo y de otros componentes. Se lo considera un índice sumamente sensible que indica con escasa especificidad las variaciones del estado nutricional. ⁽¹⁴⁾

En los menores de 2 años el peso se debe obtener en decúbito, después de esta edad se debe pesar en la posición de pie. Para medir el peso se recomienda calibrar y colocar la báscula en una superficie plana, se retira toda la ropa, zapatos y se coloca al niño en la bascular para pesarlo, el observador debe estar de frente a la escala de medición. ⁽⁴⁾

Talla/Longitud: dimensión que mide la longitud o altura de todo el cuerpo; cuando se le toma en posición acostada se le denomina longitud supina y cuando se le toma en posición de pie, estatura. Se considera la dimensión más útil para la evaluación retrospectiva del crecimiento. ⁽¹²⁾

Hasta los 2 años se coloca al niño en decúbito supino y se mide en escala horizontal rígida de pies a cabeza, en el paciente de 2 años o más se debe ubicar en bipedestación en el tallímetro. Se retiran los zapatos, con los talones, glúteos, espalda y cabeza en contacto con el tallímetro, siguiendo el plano de Frankfurt y registrar en cm. ⁽⁴⁾

Los índices básicos son:

Peso para la edad: refleja la masa alcanzada en relación con la edad cronológica, este indicador permite establecer la desnutrición global dando una visión general del problema nutricional.⁽²⁰⁾

Indicador global del estado nutricional pero no infiere entre desnutrición aguda o retraso crónico de crecimiento. El bajo P/E (consunción corporal) refleja la talla baja para la edad, el peso bajo para la talla o ambos, se denomina “malnutrición global”.⁽¹⁴⁾

Talla para la edad: manifiesta el crecimiento alcanzado en relación a la edad cronológica y sus carencias. La cual se vincula con alteraciones en el estado nutricional y la salud a largo plazo, identifica los estados crónicos de desnutrición.⁽²⁵⁾

La estatura alcanzada a determinada edad manifiesta la vida anterior de un niño, muestra un resultado final de todo su crecimiento previo, que por consiguiente no establece la situación nutricional actual de un niño. Los cambios de talla no son rápidos como los cambios de peso. La baja talla baja para la edad (T/E) demuestra una desnutrición crónica o retraso crónico del crecimiento.⁽¹⁴⁾

Índice de masa corporal: expresa el peso relativo con la talla para la edad, vinculándolo con la grasa corporal. Este índice se calcula con la división del peso sobre la talla al cuadrado. Las curvas de crecimiento se emplean para edad y sexo de los niños.⁽²⁵⁾

3.6 Sistema ANTRHO

Consiente en evaluar el estado nutricional de un niño, dar seguimiento al desarrollo y crecimiento del niño a través del tiempo o evaluar encuestas nutricionales respectivamente, el constante estudio multicéntrico de la OMS sobre el Patrón de Crecimiento fue ejecutado para facilitar datos para elaborar las curvas de crecimiento desde el nacimiento hasta los 5 años de edad.⁽⁴⁰⁾

OMS Anthro consta de tres partes: una calculadora antropométrica, un modelo que consiente en el análisis de cálculos individuales de niños/as ya que brinda resultados exactos para la edad y género, este módulo permite el análisis de datos de encuestas de poblaciones sobre el estado nutricional de los niños.⁽²⁶⁾

Todos los indicadores constan de tablas y gráficas que se emplean como un instrumento de referencia para la clasificación del estado nutricional con base en el puntaje z y los percentiles. En la implementación de OMS Anthro por parte de la Secretaría de Salud Departamental se adicionaron campos para ampliar el análisis nutricional. ⁽²⁷⁾

3.7 Curvas de Crecimiento

Herramienta para evaluar las mediciones antropométricas tanto a nivel individual como poblacional, se utilizan para establecer una relación entre estatura, el peso y el perímetro cefálico en comparación a niños/as de la misma edad. “Las curvas de crecimiento se desarrollaron a partir de información obtenida midiendo y pesando a los niños. A partir de estas cifras se estableció el peso y la estatura promedio nacional para cada edad y sexo.”⁽²⁸⁾

En las Curvas de Patrones de Crecimiento de la OMS se exponen cinco curvas. La curva central (marcada con un 0) es la media o promedio. Esta línea también se llama el percentil 50, porque el 50 por ciento de todos los niños están por encima de la media y el otro 50 por ciento están por debajo. Un niño con crecimiento normal típicamente tendrá una curva de crecimiento aproximadamente paralela a la media. ⁽²⁹⁾

La OMS desarrolla las curvas de crecimiento, que se convierten en una nueva referencia esencial para identificar cómo deben crecer los niños y niñas. Las medidas empleadas con mayor frecuencia son el peso y la estatura porque nos suministran información útil para reconocer niños que pudieran tener anomalías en el crecimiento y dar seguimiento, atención y tratamiento precoz.⁽²¹⁾

3.8 Puntuación Z

Son desviaciones estándar, las cuales hacen relación a las curvas de crecimiento ya sea para la edad, talla e IMC, se utilizan para puntualizar la distancia que existe entre una medición y la mediana, consiente en identificar un punto fijo, en las distribuciones de los diferentes indicadores y a través de otros edades.⁽³⁰⁾

La utilización del puntaje Z permite valorar y diferenciar antropométricamente en forma más asertiva que los niños están dentro de parámetros normales como a los que estén

alterados, permitiendo evaluar en forma numérica cuanto es la diferencia de los valores. La Organización Mundial de la Salud recomienda utilizar los indicadores de peso para la estatura y estatura para la edad, debido a que es más factible a los cambios utiliza el porcentaje del indicador respecto a la medida de referencia. ⁽³¹⁾

3.9 Alteraciones del Estado Nutricional

En la actualidad, los problemas de salud afines con la nutrición se muestran tanto por desequilibrios en la ingesta proteico-calórica (desnutrición crónica, obesidad, etc.). El estado nutricional del niño no sólo es afectado por la ingesta escasa de energía y nutrientes sino por otros elementos como son: enfermedad diarreica aguda, bajo nivel educativo de la madre, déficit de una apropiada alimentación e higiene, escaso saneamiento y ambiente insalubre, factores sociodemográficos y todos estos problemas se asocian a la pobreza familiar pero, sin duda alguna, actualmente la desnutrición casi siempre proviene de falta de seguridad alimentaria y nutricional. ^{(32), (33)}

Los seres humanos desnutridos tienen un peso corporal bajo y en niños se ocasiona un retraso del crecimiento y desarrollo psicomotor. Causando una baja en el sistema inmunológico para defenderse de patologías infecciosas y aumenta el riesgo de morbi-mortalidad. ⁽³⁴⁾

3.9.1 Desnutrición

La desnutrición es un tipo de malnutrición reconocida como un problema trascendental en los países en desarrollo, que resulta de un reducido consumo de alimentos, en cantidad y calidad, durante un periodo prolongado de tiempo, una mala asimilación de los nutrientes consumidos, falta de atención adecuada y aparición de enfermedades infecciosas. ⁽³⁵⁾

La desnutrición está determinada por la Organización Mundial de la Salud, como la variabilidad entre el aporte de nutrientes y energía, los requerimientos corporales para vivir, crecer y efectuar funciones específicas. Este inconveniente derivado por el desequilibrio nutricional no permite que el individuo desarrolle apropiadamente sus tejidos, las principales características corresponden a problemas del crecimiento y de peso. ⁽³⁶⁾

Tipos de Desnutrición

Clasificación según la OMS

Desnutrición severa: 2 años P/ T 3 DE Niños con edema en miembros inferiores (sin patología de base tipo cardiopatías, nefropatías o patología hepática, etc.)

Desnutrición moderada: < 2 años P/ E -2-3 DE > 2 años P/ T -2-3 ⁽⁵⁾

Según la etiología se dice que la desnutrición puede ser:

Primaria la cual es debida a una carencia exógena de alimentos,

Secundaria el organismo no utiliza el alimento consumido relacionado con la digestión, absorción de nutrientes.

Mixta Cuando coexisten ambas escenarios.⁽²⁹⁾

Según la evolución y la capacidad adaptativa del niño o niña, la desnutrición puede ser:

Desnutrición Aguda o Kwarshiorkor: aporte normal o elevado de calorías, pero falta de proteínas.

Desnutrición Calórica o Marasmo: debido a un déficit preponderante de calorías, secundariamente hay una mala utilización de las proteínas que son desviadas al metabolismo energético relacionado al crecimiento. Los signos son el enflaquecimiento y la emaciación muscular. ⁽³⁷⁾

Así tenemos la siguiente clasificación de grados:

Grado I: Cuando las gráficas ponderales avanzan en un ritmo más lento que el normal, pueda mostrar mínimas manifestaciones psíquicas como irritabilidad, actitud pasiva, el apetito puede ser normal e irregular, función intestinal trastornado por periodos. ⁽⁹⁾

Grado II: Compromiso morfológico, intenso enflaquecimiento, retardo en el crecimiento en las medidas corporales, piel pálida, anemia, procesos inflamatorios, músculos flácidos, apatía alterada con irritabilidad, compromiso de la inmunidad, manifestado frecuentes infecciones, baja tolerancia de alimentos. ⁽⁹⁾

Grado III: Marasmo: Hay mayor grado de enflaquecimiento disminución notable de la capa subcutánea adiposa, que compromete el abdomen, la cintura escapular y pélvica, mejillas, obtiene cara de viejo, pliegues pronunciados, ojos y pómulos prominentes, la piel aparece arrugada, color pálido grisáceo.⁽⁹⁾

3.9.2 Sobrepeso y Obesidad.

Depósito excesivo de grasa en el cuerpo, es considerado una enfermedad muy grave que afecta a los niños. Se considera obeso cuando excede el 20 % de su peso ideal esto se puede medir mediante el índice de masa corporal, esta muestra la relación entre el peso y la talla, marcando así, si el niño está ganando mucho peso para su altura, se verifica en las tablas ya establecidas por la OMS talla y peso del niño.⁽²⁰⁾

Sobrepeso

Cuando el índice de masa corporal es mayor o igual a Z 2 y menor a Z 3 según la edad y sexo. Diversos factores influyen en el estado nutricional del niño, entre ellos los hábitos alimentarios y la actividad física, no obstante, pocos son los estudios que relacionan éstas variables en niños de edad preescolar.⁽²¹⁾

Obesidad

Cuando el índice de masa corporal se encuentra por encima del percentil 97 según la edad y sexo, ésta se define como el aumento de las reservas energéticas el organismo en forma de grasas. Es, por lo tanto, un incremento de la cantidad de tejido adiposo del cuerpo, los niños con sobrepeso corren el riesgo de sufrir diabetes, colesterol e hipertensión. Desde el punto de vista antropométrico, un niño está en sobrepeso cuando el índice de masa corporal es mayor o igual a Z 3 según la edad y sexo.⁽²⁰⁾

4 METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, con un enfoque mixto que permitió relacionar las variables peso, talla e IMC para la edad y el sexo, a los menores de 5 años que asisten al CIBV Pequeños Tejedores, cantón Guano en el periodo comprendido entre octubre 2017 - marzo 2018.

El universo estuvo conformado por 80 niños/as menores de 5 años, para la inclusión en la población se consideraron como criterios de exclusión: bajo peso al nacer, enfermedades crónicas no degenerativas, trastornos congénitos (malformaciones cardíacas, síndrome de Down), prematuridad y niño/as que no acudan regularmente al CIBV; de esta manera quedó conformada por 77 participantes de los cuales, 37 son de sexo masculino y 40 femenino.

La técnica que se empleó para la recolección de datos fue la encuesta y el instrumento un cuestionario, que permitió identificar la edad, nivel de instrucción, ocupación de las madres, conocimiento de la madre sobre la alimentación del menor de 5 años.

Para este estudio se elaboró una guía de medición en base a las variables: edad, sexo, peso, talla e IMC. Se pesó y talló a los niños y niñas del CIBV, los datos obtenidos fueron procesados en el sistema utilizado por el departamento OMS ANTHRO, este software emplea las curvas de crecimiento en relación a los indicadores de P/E, T/E e IMC/E.

Se realizó una evaluación de la frecuencia del consumo de alimentos en base a los menús establecidos para los cinco días que los niños/as acuden al CIBV.

Los datos codificados fueron introducidos en el programa SPSS (versión 22). Se aplicó estadística descriptiva con obtención de frecuencias absolutas (FA) y relativas (FR). Las variables continuas P/E, T/E e IMC/E se categorizaron de manera ordinal y se estableció su frecuencia absoluta y relativa. Se determinó la comparabilidad de los grupos sexo y edad. Finalmente, en el sistema ANTHO graficó la correlación P/E, T/E he IMC/E.

Los autores del estudio respetaron los principios bioéticos de la investigación científica referidos a: beneficencia, autonomía, justicia y no maleficencia. Se aplicó el consentimiento informado a las madres de los infantes, quienes fueron las informantes

clave sobre la alimentación que reciben en el hogar, las mismas aceptaron mediante la firma libre y voluntaria del documento.

El proyecto de investigación fue aprobado mediante un oficio entregado a la coordinadora del CIBV, quien además autorizó el ingreso a la institución para su respectiva ejecución. Posteriormente, se socializó a la coordinadora y al personal encargado del cuidado de los/as menores, la manera que se evaluará el estado nutricional y sobre la aplicación de un cuestionario dirigido a los padres.

5 RESULTADOS

TABLA 1. Relación de sexo con edad

Rango de edad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	FA	%	FA	%	FA	%
0 a 1 año	1	1,3	1	1,3	2	2,6
1 a 2.1 años	11	14,3	13	16,9	24	31,2
2.1 a 3 años	18	23,4	21	27,3	39	50,6
3.1 a 4 años	7	9,1	5	6,5	12	15,6
TOTAL	37	48,1	40	51,9	77	100

En la presente tabla se puede apreciar que el 50,6% corresponden a los niños de la edad 2 años 1 mes a 3 años representando por un puntaje superior a la mitad de la muestra de estudio, además de ello podemos observar que el sexo femenino predomina en la misma. (Anexo 3)

TABLA 2. Relación de peso según rango de edades

Rangos de peso	Edad								Total	
	0 a 1 año		1.1 a 2 años		2.1 a 3 años		3.1 a 4 años			
	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%
Bajo peso	0	0,0	1	1,3	1	1,3	0	0,0	2	2,6
Riesgo de bajo peso	0	0,0	9	11,	8	10,4	2	2,6	19	24,7
Normal	1	1,3	14	18,2	30	39,0	10	13,0	55	71,4
Riesgo de peso alto	1	1,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,3
Total	2	2,6	24	31,2	39	50,6	12	15,6	77	100

En la presente tabla se puede evidenciar que el 24,7% corresponde al riesgo de bajo el mismo que puede llevar a una desnutrición aguda posiblemente relacionada enfermedades infecciosas. (Anexo 3)

TABLA 3. Relación del peso para la edad según el sexo

	Sexo	

Rangos de peso	Masculino		Femenino		Total	
	FA	%	FA	%	FA	%
Bajo peso	0	0,0	2	2,6	2	2,6
Riesgo de bajo peso	12	15,6	7	9,1	19	24,7
Normal	25	32,5	30	39,0	55	71,4
Riesgo de peso alto	0	0,0	1	1,3	1	1,3
TOTAL	37	48,1	40	51,9	77	100,0

De los datos obtenidos el sexo masculino resalta con 15,6% en el riesgo de bajo peso, probablemente asociado a que durante la infancia el sexo masculino tiene mayor desarrollo y crecimiento que el femenino, este proceso se invierte en la pubertad. (Anexo 3)

TABLA 4. Relación de talla según rango de edades

Rangos de talla	Edad								Total	
	0 a 1 año		1.1 a 2 años		2.1 a 3 años		3.1 a 4 años			
	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%
Baja talla severa	0	0,0	2	2,6	0	0,0	1	1,3	3	3,9
Baja talla	0	0,0	8	10,4	9	11,7	0	0,0	17	22,1
Riesgo de baja talla	1	1,3	9	11,7	17	22,1	11	14,3	38	49,4
Normal	1	1,3	5	6,5	13	16,9	0	0,0	19	24,7
Total	2	2,6	24	31,2	39	50,6	12	15,6	77	100,0

El de riesgo de desnutrición crónica está descrito por el 49,4%, la cual encamina a una baja talla que el dato consecutivo 22,1%. Los factores asociados a esta condición pudieran ser la seguridad alimentaria, educación de los padres, número de menores de 6 años dentro de la familia. (Anexo 3)

TABLA 5. Relación de la talla para la edad según el sexo

	Sexo

Rangos de talla	Masculino		Femenino		Total	
	FA	%	FA	%	FA	%
Baja talla severa	2	2,6	1	1,3	3	3,9
Baja talla	8	10,4	9	11,7	17	22,1
Riesgo de baja talla	18	23,4	20	26,0	38	49,4
Normal	9	11,7	10	13,0	19	24,7
TOTAL	37	48,1	40	51,9	77	100,0

Se puede evidenciar que el riesgo de talla baja afecta mayormente al sexo femenino con un 26,9%, datos que puede estar relacionado con riesgos ambientales ligados a la familia, ambiente y sociedad. Se pueden asociar de igual manera a baja talla familiar o baja talla idiopática. (Anexo 3)

TABLA 6. Relación de IMC según rango de edades

Rangos de IMC	Edad								Total	
	0 a 1 año		1.1 a 2 años		2.1 a 3 años		3.1 a 4 años			
	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%
Riesgo de emaciación	0	0,0	1	1,3	0	0,0	1	1,3	2	2,6
Normal	0	0,0	19	24,7	30	39,0	7	9,1	56	72,7
Riesgo sobrepeso	2	2,6	4	5,2	9	11,7	4	5,2	19	24,7
Total	2	2,6	24	31,2	39	50,6	12	15,6	77	100,0

El riesgo de sobrepeso está representado por el 24,7%, cifra que probablemente se vincularía al cambio de dieta, los alimentos hipercalóricos abundantes en grasas y azúcares. (Anexo 3)

TABLA 7. Relación de IMC según sexo

Rangos de talla	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	FA	%	FA	%	FA	%
Riesgo de emaciación	1	1,3	1	1,3	2	2,6
Normal	28	36,4	28	36,4	56	72,7
Riesgo sobrepeso	8	10,4	11	14,3	19	24,7
TOTAL	37	48,1	40	51,9	77	100,0

El riesgo de sobrepeso en el sexo femenino está representado por 14,3%, en relación al sexo masculino que se encuentra con el 10,4%, pueden estar relacionadas a efectos hormonales puesto que en las mujeres la producción de estrógeno y progesterona induce un ligero incremento del tejido adiposo por el contrario en los hombres por la producción de andrógenos se produce un efecto inverso. (Anexo 3)

TABLA 8. Relación de peso y talla para la edad

Rango de peso para la edad	Rango de talla para la edad								Total	
	Baja talla severa		Baja talla		Riesgo de baja talla		Normal			
	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%
Bajo peso	1	1,3	1	1,3	0	0,0	0	0,0	2	2,6
Riesgo de bajo peso	2	2,6	10	13,0	6	7,8	1	1,3	19	24,7
Normal	0	0,0	6	7,8	32	41,6	17	22,1	55	71,4
Riesgo de peso alto	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,3	1	1,3
Total	3	3,9	17	22,1	38	49,4	19	24,7	77	100,0

De los datos obtenidos el 2,6 % tiene desnutrición global se relaciona a la alteración tanto del peso como talla, teniendo en cuenta que la desnutrición en la primera infancia puede tener efectos irreversibles como dificultades en el desarrollo cognitivo, anemia, retraso en el crecimiento, alteraciones en el desarrollo motor, etc. (Anexo 3)

TABLA 9. Características sociodemográficas de las madres de menores de 5 años

	Categoría	N	%
Género	Femenino	77	100
	Total	77	100,0
Edad	15 a 25 años	33	42,9
	26 a 35 años	36	46,8
	36 a más años	8	10,4
	Total	77	100,0
Instrucción	Primaria	23	29,9
	Secundaria	27	35,1
	Superior	27	35,1
	Total	77	100,0
Profesión	Estudiante	17	22,1
	Ama de Casa	26	33,8
	Agricultura	2	2,6
	Empleada privada	15	19,5
	Otros	17	22,1
	Total	77	100,0

El grupo etario que predomina fue de 26-35 años con el 46.8 % edad óptima para la reproducción. De los datos obtenidos el 29.9% de las madres tuvieron una educación primaria. El 33.8% son amas de casa, considerando que culturalmente la mujer es la encargada del cuidado de los infantes. (Anexo 4)

TABLA 10: Lactancia materna

Tipo de lactancia	FA	%	Edad que recibe	FA	%
Lactancia materna exclusiva	50	64,9	6 meses o menos	10	13,0
Leche en fórmula	2	2,6	6 meses hasta 12 meses	15	19,5
Lactancia Mixta	25	32,5	12 meses hasta 24 meses	41	53,2
Total	77	100,0	Mayor a 24 meses	11	14,3
			Total	77	100,0

La lactancia materna exclusiva estuvo representada por el 64.9%, dato importante ya que la leche materna aporta todos los nutrientes esenciales que el niño necesita. Se obtuvo que el 53.2% recibió hasta los 12 a 24 meses de edad, la continuidad de está brinda nutrientes durante el segundo y tercer semestre de vida. (Anexo 4)

TABLA 11. Alimentación complementaria

Edad de inicio	FA	%	Alimento de inicio	FA	%
2 meses	2	2,6	Coladas	20	26,0
4 meses	4	5,2	Papillas	34	44,2
5 meses	6	7,8	Sopas	12	15,6
6 meses	40	51,9	Frutas	11	14,3
Más de 7 meses	25	32,5			
Total	77	100,0	Total	77	100,0

El 51.9% inicia la alimentación a partir de los 6 meses, demostrando un adecuado conocimiento de la alimentación del menor. El 44.2% de las madres empiezan con papilla alimento semisólido que ayudan al sistema digestivo adaptarse al cambio. (Anexo 4)

TABLA 12. Consume de alimentos no nutritivos

Gaseosa	FA	%	Snacks	FA	%
1 vez al día	12	15,6	Algunas veces	37	48,1
2 veces a la semana	33	42,9	Nunca	40	51,9
Nunca	32	41,6			
Total	77	100,0	Total	77	100,0

Se aprecia que 42.9% consume 2 veces en la semana jugos artificiales, estos factores que aumentan el riesgo de padecer obesidad, diabetes tipo 2 y caries dental. Se reporta que el 51.9% no consumen los snacks, reduciendo posibles infecciones puesto que estos alimentos poseen muchos condimentos que a lo largo complican la salud del menor. (Anexo 4)

TABLA 13. Consumo de frutas y verduras

Frutas	FA	%	Verduras	FA	%
0-1	11	14,3	1 a 2 al día	43	55,8
2-3	59	76,6	2 a 3 al día	23	29,9
4-5	7	9,1	4 a 5 al día	6	7,8
			Rara vez	5	6,5
Total	77	100,0	Total	77	100,0

El 76.6% de los niños comen frutas de 2-3 veces en el día, reduce el riesgo de desarrollar enfermedades no transmisibles. Mientras que el 55.8% come verduras de 1 a 2 veces en el día, garantizando el aporte de vitaminas A, C y folato. (Anexo 4)

TABLA 14. Regularidad del consumo de proteínas

Carnes	FA	%	Frijoles	FA	%
1 vez al día	15	19,5	1 vez al día	14	18,2
3 días	25	32,5	3 en el día	32	41,6
Todos los días	24	31,2	Todos los días	17	22,1
Rara vez	13	16,9	Rara vez	14	18,2
Total	77	100,0	Total	77	100,0

Se reporta que 32.5% come carnes tres días a la semana, la cual es una fuente proteica de alta calidad, estos son indispensables para la formación de tejidos. Mientras tanto el 41.6% de los niños come alimentos secos, lo que aportan proteína de calidad media, el mismo que es primordial para su adecuado crecimiento. (Anexo 4)

TABLA 15. Periodicidad de la toma de productos lácteos y coladas

Categoría	FA	%
1 o 2 al día	34	44,2
2 o 3 al día	21	27,3
4 o 5 al día	8	10,4
Rara vez	14	18,2
Total	77	100,0

El 44.2% consume leche y sus derivados 1 o 2 veces al día, los cuales aportan proteína, en su gran mayoría vitaminas especialmente vitamina A y folato, calcio. (Anexo 4)

TABLA 16. Frecuencia de consume de carbohidratos

Categoría	FA	%
1 a 5 al día	41	53,2
6 a 11 al día	5	6,5
3 a 5 al día	21	27,3
Rara vez	10	13,0
Total	77	100,0

El 53.2% consume de 1 a 5 veces en el día, convirtiéndose en una fuente de energía vital que ayuda al crecimiento y desarrollo, mientras que los minerales ayudan a un mejor desarrollo cognitivo. (Anexo 4)

TABLA 17. Nivel de conocimiento de la madre

Nivel de conocimiento	FA	%
Bajo	12	15.6
Medio	17	22.1
Alto	48	62.3
Total	77	100,0

Se puede evidenciar que en relación al nivel de conocimiento de las madres prima el conocimiento alto y medio lo que permite la adecuada nutrición en los menores de 5 años.

TABLA 18. Evaluación del consumo de alimentos de menú del CIBV PEQUEÑOS TEJEDORES

Alimentos	SEMANA			
	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
Leche y derivados	8	9	10	8
Huevos	2	1	2	2
Carnes/mariscos	4	2	3	4
Fruta	15	16	15	15
Tubérculos	8	12	8	10
Cereales	8	7	9	10
Vegetales/legumbres	12	13	12	15
Azúcar	11	15	10	10
Harinas/pastelería	9	10	6	7
Leguminosas	3	2	2	5

De los datos obtenidos se puede identificar que en el CIBV existe una variedad amplia en la alimentación de los niño/as lo que contribuye a un buen crecimiento y desarrollo. (Anexo 6)

6 DISCUSIÓN

El estado nutricional puede reflejar un contexto saludable o no de una persona, que vincula la ingesta de alimentos y las adaptaciones fisiológicas que resultan tras el ingreso de nutrientes y no nutrientes.

Con referencia a la valoración del estado nutricional de un estudio descriptivo realizado en el cantón Gualaceo, por Marcia Tipanta y Marcia Zhunio, titulado: Valoración del estado nutricional de niños/as menores de 3 años del CIBV VIVIR “Juntos por un Buen Desarrollo” del cantón Gualaceo, 2014, el género femenino con el 42,0% dato similar al presente estudio con el 51.9%, en relación de la valoración a la talla el 37,0% presenta riesgo de baja talla dato similar al presente estudio con el 49,4%.⁽⁹⁾

Según estudio realizado por Miriam Atupaña y Luisa Cajamarca en el año 2015 en el Centro Infantil “LOS NENES” del cantón Gualaceo. Según el peso, de acuerdo a las curvas de crecimiento se encontró un bajo peso, representando en el 6%, sobrepeso 4% y obesidad 1%, a diferencia de la investigación realizada en el CIBV “PEQUEÑOS TEJEDORES” se obtuvo bajo peso con un 2,6%; no se evidenció sobrepeso y obesidad en el indicador de IMC/E. Según el indicador antropométrico talla, de acuerdo a las curvas de crecimiento la población se encuentra en un 89% normal, superando a un 11% alterado, el mismo que indica niños con baja talla, 1% y talla alta, 11%.⁽⁵⁾

En la investigación realizada por Chacón Karla, Segarra José, en la ciudad de Cuenca en el año 2015, el estado nutricional evaluada mediante las curvas de la OMS, obteniendo resultados de 47.6% niñas y 52.4% niños, bajo peso (4.6%), bajo peso severo (0.4%), talla baja (20.8%), talla baja severa (2.8%), sobrepeso (0.5%) y obesidad (0.3%). En la investigación realizada existe ciertas diferencias teniendo como resultados en el sexo femenino con 51.9% que predomina ante el sexo opuesto, en relación al bajo peso con un 2,6%; con baja talla el 22.1%, talla baja severa.3.9%.⁽³⁹⁾

En el CIBV “LOS PITUFOS” en la parroquia del Valle, Cuenca en el año 2014, realizado por Narda Bustamante y Paola Zhagñay los datos hallados en la investigación manifiestan con claridad los inconvenientes nutricionales más habituales en los niños menores de 5 años. Del 100% las muestras fueron pesados y tallados 193 niños/as, en cuanto al sexo de

los niños/as el grupo sobresale es el sexo masculino con 58,5%, en relación al sexo femenino con el 41,5% en el indicador peso se encuentra el 92,7% están dentro los parámetros normales y 7,3% están en bajo peso, en relación a la talla 79,3% tiene talla normal para la edad, el 20,7% posee talla baja, y en IMC se indica que 96,9% niños están normal, 2,6% con sobrepeso y 0,5% con bajo peso. Con respecto al investigación realizada en el CIBV “PEQUEÑOS TEJEDORES” el sexo que predomina es el femenino con 51.9%, en el indicador de peso se evidencia que el 2,6% es de bajo peso, en la talla con un 22.1% con baja talla, y en el indicador de IMC corresponde al 72.7% normal.⁽²⁴⁾

Los resultados obtenidos en la investigación en el Sub Centro de Salud Barrial Blanco en la ciudad de Cuenca en el año 2015, reportan que el 77.8% de madres corresponden a edades entre 19 a 35 años de edad, el nivel de instrucción es secundaria con un 49.4%, en cuanto al 75.3% tienen como ocupación amas de casa, el 60,3% recibieron lactancia materna predominante durante los primeros 6 meses de vida y el 60,4 % de madres iniciaron la alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad. En comparación a presente estudio la edad de las madres que predomina son a partir de los 26 a 35 años de edad con el 46.8%, en relación al nivel de instrucción es secundaria y superior con un 35.1% que favorece para entender la importancia de una correcta nutrición en los niños, el 33.8% de las madres son amas de casa las mismas que disponen de tiempo para encargarse del cuidado de sus hijos y con el con el 51.9% el inicio de la alimentación complementaria lo realizaron a los 6 meses teniendo cierta similitud con la investigación.⁽¹¹⁾

La investigación realizada según las autoras Malca Thaimarys E. y Córdova Issa J. en Cajamarca-Peru en el año 2017 presentan los siguientes resultados en relación consume de alimentos como: carbohidratos 20.2%, frutas 67.7%, vegetales y verduras 56.6%, carnes, pescado, mariscos y huevos 66.7%, productos lácteos 24.2%, frutos secos 39.8%, en el consumo alimentos artificiales en los niños ingieren gaseosas el 31.5%, y el 62.5% de los padres no les ofrecen snacks a los niños. En relación a esta investigación es notable la diferencia en el consumo de carbohidratos con el 53.2%, productos lácteos representado por el 44.2%, el 32.5% comen carnes, el 41.6% de los niños come alimentos secos, el 76.6% de los niños comen frutas y finalmente el 55.8% comen verduras, por lo cual se evidencia una alimentación adecuada para la edad de los menores de 5 años.⁽³⁸⁾

7 CONCLUSIONES

- Acorde al estado nutricional se pudo identificar que los niños/as que acuden al del CIBV Pequeños Tejedores se encuentran dentro de la mediana de la puntuación Z demostrando así que en su mayoría tiene una alimentación nutritiva.
- Al relacionar el peso para la edad se determinó que los niños y niñas en un porcentaje superior a la mitad se encuentra normal, mientras que en el indicador talla para la edad el mayor porcentaje de los niños se encontraron con el riesgo de baja talla; finalmente en el índice de masa corporal para la edad los menores de 5 años se encuentran en óptimas condiciones.
- En consideración con los resultados obtenidos, se logró determinar que existe un apropiado conocimiento de las madres en la alimentación en los menores de 5 años mismo que reflejo el estado nutricional de los infantes.
- Con respecto a la caracterización de la frecuencia alimenticia en el CIBV se identificó una dieta variada y amplia permitiéndoles a los niños y niñas el crecimiento y desarrollo en cada etapa.
- Se elaboró una guía alimentaria para menores de 5 años destacando los productos propios de la zona, dirigida a los padres con el fin de reforzar los conocimientos de la alimentación de sus hijos y de esa manera ayudar a disminuir las alteraciones en los indicadores antropométricos previniendo así posibles complicaciones.

8 RECOMENDACIONES

- Se recomienda a los padres de los menores del CIBV continuar en el hogar con la alimentación recibida en el Centro Infantil Pequeños Tejedores ya que cuenta con los nutrientes necesarios, con la finalidad de mantener una alimentación saludable y fomentar un crecimiento y desarrollo adecuado.
- El personal de salud debe considerar en la valoración nutricional en los niños menores de 5 años el factor socioeconómico ya que su influencia es significativa en la nutrición del menor. Además, se debe tomar en cuenta el componente genético que no es dato factible en la población mestiza, pero debe tomarse en consideración en la evaluación.
- Se sugiere a la Carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Chimborazo realizar estudios de caso en los niños que se encontraron con alteraciones severas en los indicadores de peso y talla para la edad; con este seguimiento se pueda mejorar su estado nutricional y se pueda evitar complicaciones irreversibles.
- Utilizar la guía alimentaria propuesta a las madres con la finalidad de evitar la desnutrición crónica encontradas en los niños menores de 5 atendidos en el CIBV.

9 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. León Valencia A, Terry Berro B, Quintana Jardines I. Estado nutricional en niños menores de 5 años en un consultorio de Babahoyo (República del Ecuador). *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*. 2009;47:0-.
2. Villacreses S, Espinoza SG, Chico P, Santillán E. Estado alimentario y nutricional de las comunidades originarias y campesinas de la región central del Ecuador. *Revista Cubana de Alimentación y Nutrición*. 2017;27(1):24.
3. Cuaces G, Carolina T. Estado alimentario y nutricional de los-as niños-as que asisten al centro infantil emblemático del buen vivir (CIBV)¿ Judith Navarrete¿ de la ciudad de San Gabriel provincia del Carchi, periodo agosto 2015 2016.
4. Chitacapa T, Alexandra J, Zambrano Y, Arelis G, Espinoza Z, Benito D. Prevalencia de talla baja y factores asociados en niñas y niños de 0 a 5 años de edad en el Centro de Salud 1. Cuenca-Ecuador 2014 2015.
5. Cajamarca A, Janeth M, Cajamarca Punin LC. Valoración del estado nutricional de niños/as menores de 5 años que acuden al Centro de Desarrollo Infantil los Nenes del cantón Gualaceo 2015 2016.
6. Peña M. Una mirada integral a las políticas públicas de agricultura familiar, seguridad alimentaria, nutrición y salud pública en las Américas: Acercando agendas de trabajo en las Naciones Unidas. 2014.
7. Villegas Marín NM. ¿ Cómo la falta de integración entre instrumentos de políticas públicas afecta el derecho fundamental a la salud materno-infantil en Colombia? Estudio enfocado en las madres lactantes trabajadoras: Universidad EAFIT; 2017.
8. Apaza-Romero D, Celestino-Roque S, Tantaleán-Susano K, Herrera-Tello M, Alarcón-Matutti E, Gutiérrez C. Sobrepeso, obesidad y la coexistencia de desnutrición crónica en niños menores de 5 años. *Revista Peruana de Epidemiología*. 2014;18(2).
9. Acero T, Alexandra M, Guncay Z, Janeth M. Valoración del estado nutricional de niños/as menores de 3 años del Centro Infantil del Buen Vivir (CIBV) del cantón Gualaceo, 2014 2015.
10. Villegas Garcés PI. Allí mikushka1, educación en alimentación y nutrición para la población indígena: Proyecto de educación nutricional para reducir la desnutrición crónica infantil en los niños menores de 5 años de las comunidades indígenas de las provincias de Chimborazo, Cotopaxi y Bolívar–Ecuador: Barcelona: Universidad Pompeu Fabra; 2014.
11. Ochoa GEM, Avilez DEM, Tutivén MdLH, Ulloa MEA, Ulloa SVA. Estado nutricional y hábitos del estilo de vida en preescolares de los centros infantiles en Cuenca–Ecuador Presentado en el Congreso en Investigación de la Salud: Enfoques, avances y desafíos. Universidad de Cuenca. Junio de 2016. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*. 2016;34(2):74-83.

12. Katherine D, Llanos M. Perímetro del Brazo según Estatura como Indicador del Estado Nutricional en Relación a Indicadores de Dimensiones Corporales. Centros Infantiles del Buen Vivir, Cantón Guano, Provincia de Chimborazo, 2013 2014.
13. Centeno Fley AE, Chavarria R, Idania A. Factores que complican la nutrición en pacientes embarazadas que asisten a la sede de sector Lidia Saavedra en el segundo semestre del año 2016 en la ciudad de Matagalpa: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua; 2016.
14. Ramírez Gavilánez GI. Factores que determinan los problemas nutricionales de origen alimentario en los niños, menores de cinco años que acuden al centro de salud de San Miguelito del 1 de agosto al 1 de octubre del 2014 2015.
15. Gimenez E. Alimentación y nutrición infantil: kreactiva. com; 2014.
16. Díaz-Granda R, Huiracocha Tutivén MdL. Evaluación antropométrica de los preescolares de la zona urbana en Cuenca, Ecuador. 2015.
17. Martínez JW. Desarrollo infantil: una revisión. Investigaciones Andina. 2014;16(29).
18. Medina Ó, Vargas SL, Ibáñez É, Rodríguez G. Estado nutricional antropométrico de los niños y adolescentes de 17 escuelas del área rural del municipio de La Mesa, Cundinamarca, Colombia, 2012. Revista Salud Bosque. 2015;4(1):19-28.
19. Vallejo-Solarte ME, Castro-Castro LM, Cerezo-Correa MdP. Estado nutricional y determinantes sociales en niños entre 0 y 5 años de la comunidad de Yunguillo y de Red Unidos, Mocoa-Colombia. Universidad y Salud. 2016;18(1):113-25.
20. Rodríguez Cortez SE. Estudio comparativo del estado nutricional en niños y niñas menores de 5 años de la Escuela Educativa Fiscal Enriqueta de Wind de Laniado y la Unidad Educativa Particular Mixta Hermano Miguel, en la ciudad Machala, año 2014: Machala: Universidad Técnica de Machala; 2015.
21. Armijos Pintado AP, Lojano F, Armando D, Quintuña J, Vinicio C. Influencia de los determinantes sociales sobre el estado nutricional de niños/as menores de 5 años de edad que acuden al Centro de Salud Biblián 2015 2015.
22. Garretto Guardabassi M, Mena MA. Estado nutricional y presión arterial en niños escolares de Alta Gracia, Córdoba, 2016 2016.
23. Lescay RN, Becerra AA, González AH. ANTROPOMETRÍA. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS TECNOLOGÍAS PARA LA CAPTACIÓN DE LAS DIMENSIONES ANTROPOMÉTRICAS. Revista EIA. 2017;13(26).
24. Campoverde Ayora JA, Espinoza Berrezueta PB. Hábitos alimentarios, actividad física y estado nutricional de niños en edad preescolar del Centro Infantil del Buen Vivir" Los Pitufos" El Valle, Cuenca 2014 2015.
25. RUBIANO DMS, ALVAREZ L. TITULO: EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO MATERNO SOBRE NUTRICIÓN Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL ACTUAL DE LOS NIÑOS DE 1 A 5 AÑOS QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL VENUS DE VALDIVIA, EN LA PENÍNSULA DE SANTA ELENA.

26. Galindo Galindo YW. DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DEL APLICATIVO MÓVIL APPEA BASADO EN SOFTWARE LIBRE PARA REDUCIR LOS DIAGNÓSTICOS NUTRICIONALES EQUIVOCADOS E IDENTIFICAR A NIÑAS Y NIÑOS CON RIESGO NUTRICIONAL DEL PROGRAMA NACIONAL CUNA MAS, 2014. 2014.
27. Carreño HRL, Cañizares SMC, de Salud IdSO. Sistema de Información nutricional-SINU-en Santander. Revista del Observatorio de Salud Pública de Santander. 2017;12(1).
28. Guerrero Solís GE. 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 2014.
29. Bustamante Mora NT, Duchi Z, Patricia P. Estado nutricional de niños/as menores de 5 años que acuden al Centro de Desarrollo Infantil Buen Vivir los Pitufos de la parroquia El Valle marzo-septiembre 2014 2014.
30. Mansilla G. LOS NUEVOS PATRONES DE CRECIMIENTO DE LA OMS.
31. Mancero S, Liliana L. Estado nutricional y su relación con la alimentación que reciben los niños y niñas menores de 3 años del CIBV "Camino de Luz" de la ciudad del Puyo 2015: Escuela Superior Politécnica de Chimborazo; 2015.
32. Quispe Casavilca Y. Relación entre Estado Nutricional en niñas y niños menores de 5 años con el tipo de familia beneficiaria de un Programa Social. Distrito Baños del Inca. Cajamarca. 2015.
33. Cardona-Arias JA, Rivera-Palomino Y, Carmona-Fonseca J. Salud indígena en el siglo XXI: parásitos intestinales, desnutrición, anemia y condiciones de vida en niños del resguardo indígena Cañamomo-Lomaprieta, Caldas-Colombia. Medicas UIS. 2014;27(2):29-39.
34. BARRETO ROSADO M. ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS DEL PRIMER AÑO BÁSICO, ESCUELA FISCAL JOSÉ MEJÍA LEQUERICA, PORTOVIEJO: Universidad Técnica de Manabí. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela de Enfermería.; 2017.
35. Paredes Guevara GS. Factores que determinan el estado de inseguridad alimentaria en niños y niñas de 0-5 años, en el Ecuador 2012: PUCE; 2016.
36. Rivera Pérez JC. Desordenes nutricionales en niños menores de 5 años del cantón Quero-centro de salud, durante el año 2015 2016.
37. Benítez R. Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en America Latina y del Caribe. FAO; 2014.
38. Andrade N, Katuska S, Narvárez Fajardo TV, Saldaña S, Mercedes S. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 24 meses de edad que acuden al Subcentro de Salud Zona 6 Distrito 01D01 Barrial Blanco Cuenca, 2015 2015.

39. Chacón Abril KL, Segarra Ortega JX, Lasso Lazo RS, Huiracocha Tutivén MdL. Valoración nutricional mediante curvas de crecimiento de la OMS y las clasificaciones de Gómez/Waterlow. Estudio de prevalencia. Cuenca-2015. 2015.
40. WHO Anthro para computadoras personales, versión 3, 2009: Software para evaluar el crecimiento y desarrollo de los niños del mundo. Ginebra, OMS 2009 (<http://www.OMS.int/childgrowth/software/en/>)
41. World Health Organization. WHO AnthroPlus for personal computers manual: software for assessing growth of the world's children and adolescents. Geneva: WHO. 2009.

10 ANEXOS

ANEXO 1. Consentimiento informado



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CONSENTIMIENTO INFORMADO



PROYECTO: ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS DEL CENTRO DE DESARROLLO DEL BUEN VIVIR PEQUEÑOS TEJEDORES, GUANO, OCTUBRE 2017- MARZO 2018.

En el Centro Desarrollo Infantil Pequeños Tejedores, se desarrolla una investigación en el área de la Salud Infantil, con el propósito de evaluar el estado nutricional de los menores que acuden al centro infantil tomando medidas antropométricas (peso, talla) y a su vez diseñando una guía de alimentación de los menores para los padres.

Usted ha sido seleccionado(a) para formar parte de esta investigación, por lo que de estar de acuerdo, se le aplicarán cuestionarios que permitirán establecer las regularidades relacionadas con el diagnóstico mencionado.

La información que se recolecte en este proceso de investigación será de carácter confidencial. Únicamente los investigadores tendrán accesibilidad a ella. Cualquier información de su persona no será compartida. La misma se utilizará de manera ética, sin perseguir malevolencia, ni maleficencia, cuidando de su privacidad e integridad moral.

Usted tiene el derecho de negarse a participar en esta investigación; además, puede abandonarla en el momento que lo desee. Al respecto, declaro que “he leído o me ha sido leída la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me han esclarecido las dudas que he planteado; por lo que, consiento voluntariamente participar en este estudio”, y para que así conste, firmo la presente:

Fecha (día/mes/año): _____/_____/_____

Nombre del participante: _____

Número de cédula: _____

Firma del participante _____

ANEXO 2. Guía de medición de medias antropométricas



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA



GUÍA DE MEDICIÓN DE MEDIDAD ANTROPOMÉTRICAS

Fecha de nacimiento:

Fecha de visita:

Edad del niño/a:

Sexo:

Masculino

Femenino

1) Peso en kilogramos

.....

2) Talla en centímetros

.....

3) Índice de masa corporal

.....

ANEXO 3. Tablas de medidas antropométricas

Tabla: Medidas Antropométricas de 0-1 año

N	Sexo	Peso kg	Talla cm	IMC	Peso/edad	Talla/edad	IMC/edad
1	F	9.35	72	18	0.20	-1.13	1.16
2	M	11.4	76.4	19.5	1.41	0.00	1.87

Tabla: Medidas Antropométricas de 1a, 1m-2 años

N	Sexo	Peso kg	Talla cm	IMC	Peso/edad	Talla/edad	IMC/edad
1	F	9.05	74.5	16.	-0.43	-0.98	0.19
2	M	9.45	75.5	16,6	-0.97	-1.82	0.19
3	F	9	74.1	16.1	-0.64	-1 47	0.32
4	M	9.40	76	16.3	-0.9	-1.38	-0.10
5	F	8.2	75	14.57	-1.14	-0.57	-1.16
6	F	9.35	73	17.5	-1.00	-3.11	1.31
7	M	10.1	77.3	16.9	-0.29	-0.95	0.39
8	M	7.90	67.8	16.8	-2.63	-4.88	0.66
9	F	8.95	73.6	16.5	-1.27	-2.17	0.06
10	F	9.45	80.2	14.7	-1.61	-1.91	-0.56
11	F	9.05	77.2	15.2	-1.82	-2.61	-0.20
12	M	10.25	79.3	16.3	-0.86	-1.65	0.24
13	M	11.30	83.1	16.4	-0.37	-1.05	0.42
14	M	9.8	78	16.10	-1.46	-2.48	0.16
15	F	11.20	80.7	17.2	0.29	-0.91	1.15
16	F	10.10	78.5	16.4	-1.02	-2.41	0.71
17	M	9.8	78.2	16.02	-1.16	-1.85	-0.02
18	M	10.50	77.4	17.2	-0.88	-2.88	1.33
19	F	9.65	74.9	17.2	-0.88	-2.72	1.14
20	M	12.20	83	17.7	0.15	-1.37	1.43
21	F	9.40	78	15.5	-1.7	-2.39	-0.24
22	M	11.05	84.1	15.4	-0.81	-0.94	-0.31
23	M	11.20	81	17.1	-0.80	-2.15	0.82
24	M	10.30	78.5	16.4	-1.34	-2.87	0.73

Tabla: Medidas Antropométricas de 2a, 1m-3 años

N	Sexo	Peso kg	Talla cm	IMC	Peso/edad	Talla/edad	IMC/edad
1	F	14.25	91	17.20	0.30	-0,94	1.26
2	F	13.50	91.8	16	0.03	-0.48	0.43
3	M	14.60	91.5	17.4	0.31	-0.96	1.3110
4	M	13.10	89.7	16.3	-0.61	-1.49	0.50
5	M	14.8	95.4	16.3	0.41	0.09	0.48
6	F	14.95	92.4	17.5	0.72	-0.46	1.44
7	M	14.60	92.4	17.1	0.23	-0.85	1.12
8	M	13.45	89.3	16.9	-0.54	-1.85	0.98
9	M	13.15	90.3	16.1	-0.67	-1.48	-0.41
10	M	14.10	95.5	15.5	-0.20	-0.27	-0.10
11	F	10.80	80.5	16.7	-1.22	-2.74	0.81
12	M	9.6	80.2	14.92	-2.33	-2.72	-0.86
13	F	11	81	16.8	0.53	-1.76	0.80
14	M	11.35	81.5	17.1	-0.85	-2.27	0.87
15	M	12.35	83.1	17.9	-0.20	-1.90	1.44
16	F	10.40	81	15.9	-1.50	-2.53	0.22
17	F	12.80	87.7	16.6	0.56	0.04	0.73
18	F	11.25	81.5	16.93	-0.41	-1.72	0.92
19	M	13.40	87.2	17.6	0.30	-0.99	1.31
20	M	11.60	82.1	17.2	-0.85	-2.39	1.0
21	M	11.95	84	16.9	-0.35	-1.39	0.75
22	M	13.60	92.2	16	-0.15	-0.55	0.25
23	F	10.05	81.4	15.2	-1.69	-2.27	-0.32
24	F	12.80	84.4	18	-0.39	-2.47	1.72
25	M	12.15	87	16.1	-1.21	-2.19	0.32
26	F	13.05	88	16.9	0.32	0.57	0.93
27	F	13.70	91.2	16.5	0.33	-0.32	0.73
28	F	11.20	86.6	14.9	-1.24	-1.50	-0,43
29	M	12.65	88.4	16.2	-0.48	-1.14	0.33
30	M	12.60	86.7	16.76	-0.28	-1.23	0.71
31	F	11.55	88.1	14.9	-1.39	-1.74	-0.41
32	F	12.10	89.9	14.97	-0.94	-1.14	-0.35
33	F	12.95	90.3	15.9	-0.60	-1.36	0.37
34	F	12.60	89.1	15.9	-0.72	-1.53	0.35
35	F	12.05	88.2	15.6	-0.82	-1.35	0.03
36	M	14.15	92.5	16.53	-0.07	-0.89	0.72
37	M	11.50	87	15.2	-1.51	-1.91	-0.43
38	M	12.40	92.5	14,5	-1.27	-1.07	-0.92
39	M	13.20	90	16.3	-0.58	-1.46	0.52

Tabla: Medidas Antropométricas de 3a, 1m-4 años

N	Sexo	Peso kg	Talla cm	IMC	Peso/edad	Talla/edad	IMC/edad
1	M	14.90	90.6	18.20	0.15	-1.74	1.90
2	F	13	89.5	16.22	-0.65	-1.70	0.62
3	F	13.10	90.3	16.1	-0.56	-1.45	0.51
4	M	15.35	93.2	17.7	0.36	-1.11	1.58
5	M	14.90	91.3	17.9	0.10	-1.63	-1.72
6	F	13.30	90	16.4	-0.63	-1.81	0.76
7	M	12.25	90	15.1	-1.46	-1.90	-0.35
8	F	13	88.7	16,5	-0.66	-1.92	0.83
9	F	14.25	91.8	16.90	0.00	-1.20	1.08
10	M	13.95	91	16.8	-0.43	-1.70	1.00
11	F	13.3	89.5	16.6	-0.53	-1.79	0.88
12	F	12.40	86.70	16.7	-1.20	-3.00	0.98

ANEXO 4. Cuestionario sobre alimentación de menores de 5 años



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA
Cuestionario sobre alimentación del niño/a menor de 5 años
dirigido a las madres



DATOS DE LA MADRE:

Edad:

Número de cédula:

NIVEL DE INSTRUCCIÓN:

- Primaria
- Secundaria
- Superior
- Sin estudios

OCUPACIÓN DE LA MADRE

- Estudiante
- Ama de casa
- Agricultura
- Empleada Privada
- Otros

1) ¿Cuál fue la lactancia de su niño/a?

1. Lactancia materna exclusiva
2. Leche de fórmula
3. Lactancia mixta

2) Hasta que edad dio de lactar a su niño/a

4. 6 meses o menos
5. 6 meses hasta 12 meses
6. 12 meses has 24 meses
7. Mayor a 24 meses

3) ¿Desde qué edad empezó a dar a su niño alimentos diferentes a la leche materna?

1. 2 meses
2. 4meses
3. 5 meses
4. 6 meses
5. Más de 7 meses

4) ¿Con qué tipo de alimento inicio la alimentación de su niño?

1. Coladas
2. Papillas
3. Sopas
4. Frutas
5. Otros

5) ¿Qué tipo de alimentos le debe ofrecer al niño a partir del año de edad?

1. Lácteos: leche, yogurt, queso.
2. Huevo, pescado
3. Todo lo que consume la familia

6) Seleccione en momentos usted se lava las manos

1. Antes y después de preparar los alimentos
2. Antes de consumir los alimentos
3. Antes de preparar los alimentos

4. Después de preparar los alimentos
- 7) **¿Cuántas veces al día le da de comer a su niño?**
1. 2 veces al día
 2. 3 veces al día
 3. 4 veces al día
 4. 5 veces al día
 5. Las veces que desea niño/a
- 8) **¿Con qué frecuencia su niño/a consume (gaseosas o colas, jugos artificiales, gatorade, etc....)?**
1. 1 vez al día
 2. 2 veces a la semana
 3. nunca
- 9) **Su niño mira la televisión o el teléfono celular mientras come**
1. Siempre
 2. Algunas veces
 3. Nunca
- 10) **En la lista de alimentos que usted considera para su niño están incluidas los snacks (papas, doritos, cueritos, etc....)**
1. Siempre
 2. Algunas veces
 3. Nunca
- 11) **¿Cuántas frutas usted le da a su niño al día?**
1. 0-1
 2. 2-3
 3. 4-5
- 12) **¿Cuántas veces come verduras su niño/a?**
1. 1 o 2 al día
 2. 2 a 3 al día
 3. 4 a 5 al día
 4. Rara vez
- 14) **¿Cuántas veces come su niño/a carne, pollo, mariscos?**
1. 1 vez al día
 2. 3 a la semana
 3. Todos los días
 4. Rara
- 15) **¿Cuántas veces come frijoles, quinua, huevos, lenteja?**
1. 1 vez al día
 2. 3 a la semana
 3. Todos los días
 4. Rara vez
- 16) **¿Cuántas veces come o toma leche, colas con leche, yogurt, queso su niño/a?**
1. 1 o 2 al día
 2. 2 a 3 al día
 3. 4 a 5 al día
 4. Rara vez
- 17) **¿Cuántas veces come su niño/a arroz, pan, avena, cebada, fideos, harinas, maicena?**
1. 1-5 al día
 2. 6-11 al día
 3. 3 a 5 al día
 4. Rara vez
- 

ANEXO 5: Toma de medidas antropométricas y llenado de cuestionario



ANEXO 6: Menú de los niños en el CIBV

TIEMPO DE COMIDA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
DESAYUNO (8h30)					
<i>líquido</i>	LECHE CON CHOCOLATE	BATIDO DE FRUTILLA	LECHE AROMATIZADA	YOGURT	LECHE CON CANELA
<i>sólido</i>	PAN DE DULCE	MADURO COCINADO CON QUESO	MOTE PILLO	TORTA	TORTILLA DE MAIZ
<i>otro</i>					
REFRIGERIO DE LA MAÑANA (10h0)					
<i>fruta</i>	MANDARINA (fruta de temporada)	MANZANA (fruta de temporada)	PAPAYA PICADA (fruta de temporada) (Porción adecuada por	GUINEO (fruta de temporada)	RODAJA DE PIÑA
<i>líquido</i>					
ALMUERZO (11h30)					
<i>sopa</i>	SOPA DE VERDURAS (ZANAHORIA, BROCOLI, VAINA, PAPAS)	COLADA DE HARINA DE ARVEJA CON (ZANAHORIA, PAPAS QUESO)	SANCOCHO (hacer hervir con hueso carnudo para el sabor, yuca, verde, choclo, zanahoria, ARVEJA)	SOPA DE AVENA,(ZANAHORIA, PAPAS, ARVEJA)	SOPA DE ARROCILLO ZANAHORIA ,ALBERJA,PAPAS QUESO)
<i>plato fuerte</i>	ARROZ	ARROZ	ARROZ	ARROZ MORO DE FREJOL CON RODAJAS DE HUEVO	ARROZ
<i>acompañado</i>	CARNE AL JUGO	MENESTRA DE LENTEJA	GUATITA (salsa de pan)	PLATANO FRITO	POLLO CON VERDURAS Y(ZANAHORIA, BROCOLI, CEBOLLA, PIMIENTO)
<i>ensalada</i>	ENSALADA DE DE VAINITA CON ZANAHORIA	ENSALADA DE PEPINILLO MAS RABANO.	ENSALADA DE LECHUGA CON AGUACATE	ENSALADA DE RABANO CON YERBITAS	
<i>jugo</i>	JUGO DE MORA	JUGO DE PIÑA	JUGO DE BABACO	JUGO MARACUYA	JUGO DE TOMATE
REFRIGERIO DE LA TARDE (15h0)					
<i>líquido</i>	COLADA DE AVENA CON NARANJILLA	COLADA DE TRIGO PELADO CON CANELA, PANELA.	COLADA DE MACHICA CON GUAYABA	COLADA DE CAUCA MAS HARINA DE ARVEJA CON GUAYABA	COLADA DE HARINA QUINUA CON CON GUAYABA
<i>sólido</i>					

TIEMPO DE COMIDA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
DESAYUNO (8h30)					
<i>líquido</i>	LECHE CON CHOCOLATE	BATIDO DE FRUTILLA	LECHE AROMATIZADA	YOGURT	LECHE CON CANELA
<i>sólido</i>	PAN DE DULCE	MADURO COCINADO CON QUESO	MOTE PILLO	TORTA	TORTILLA DE MAIZ
<i>otro</i>					
REFRIGERIO DE LA MAÑANA (10h0)					
<i>fruta</i>	MANDARINA (fruta de temporada)	MANZANA (fruta de temporada)	PAPAYA PICADA (fruta de temporada) (Porción adecuada por	GUINEO (fruta de temporada)	RODAJA DE PIÑA
<i>líquido</i>					
ALMUERZO (11h30)					
<i>sopa</i>	SOPA DE VERDURAS (ZANAHORIA, BROCOLI, VAINA, PAPAS)	COLADA DE HARINA DE ARVEJA CON (ZANAHORIA, PAPAS QUESO)	SANCOCHO (hacer hervir con hueso carnudo para el sabor, yuca, verde, choclo, zanahoria, ARVEJA)	SOPA DE AVENA,(ZANAHORIA, PAPAS, ARVEJA)	SOPA DE ARROCILLO ZANAHORIA ,ALBERJA,PAPAS QUESO)
<i>plato fuerte</i>	ARROZ	ARROZ	ARROZ	ARROZ MORO DE FREJOL CON RODAJAS DE HUEVO	ARROZ
<i>acompañado</i>	CARNE AL JUGO	MENESTRA DE LENTEJA	GUATITA (salsa de pan)	PLATANO FRITO	POLLO CON VERDURAS Y(ZANAHORIA, BROCOLI, CEBOLLA, PIMIENTO)
<i>ensalada</i>	ENSALADA DE DE VAINITA CON ZANAHORIA	ENSALADA DE PEPINILLO MAS RABANO.	ENSALADA DE LECHUGA CON AGUACATE	ENSALADA DE RABANO CON YERBITAS	
<i>jugo</i>	JUGO DE MORA	JUGO DE PIÑA	JUGO DE BABACO	JUGO MARACUYA	JUGO DE TOMATE
REFRIGERIO DE LA TARDE (15h0)					
<i>líquido</i>	COLADA DE AVENA CON NARANJILLA	COLADA DE TRIGO PELADO CON CANELA, PANELA.	COLADA DE MACHICA CON GUAYABA	COLADA DE CAUCA MAS HARINA DE ARVEJA CON GUAYABA	COLADA DE HARINA QUINUA CON CON GUAYABA
<i>sólido</i>					

TIEMPO DE COMIDA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
DESAYUNO (8h30)					
<i>líquido</i>	LECHE CON HIERBA LUISA	BATIDO DE MORA MAS QUINUA	LECHE CON CHOCOLATE	FORZAN	YOGURT
<i>sólido</i>	TORTILLA DE MADURO CON QUESO	PAN DE DULCE	ROSQUITAS	EMBORRAJADO	EMPAÑADA DE VIENTO
<i>otro</i>					
REFRIGERIO DE LA MAÑANA (10h0)					
<i>fruta</i>	SANDIA	FRUTILLA PICADA	GUINEO	GRANADILLA	MANZANA
<i>líquido</i>					
ALMUERZO (11h30)					
<i>sopa</i>	SOPA DE VERDURAS (ZANAHORIA, BROCOLI, VAINA, PAPAS)	LOCRO DE ZAMBO CON PAPAS Y QUESO	LOCRO DE ACELGA (zanahoria, arveja, papas)	SOPA DE AVENA TOSTADA CON PAPAS Y QUESO	SOPA E QUINUA(papas,zanahoria,queso)
<i>plato fuerte</i>	ARROZ	ARROZ MORO(lenteja,pimiento,zanahoria)	TALLARIN	TORTILLA DE PAPA CON SALSA DE PAN	ARROZ
<i>acompañado</i>	CARNE AL JUGO CON PLATANO MADURO PICADO	MADURO FRITO	POLLO CON LEGUMBRES(zanahoria, vainita, tronco de acelga, tomate riñon y pimienta)	HUEVO FRITO	ALBONDIGAS AL JUGO
<i>ensalada</i>	ENSALADA DE RABANO CON TOMATE		RODAJA DE TOMATE CON CILANTRO	ENSALADA DE REMOLACHA CON ZANAHORIA	ENSALADA DE LECHUGA CON TOMATE
<i>jugo</i>	JUGO DE BABACO	JUGO DE MELON	JUGO DE GUAYABA	JUGO PIÑA	JUGO DE TOMATE
REFRIGERIO DE LA TARDE (15h0)					
<i>líquido</i>	COLADA DE HARINA DE TRIGO CON GUAYABA	COLADA DE DE CAUCA CON NARANJILLA	AVENA CON MARACUYA	COLADA DE CMACHICA CON GUAYABA	COLADA DE HARINA PLATANO CON CANELA
<i>sólido</i>					

TIEMPO DE COMIDA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
DESAYUNO (8h30)					
<i>líquido</i>	BATIDO DE FRUTILLA CON QUINUA	LECHE CON CHOCOLATE	YOGURT	FORZAN	LECHE CON HIERBA LUISA
<i>sólido</i>	PASTEL	EMPAÑADAS DE VIENTO	EMBORRAJADO	PASTEL DE MADURO	HUEVO DURO
<i>otro</i>					
REFRIGERIO DE LA MAÑANA (10h0)					
<i>fruta</i>	GUINEO	FRUTILLA PICADA	MANZANA	SANDIA	PERA
<i>líquido</i>					
ALMUERZO (11h30)					
<i>sopa</i>	LOCRO DE MELLOCO CON PAPAS Y QUESO	SOPA DE MENESTRON(papa, zanahoria, fideo, alberja, queso)	LOCRO DE ACELGA (zanahoria, arveja, papas)	CREMA DE COLIFLOR MAS CANGUIL	SOPA DE AVENA TOSTADA (papa, queso)
<i>plato fuerte</i>	ARROZ VERDE	ARROZ MORO(lenteja, pimiento, zanahoria)	ARROZ	ARROZ	ARROZ
<i>acompañado</i>	CARNE SALTEADA		BISTEC DE POLLO	RODAJA DE HUEVO	CORVINA FRITA
<i>ensalada</i>	ENSALADA DE COLIFLOR Y ZANAHORIA.	MADURO FRITO	ENSALADA DE PEPINILLO CON TOMATE	ENSALADA MIXTA DE FREJOL TIERNO(cebolla, tomate)	ENCEBOLLADO
<i>jugo</i>	JUGO DE GUAYABA	JUGO DE BABACO	JUGO DE TOMATE	JUGO DE MELON	JUGO DE MORA
REFRIGERIO DE LA TARDE (15h0)					
<i>líquido</i>	AVENA CON MARACUYA	COLADA DE MACHICA CAUCA CON NARANJILLA	COLADA DE HABA CON GUAYABA	COLADA DE CAUCA CON NARANJILLA	COLADA DE HARINA DE QUINA CON NARANJILLA
<i>sólido</i>					
					Firma de Coordinadora

ANEXO 7. Tablas

Tabla 1. Alimentación al año de edad

Categoría	FA	%
Lácteos: leche, yogurt, queso.	21	27,3
huevo Pescado	5	6,5
Todo lo que consume la familia	51	66,2
Total	77	100,0

Tabla 2. Momentos del lavado de manos

Categoría	FA	%
Antes y después de preparar los alimentos	55	71,4
Antes de consumir los alimentos	10	13,0
Antes de preparar los alimentos	12	15,6
Total	77	100,0

Tabla 3. Frecuencia con la que mira objetos electrónicos al comer

Categoría	FA	%
Algunas veces	32	41,6
Nunca	45	58,4
Total	77	100,0

Tabla 4: Frecuencia de alimentación

Categoría	FA	%
3 veces al día	7	9,1
4 veces al día	20	26,0
5 veces al día	29	37,7
Las veces que desea niño/a	21	27,3
Total	77	100,0

ANEXO 8. Guía de alimentación para padres de menores de años

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA



**GUÍA DE
ALIMENTACIÓN PARA
PADRES DE MENORES
DE 5 AÑOS**



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE
CHIMBORAZO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA
SALUD**

CARRERA DE ENFERMERÍA



AUTORAS:

PAOLA LILIANA SÁNCHEZ
CENTENO

JOSSELIN SARA GAVIDIA
VILLARROEL



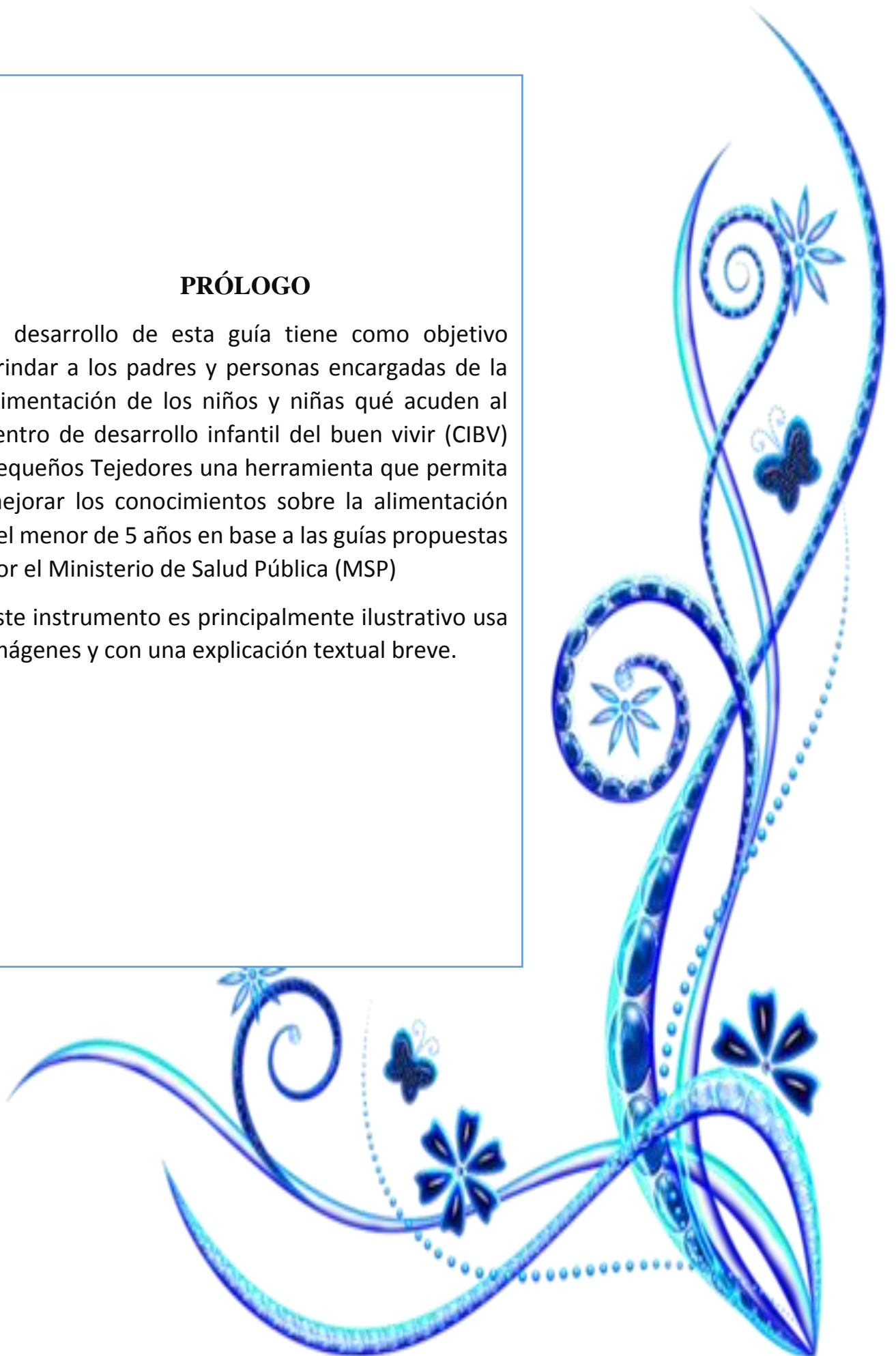
Tutora:

LIC. CIELITO BETANCOURT J. MSC.

PRÓLOGO

El desarrollo de esta guía tiene como objetivo brindar a los padres y personas encargadas de la alimentación de los niños y niñas que acuden al centro de desarrollo infantil del buen vivir (CIBV) Pequeños Tejedores una herramienta que permita mejorar los conocimientos sobre la alimentación del menor de 5 años en base a las guías propuestas por el Ministerio de Salud Pública (MSP)

Este instrumento es principalmente ilustrativo usa imágenes y con una explicación textual breve.





SU NUTRICIÓN SU FUTURO

MARCO LEGAL



Art. 13.- Las personas y colectividades tienen derecho al acceso seguro y permanente a alimentos sanos, suficientes y nutritivos; preferentemente producidos a nivel local y en correspondencia con sus diversas identidades y tradiciones culturales. El Estado ecuatoriano promoverá la soberanía alimentaria

Sección séptima. Salud 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. (...).

Sección quinta. Niños, niñas y adolescentes 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; a la educación y cultura, al deporte y recreación; (...).



LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna es oportuna para fortalecer el vínculo madre/hijo que además permitirá que el niño se sienta tranquilo y seguro al sentir el calor y los latidos del corazón de su madre

La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. Favorece a la maduración del sistema digestivo para poder asimilar los alimentos complementarios

Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud.



La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva durante seis meses, la introducción de alimentos apropiados para la edad y seguros a partir de entonces, y el mantenimiento de la lactancia materna hasta los 2 años

NO TIENE COSTO, NO NECESITAS TRANSPORTAR EN ENVASES, TIENE BENEFICIOS TANTO PARA LA COMO PARA EL BEBÉ

LACTANCIA MATERNA

La madre debe estar motivada y tranquila mientras el bebé sostenido y seguro

Identificar la posición más adecuada en la que la mamá pueda arrimar la espalda

El bebé debe ser llevado al pecho no el pecho al bebé

El bebé debe estar alineado con su madre

Se debe mirar a los ojos al bebé para intercambiar afecto

**FAVORECER A UNA
LACTANCIA EXITOSA**



SI TU ESTÁS BIEN
EL/LA ESTAN
MEJOR



ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

Incorporar primero
alimentos suaves en
consistencia y en
pequeñas cantidades

La leche materna por sus
diferentes sabores,
dependientes de la
alimentación materna,
preparan al niño para esas
diferencias en los alimentos.



Los niños/as
amamantados serán más
receptivos a nuevos
olores, sabores ya que
los han experimentado a
través de la leche.

Variar el tipo de alimentos para
acostumbrar el niño/a
tempranamente a recibir
distintos tipos de alimentos

¿Qué debo comer primero papitos?



1 CEREALS



2 TUBÉRCULOS



Se puede cocinar huevos revuelto, huevo duro a partir del año el niño de comer la yema.



3 VEGETABLES



5 FRUTAS



6 GRASAS

Añadir a la papilla una cucharadita de aceite vegetal.



Son una fuente importante de vitaminas y minerales, necesarios en épocas de crecimiento.

Son ricas en fibra, por lo que ayudan a regular la función intestinal.



Ejercen un suave efecto diurético en nuestro organismo, ayudando a eliminar los productos de desecho a través de la orina.

Por su alto contenido en agua, contribuyen al equilibrio de los líquidos del cuerpo.

CONCEJOS EN LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA

Ofrezca a su hijo o hija alimentos saludables desde la primera infancia; eso le permitirá ser un adulto sano



Todo niño o niña requiere probar un alimento ajeno al habitual unas 10 veces antes de aceptarlo y si lo rechaza, vuelva a ofrecérselo otro día.

Como madre usted decide qué debe comer su bebé, pero sólo él sabe qué cantidad de comida necesita: respete sus señales de saciedad, no lo sobrealimente.

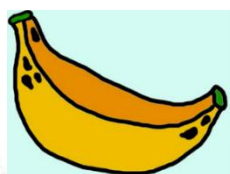
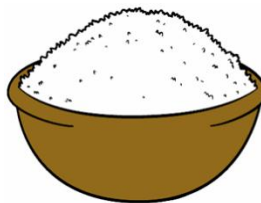
No debe consumir jugos artificiales, bollería: no deberían ofrecerse ni siquiera de forma ocasional



CANTIDADES DE ALIMENTOS QUE DEBEN OFRECERSE

1

Papillas blandas



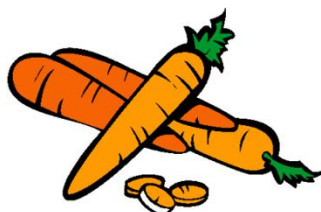
Frutas no cítricas

2



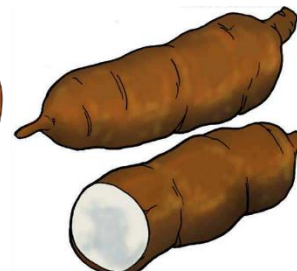
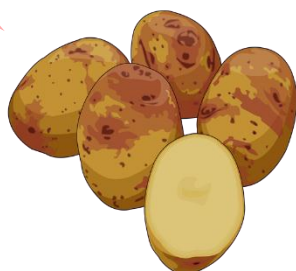
Tubérculos como

3



Tubérculos

4



RECUERDA: Dos veces al día, además de tomas de leche materna



Iniciar con 2-3 cucharadas, aumento progresivo hasta 2/3 de una taza

RECOMENDACIONES NUTRICIONALES EN NIÑOS DE 1 A 3 AÑOS



Desayuno: Papilla o leche con cereales, y fruta.

Almuerzo: Se irá poco a poco enseñando a la comida familiar: puré de verduras solas o con legumbres, pasta, arroces, guisos.



Carne o pescados triturados o en trozos pequeños, tortillas. Para el postre utilizar: fruta, leche o yogurt.



Merienda: Dar preferencia a las verduras, cereales y frutas, leche con o sin cereales.

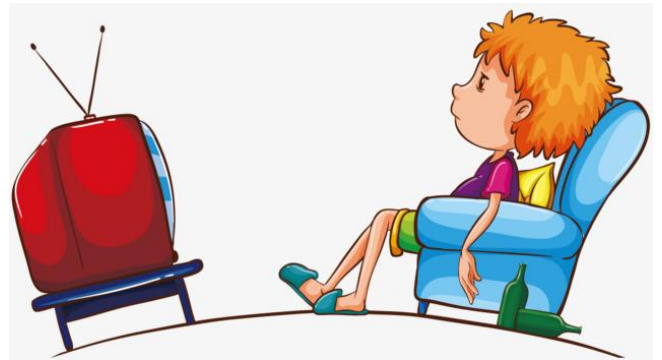


PROBLEMAS MÁS FRECUENTES EN ESTA ETAPA DE LA VIDA

INFLUENCIA DE LA TELEVISIÓN

La mayoría de los anuncios tiene mayor influencia sobre la comida infantil ofrecen galletas, refrescos, en general alimentos poco saludables.

Ver la TV mientras come se asocia con peores opciones nutricionales y menor control sobre la cantidad de alimentos que se ingieren.



RECOMENDACIONES

GENERALES

Dejarle elegir y participar en la preparación de las comidas.



Procurar un ambiente positivo durante las comidas, tanto físico como afectivo, evitando discusiones y situaciones que generen tensión, para que se estructuren hábitos adecuados

Lavarse las manos antes de comer, no sólo como norma de higiene, sino que también actúa como una señal que asocia con la hora de comer.

PORCIONES DE ALIMENTACIÓN DE ACUERDO A LA EDAD

Alimento	1-3 años	Cantidades	3 – 6 años	Cantidades
Líquidos - Lactancia materna - Agua, sopa, jugos 	libre demanda		libre demanda	
Pan 	1 pan		1- 2 panes	
Papas 	1 – 2 unidades pequeñas		1 - 4 unidades pequeñas	
Arroz cocido 	1 – 4 cucharadas grandes		1 - 5 cucharadas grandes	
Verduras cocidas 	1 – 3 cucharadas grandes (50 – 100 g)		2 - 6 cucharadas grandes (50 – 100 g)	
Frutas 	1 – 2 unidades (100 – 200 g)		1 - 2 unidades (100 – 200 g)	
Leche 	4 tazas (mínimo 500 ml)		4 tazas (mínimo 500 ml)	
Queso 	10 g		10 - 20 g	
Carne, pollo, pescado 				
- Crudo	65 g		65-100 g	
- Cocido	50 g		50-75 g	
Huevos 	1 por semana		1 por semana	
Granos/Leguminosas 				
- Secos	1-2 cucharadas grandes		3 cucharadas grandes	
- Frescos	2-4 cucharadas grandes		3-5 cucharadas grandes	
Embutidos 	1 rodaja (10 g)		1 rodaja (10 -15 g)	
Margarina para el pan 	1 cucharada pequeña por pan (5g)		1 cucharada pequeña por pan (5g)	
Grasas para cocinar 	Máximo 1 cucharada grande (15g)		Máximo 1 cucharada grande (15g)	

MENÚ PARA NIÑOS/AS 6 A 12 MESES

Hora	Tiempo de comida	Ingredientes
6 am	Toma de seno	
7 am	Papilla de guineo	Maduro
9am	Toma de seno	
11 am	Huevo tibio	Huevo
13 pm	Puré de papa	Papa
3 pm	Toma de seno	
6 pm	Puré pollo	Pollo
8 pm	Toma de seno	



MENÚ PARA NIÑOS/AS 1 A 2 AÑOS



Comida	Tipo de comida	Ingredientes
Desayuno	½ taza de trigo pelado 1 tortilla de huevo con espinaca	Huevo Espinaca Aceite
Almuerzo	½ plato de crema choclo con trozos de pollo Puré de guineo	Choclo molido Leche Pollo picado Zanahoria Culantro guineo
Merienda	½ taza de machica y trozos de queso	Machica Leche Queso

MENÚ PARA NIÑOS/AS 2 A 3 AÑOS

Comida	Tipo de comida	Ingredientes
Desayuno	½ taza de avena ½ pan ½ pera (fruta que disponga)	Huevo Espinaca Aceite
Colación	½ taza de habas cocidas con queso	Habas Queso
Almuerzo	½ plato de quinua con papas	Quinua Papas culantro
Colación	Rompoppe	Huevo azúcar
Merienda	½ taza de colada de arroz de cebada	Arroz de cebada Azúcar Leche



MENÚ PARA NIÑOS/AS 3 A 4 AÑOS



Comida	Tipo de comida	Ingredientes
Desayuno	Zumo de naranja Tortilla de harina de trigo	Naranja Harina de trigo
Colación	Chochos con tostado	Chocos Tostado
Almuerzo	Papas con pescado frito y ensalada	Papas Pescado Cebolla Tomate Culantro
Colación	Tostado dulce	Maíz seco Panela Huevo
Merienda	Morocho de dulce	Morocho leche

MENÚ PARA NIÑOS/AS 4 A 5 AÑOS

Comida	Tipo de comida	Ingredientes
Desayuno	½ taza de batido de guineo 1 rebanada de pan de sal	Leche Guineo Pan
Colación	Mote con queso	Mote cocido Queso
Almuerzo	Sopa de zambo con queso ½ plato arroz con cuy asado y salsa	Zambo Queso Culantro Zanahoria Arroz Cuy Leche Pepa de zambo Cebolla
Colación	Colada de manzana	Manzana
Merienda	Horchata	Arroz de cebada Guayaba



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Gil Hernández A, Uauy Dagach R, Dalmau Serra J y Comité de Nutrición de la AEP. Bases para una alimentación complementaria adecuada a lactantes y niños de corta edad. *An Pediatr (Barc)* 2006;65:481-95.
2. Agostoni C, Decsi T, Fewtrell M, Goulet O, Kolacek S, Koletzko B et al. ESPGHAN Committee on Nutrition. Complementary feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2008;46:99-110.
3. Gidding SS, Dennison BA, Birch LL, Daniels SR, Gillman MW, Lichtenstein AH, et al. Dietary Recommendations for Children and Adolescents: A Guide for Practitioners: Consensus Statement from the American Heart Association. *Circulation* 2005;112: 2061-75.
4. Aguayo Maldonado J, Gómez Papí A, Hernández Aguilar MT, Lasarte Velillas JJ, Lozano de la Torre MJ, Pallás Alonso CR, editores. Manual de lactancia materna. De la teoría a la práctica. Asociación Española de Pediatría. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2008.
5. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica. Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. 2ª edición. Madrid: Ed. Ergón; 2010.
6. American Dietetic Association. Providing nutrition services for infants, children, and adults with developmental disabilities and special health care needs. *J Am Diet Assoc.* Jan 2004
7. Anderson JW, Johnstone BM, Remley DT. Breastfeeding and cognitive development: a meta-analysis. *American Journal of Clinical Nutrition*, 1999.
8. Bahl R et al. Infant feeding patterns and risks of death and hospitalization in the first half of infancy: multicentre cohort study. *Bulletin of the World Health Organization*, 2005, 83:418–426.
9. Banco Mundial. Insuficiencia Nutricional en Ecuador, Quito: Banco Mundial; 2007.
10. Bern C et al. The magnitude of the global problem of diarrhoeal disease; a ten-year update. *Bulletin of the World Health Organization*, 1992, 70:705–714). “La alimentación del lactante y del niño/a pequeño: Capítulo Modelo para libros de

texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud”. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C., 2010.

11. Bosch AM. Classical galactosaemia revisited, *Journal of Inherited Metabolism Diseases*, 2006.
12. Briend A, Bari A. Breastfeeding improves survival, but not nutritional status, of 12–35 months old children in rural Bangladesh. *European Journal of Clinical Nutrition*, 1989, 43(9):603–8. 9. Mobak K et al. Prolonged breastfeeding, diarrhoeal disease, and survival of children in Guinea-Bissau. *British Medical Journal*, 1994, 308:1403–1406. “La alimentación del lactante y del niño/a pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud”. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C., 2010.
13. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in