

This file has been cleaned of potential threats.

If you confirm that the file is coming from a trusted source, you can send the following SHA-256 hash value to your admin for the original file.

602c12d9705e375ee1f1d4a9350dd7c2dcf292b374db36de304003b4fe7cf69b

To view the reconstructed contents, please SCROLL DOWN to next page.



UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y
POSGRADO

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

TEMA

**“PREVALENCIA Y FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO
NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DE 1 A 5 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO
MÉDICO MUNICIPAL DE LA CIUDAD DE MILAGRO”.**

AUTOR:

ROBLES LARRETA JOSELYN PAOLA

DIRECTOR TFM: LEÓN SAMANIEGO GUILLERMO MSc.

MILAGRO, JUNIO DEL 2022

ECUADOR



UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

DIRECCION DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

CERTIFICACIÓN DE ACEPTACIÓN DEL TUTOR

En calidad de Tutor de Proyecto de Investigación, nombrado por el Comité Académico del Programa de Maestría en Salud Pública de la Universidad Estatal de Milagro.

CERTIFICO

Que he analizado el Proyecto de Investigación con el tema, “Prevalencia y factores que influyen en el estado nutricional de los niños de 1 a 5 años que acuden al Centro Médico Municipal de la ciudad de Milagro”, elaborado por la LCDA. JOSELYN PAOLA ROBLES LARRETA, el mismo que reúne las condiciones y requisitos previos para ser defendido ante el tribunal examinador, para optar por el título de MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA MENCION SALUD.

Milagro, a los 27 días del mes de marzo del 2022.



Plomado electrónicamente por:
GUILLERMO
FERNANDO LEON
SAMANIEGO

DR. GUILLERMO LEÓN SAMANIEGO PhD.

CI: 0601552532

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Yo, LCDA. JOSELYN PAOLA ROBLES LARRETA, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales de la propuesta práctica de la alternativa de Titulación– Examen Complexivo: Investigación Documental, modalidad presencial, mediante el presente documento, libre y voluntariamente procedo a hacer entrega de la Cesión de Derecho del Autor de la propuesta práctica realizado como requisito previo para la obtención de mi Título de Grado, como aporte a la Línea de Investigación Salud Pública, Alimentación y Nutrición, de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedo a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalización y publicación de esta propuesta práctica en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

La autora declara que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Milagro, a los 28 días del mes de junio del 2022.



Firmado electrónicamente por:
**JOSELYN PAOLA
ROBLES LARRETA**

Lcda. Joselyn Paola Robles Larreta

CI: 0923485619

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
CERTIFICACIÓN DE LA DEFENSA

El TRIBUNAL CALIFICADOR previo a la obtención del título de **MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA**, otorga al presente proyecto de investigación en las siguientes calificaciones:

TRABAJO DE TITULACION	60.00
DEFENSA ORAL	40.00
PROMEDIO	100.00
EQUIVALENTE	Excelente



Firmado electrónicamente por:
**DELIA DOLORES
NORIEGA VERDUGO**

Mgtr. **NORIEGA VERDUGO DELIA DOLORES**
PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL



Firmado electrónicamente por:
**GUILLERMO
FERNANDO LEON
SAMANIEGO**

Dr. **LEON SAMANIEGO GUILLERMO FERNANDO**
DIRECTOR/A DE TFM



Firmado electrónicamente por:
**KATIUSKA
MEDEROS
MOLLINEDA**

Msc. **MEDEROS MOLLINEDA KATIUSKA**
SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL

DEDICATORIA

Este proyecto de investigación lo dedico a Dios, porque gracias a el pude ingresar a la maestría y culminarla, a mis padres Luz Marina y Alfredo por ser mi apoyo incondicional y mi motor en cada etapa.

A mi hijo Juanfer por ser mi más grande alegría y motivación, y a mi esposo Fernando por su amor y compañía.

Joselyn Paola Robles Larreta

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por su guía y amor, sentí su mano poderosa durante toda esta etapa. A mis papas porque gracias a ellos pude realizar mis estudios de cuarto nivel, por su apoyo y empujé cuando más lo necesitaba.

A mi hijo Juanfer y a mi esposo por su amor y paciencia en los días que se juntaban el trabajo y el estudio, su compañía fue fundamental para culminar esta maestría.

A mi tutor, Dr. Guillermo León, por sus conocimientos y responsabilidad, estoy muy agradecida porque siempre estuvo predispuesto a ayudarme en todo momento y se ganó toda mi admiración y respeto.

A Unemi, a los directivos y docentes de la Maestría en Salud Pública, cada uno aportó con sus enseñanzas. Agradezco su profesionalismo y amistad.

Joselyn Paola Robles Larreta

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Ingeniero.

Fabrizio Guevara Viejo, PhD.

Rector Universidad Estatal de Milagro

Presente.

Mediante el presente documento, libre y voluntariamente procedo a hacer la entrega de la Cesión de Derecho de Autora del Trabajo realizado como requisito previo para la obtención de mi Título de Cuarto Nivel, cuyo tema fue “Prevalencia y factores que influyen en el estado nutricional de los niños de 1 a 5 años que acuden al Centro Médico Municipal de la ciudad de Milagro” y que corresponde al Departamento de Investigación y Posgrado.

Milagro, 28 de Junio del 2022



Firmado electrónicamente por:
**JOSELYN PAOLA
ROBLES LARRETA**

Lcda. Joselyn Robles Larreta

CI: 0923485619

ÍNDICE GENERAL

Contenido

DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
ÍNDICE GENERAL.....	viii
INDICE DE FIGURAS.....	xiii
INDICE DE ANEXOS.....	xiii
RESUMEN.....	xiv
ABSTRACT.....	xv
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I EL PROBLEMA.....	3
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.1.1 PROBLEMATIZACIÓN.....	3
1.1.2 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....	4
1.1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	4
1.1.4 SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA.....	5
1.1.5 DETERMINACIÓN DEL TEMA.....	5
1.1 OBJETIVOS.....	5
1.2.1 OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN.....	5
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE INVESTIGACIÓN.....	5
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	6
CAPITULO II MARCO REFERENCIAL.....	8
2.1 MARCO TEÓRICO.....	8
2.1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	8
2.1.2 ANTECEDENTES REFERENCIALES.....	10
2.2 MARCO CONCEPTUAL.....	15
2.3 MARCO LEGAL.....	16
Artículo 12º.- Disposiciones especiales.....	17
2.4 HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	18
2.4.1 Hipótesis General.....	18
2.4.2 Declaración de variables.....	18

2.4.3	Operacionalización de variables.....	18
CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO.....		20
3.1	TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	20
3.2	LA POBLACIÓN Y LA MUESTRA.....	20
3.2.1	Características de la población.....	20
3.2.2	Delimitación de la población.....	20
3.2.3	Tipo de muestra	21
3.2.4	Tamaño de la muestra.....	21
3.2.5	Proceso de selección	21
3.3	LOS MÉTODOS Y LAS TÉCNICAS	22
3.3.1	Métodos teóricos	22
3.3.2	Métodos empíricos.....	22
3.3.3	Técnicas e InstrumentosTECNICAS.....	22
INSTRUMENTOS.....		22
Interpretación:.....		24
Indicador Peso/talla o longitud:		24
3.4	PROPUESTA DE PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN.....	25
3.5	CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	25
CAPÍTULO IV.....		26
4.1	ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL.....	26
Cuadro 4.- Caracterización de la muestra de padres		27
Cuadro 5.- Prácticas alimentarias.....		28
Cuadro 6.- Seguridad alimentaria		28
Cuadro 7.- Estado Nutricional de los niños respecto a la talla, peso y edad.		29
Cuadro 8.- Diagnóstico de Estado Nutricional.....		30
Cuadro 9.- Riesgo Nutricional por consumo de agua de la llave.....		30
Cuadro 10.- Relación del estado nutricional con enfermedades infectocontagiosas.....		31
Cuadro 11.- Control del estado nutricional bajo la relación del nivel de escolaridad		31
Cuadro 12.- Seguridad alimentaria en relación con el control del estado nutricional bajo edades prioritarias		32
Cuadro 13.- Seguridad alimentaria en relación con la ubicación sociodemográfica		33
Cuadro 14.- Relación del consumo de vegetales y carnes		34

4.2	ANÁLISIS COMPARATIVO, EVOLUCIÓN, TENDENCIA Y PERSPECTIVAS	34
4.3	VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS.....	35
	CONCLUSIONES.....	37
	RECOMENDACIONES	38
	CAPÍTULO V PROPUESTA	39
5.1	TEMA.....	39
5.2	FUNDAMENTACIÓN	39
5.3	JUSTIFICACIÓN	40
5.4	OBJETIVOS.....	41
5.4.1	Objetivo General de la propuesta	41
5.4.2	Objetivo Específico.....	41
5.5	UBICACIÓN.....	41
	Figura 1.- Mapa de la ubicación del lugar de estudio.....	41
5.6	FACTIBILIDAD	42
5.6.1	Factibilidad legal.....	42
	Artículo 12º.- Disposiciones especiales	42
5.6.2	Factibilidad presupuestaria	44
5.6.3	Factibilidad técnica.....	44
5.7.	DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA	44
5.7.1	ACTIVIDADES	44
	Actividad Nº 1.....	45
	Evaluación de capacitación:	45
	Actividad Nº 2	45
	Subtemas:.....	45
	Evaluación de las capacitaciones:.....	46
	Actividad Nº 3.....	46
	Subtemas:.....	46
	Evaluación de las capacitaciones:.....	46
	Ponentes:.....	46
5.7.2	RECURSOS, ANÁLISIS FINANCIERO	46
	Recursos materiales:	46
	Recurso financiero:.....	47

Cuadro 15.- Inversión de la propuesta	47
5.7.3 IMPACTO	47
Cuadro 16.- Cronograma de actividades de la propuesta	48
5.7.3 LINEAMIENTO PARA EVALUAR LA PROPUESTA	48
RÚBRICA DE EVALUACIÓN	49
Cuadro 17.- Guía para la evaluación de la propuesta.	49
BIBLIOGRAFÍA	50
ANEXOS.....	56
Ficha de recolección de datos para determinar el estado nutricional de los niños de 1 a 5 años que acuden al Centro Médico Municipal de Milagro.....	56
DATOS DEL NIÑO/A	56
Edad (años y meses cumplidos):	56
Talla (cm):.....	56
Encuesta para determinar los factores de riesgo que influyen en el estado nutricional en niños de 1 a 5 años.....	57
1. ¿El niño recibió lactancia materna?	57
2. ¿Si su respuesta fue sí, hasta los cuantos meses recibió lactancia materna?.....	57
3. ¿Cuántas comidas recibe el niño en el día?.....	57
4. ¿Cuántas frutas come el niño en el día?.....	57
5. ¿Cuántos vegetales come el niño en el día?.....	57
6. ¿Cuántos alimentos cárnicos come el niño en el día?.....	58
7. ¿El niño toma agua de la llave?.....	58
8. ¿Su hijo/a ha presentado alguna infección gastrointestinal en los últimos 3 meses?.....	58
Datos de los padres	58
11. Nivel de escolaridad.....	59
13. Ingreso mensual	59
14. Sector de vivienda	59
ANEXO 3.- ESCALA LATINOAMERICANA Y CARIBEÑA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA.....	60
Si en el hogar hay menores de 18 años.....	62
ANEXO 4.- CURVAS DE CRECIMIENTO OMS PESO/EDAD.....	64
PESO/TALL	66

INDICE DE CUADROS

Cuadro 1.- Operacionalización de variables	31
Cuadro 2.- Puntos de corte para la clasificación de la (in)seguridad alimentaria.....	36
Cuadro 3.- Caracterización de la muestra de los niños	39
Cuadro 4.- Caracterización de la muestra de padres.....	40
Cuadro 5.- Prácticas alimentarias.....	41
Cuadro 6.- Seguridad alimentaria.....	41
Cuadro 7.- Estado Nutricional de los niños respecto a la talla, peso y edad	42
Cuadro 8.- Diagnóstico de Estado Nutricional	43
Cuadro 9.- Riesgo Nutricional por consumo de agua de la llave.....	43
Cuadro 10.- Relación del estado nutricional con enfermedades infectocontagiosas	44
Cuadro 11.- Control del estado nutricional bajo la relación del nivel de escolaridad.....	44
Cuadro 12.- Seguridad alimentaria en relación con el control del estado nutricional bajo edades prioritarias	45
Cuadro 13.- Seguridad alimentaria en relación con la ubicación sociodemográfica.....	46
Cuadro 14.- Relación del consumo de vegetales y carnes.....	47

Cuadro 15.- Inversión de la propuesta	60
Cuadro 16.- Cronograma de actividades de la propuesta	61
Cuadro 17.- Guía para la evaluación de la propuesta.....	62

INDICE DE FIGURAS

Figura 1.- Mapa de la ubicación del lugar de estudio.....	54
---	----

INDICE DE ANEXOS

ANEXO 1.- FICHA DE RECOLECCIÓN.....	69
ANEXO 2.- CUESTIONARIO.....	70
ANEXO 3.- ESCALA LATINOAMERICANA Y CARIBEÑA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA.....	73
ANEXO 4.- CURVAS DE CRECIMIENTO OMS	77

RESUMEN

La malnutrición se define como la nutrición deficiente o desequilibrada a causa de una dieta pobre o excesiva; es uno de los factores que más contribuyen a la carga mundial de la morbilidad, pues más de una tercera parte de las enfermedades infantiles en todo el mundo se atribuyen a la desnutrición. La presente investigación tiene como objetivo determinar el estado nutricional de los niños de 1 a 5 años que acuden al Centro Médico Municipal de la ciudad de Milagro y los factores que influyen en el mismo. La metodología investigativa fue de enfoque cuantitativo, no experimental, de corte transversal y descriptivo, bajo instrumento de recolección de datos, con alcance cuantitativo. La muestra estuvo compuesta por 100 niños de 1 a 5 años que acuden a la consulta externa del Centro Médico y sus padres, de los cuales 50 se encontraban sin malnutrición y el restante con malnutrición. Para la recolección de datos se utilizó una ficha de observación, cuestionario y la ECLSA. Como resultados se obtuvo que el 50% de los niños tuvieron un estado nutricional normal, el 15% presentó desnutrición aguda y otro 15% desnutrición crónica. Por otro lado, el 9% presentó sobrepeso y 11% obesidad. En los niños menores de 3 años se evidenció una relación significativa con el 71,4% de inseguridad alimentaria moderada con la desnutrición crónica, además se muestra que la inseguridad alimentaria moderada influye con el 50% en obesidad y con el 50% de sobrepeso. Respecto a las prácticas alimentarias en los niños, el 78% realizan 3 tiempos de comidas en el día, similar a los niños con malnutrición (76%). Respecto al consumo de agua de la llave, se obtuvo que el 34% de los niños con malnutrición la consumían frente al 24% de los niños bien nutridos. En conclusión, los factores que más influyen en el estado nutricional de los niños son la inseguridad alimentaria y las infecciones gastrointestinales recurrentes que van de la mano con el alto consumo de agua de la llave.

Palabras claves: Malnutrición, estado nutricional, seguridad alimentaria.

ABSTRACT

Malnutrition is defined as poor or unbalanced nutrition due to a poor or excessive diet; it is one of the biggest contributors to the global burden of disease, with more than a third of childhood diseases worldwide attributed to malnutrition. The present research aims to determine the nutritional status of children from 1 to 5 years old who come to the Municipal Medical Center of the city of Milagro and the factors that influence it. The research methodology was quantitative, non-experimental, cross-sectional and descriptive, under data collection instrument, with quantitative scope. The sample was composed of 100 children from 1 to 5 years old who go to the outpatient clinic of the Medical Center and their parents, of whom 50 were without malnutrition and the rest were malnourished. For data collection, an observation sheet, questionnaire and ECLSA were used. As a result, it was obtained that 50% of the children had a normal nutritional status, 15% presented acute malnutrition and another 15% chronic malnutrition. On the other hand, 9% were overweight and 11% obese. In children under 3 years of age, a significant relationship was evidenced with 71.4% of moderate food insecurity with chronic malnutrition, in addition it is shown that moderate food insecurity influences with 50% in obesity and with 50% of overweight. Regarding feeding practices in children, 78% perform 3 meal times in the day, similar to children with malnutrition (76%). Regarding the consumption of tap water, it was obtained that 34% of children with malnutrition consumed it compared to 24% of well-nourished children. In conclusion, the factors that most influence the nutritional status of children are food insecurity and recurrent gastrointestinal infections that go hand in hand with the high consumption of tap water.

Keywords: Malnutrition, nutritional status, food security

INTRODUCCIÓN

El estado nutricional se lo define como una evidencia de la calidad de la dieta con patrones dietéticos caracterizados por el alto consumo de verduras, frutas, cereales integrales, frutos secos, semillas y pescado, con alimentos procesados limitados, es decir, se basa en la noción de adquisición de energía suficiente para obtener procesos biológicos óptimos, conllevando al consumo de fósforo y una buena salud gastrointestinal (Hernández et al., 2018).

Por el contrario, la deficiencia de nutrientes puede afectar la función inmunológica y contribuye a la servidumbre mundial de enfermedades infecciosas, incluidas la diarrea, la neumonía y la malaria. Además, la deficiencia de zinc puede extender sus efectos a lo largo de generaciones al inducir efectos epigenéticos que alteran la expresión de los genes, analizando la importancia de una nutrición adecuada debido a los factores que influyen en la nutrición, las consecuencias de la deficiencia, incluida su contribución de enfermedades y el abarcamiento de algunas de las lagunas de conocimiento en la nutrición humana (Fonseca González et al., 2020).

La malnutrición tiene impactos en las esferas física, psicológica y social de niños y niñas (Perdomo, et al., 2019). Abordar la desnutrición es una importante prioridad de salud mundial, es relevante dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas y se destaca directamente en el Objetivo 2.- Hambre cero, cuyo objetivo es acabar con el hambre, lograr la seguridad alimentaria y mejorar la nutrición y promover agricultura. Se reconocen varias formas de desnutrición, incluido el retraso en el crecimiento, que se caracteriza por un crecimiento lineal reducido, emaciación (que incluye emaciación moderada y severa, también conocida como marasmo), que se caracteriza por una masa de tejido corporal baja y otras anomalías fisiológicas por edema periférico difuso. La clasificación actual de la desnutrición se basa en el tamaño corporal o la presencia de edema, lo que no indica la etiología o los déficits nutricionales precisos en un individuo (OMS, 2020).

Según la ENSANUT en el Ecuador en el año 2012 la prevalencia de desnutrición crónica en menores de 2 años era de 24,0%, sin embargo, en la última encuesta realizada en el año 2018 este porcentaje subió a 27,2% a pesar de todas las estrategias aplicadas para reducir estos números (INEC, 2018).

La importancia de esta investigación radica en que estudia el estado nutricional del niño y cómo influyen sobre este los factores de su entorno, consecuencias que tendrán repercusiones en el presente y en su vida adulta.

El objetivo es determinar el estado nutricional de los niños y los factores que contribuyen a la malnutrición, y plantear estrategias que tiendan a disminuir las tasas de morbilidad por malnutrición en los niños de la ciudad de Milagro.

En la ciudad de Milagro existen muy pocos estudios sobre la prevalencia de malnutrición y los factores que influyen en esta enfermedad (último en 2016), sin embargo, este estudio contiene una variable adicional que es la seguridad alimentaria, la cual nos indica si las familias tienen acceso físico, social y económico permanente a alimentos seguros.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 PROBLEMATIZACIÓN

Dentro de los procesos para detectar e identificar de manera efectiva la desnutrición y cada una de las deficiencias nutricionales específicas que un niño pueda tener o la variabilidad biológica entre los niños. Tales diferencias no tienen efecto en las estrategias de manejo empírico actuales que tienen como objetivo abordar las deficiencias predominantes de macronutrientes y micronutrientes y tratar posibles infecciones (Arrunátegui-Correa, 2016).

El estado nutricional inadecuado producido por una inapropiada alimentación, pueden manifestarse en una persona bajo la forma de desnutrición cuando el consumo de nutrientes es deficiente, o de sobrepeso y obesidad cuando este consumo es excesivo. Cada una de estas manifestaciones conlleva un aumento en la aparición y padecimiento de enfermedades asociadas, las cuales tienen un mayor impacto en la salud, a corto y largo plazo, de niños, niñas y adolescentes, sobre todo en etapas críticas del crecimiento y desarrollo (Herrera Escudero & Roldán Llano, 2019).

Según la OMS, en el mundo 52 millones de niños menores de 5 años presentan emaciación (disminución excesiva del peso corporal respecto a la estatura), además del reemplazo del término “desnutrición aguda severa” a “desnutrición proteico-energética”, que se usaba para describir a los niños con emaciación severa y kwashiorkor (también conocido como edema nutricional) (OMS, 2020).

Es importante destacar la etiología multifactorial de la desnutrición severa y su fuerte asociación con la mortalidad, así como la frecuente coexistencia de diferentes tipos de desnutrición en un mismo niño a lo largo del tiempo y que dicha concurrencia exagera aún más la mortalidad. De hecho, la mayoría de los niños con emaciación grave o kwashiorkor también presentan retraso en el crecimiento (Fonseca González, 2020).

Según la Encuesta de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012- 2013 la desnutrición aguda y global, ya no representan un problema grave en el Ecuador, sin embargo, la desnutrición

crónica o retardo del crecimiento en varias regiones ecuatorianas con una alta prevalencia de desnutrición severa a menudo tienen una alta mortalidad infantil, es decir, que la desnutrición subyacente tiene un papel importante en el riesgo de muerte, y lo sigue siendo (Cuevas-Nasu et al., 2020).

El Centro Médico Municipal de la ciudad de Milagro brinda atención gratuita en medicina general, pediatría, terapia respiratoria y física. Acogen a aproximadamente 150 personas diarias entre niños y adultos. Al ser un Centro médico gratuito a este asisten las personas que no cuentan con un seguro de salud privado. La mayoría de las familias que se atienden en este centro son de estratos económicos bajos, con características sociodemográficas propias de este grupo como lo son bajos niveles de escolaridad de los padres, deficiente educación sobre salud nutricional del niño menor de 5 años, nulidad en buenas prácticas de alimentación e higiene, el no acceso a un seguro de salud y a una seguridad alimentaria. Todas estas características suponen un riesgo para la salud del niño, por esto se conoce que ellos llegan al Centro Médico con el estado nutricional deprimido o con riesgo de estarlo, sufren episodios infecciosos muy a menudo, o son niños que tienen un peso normal, pero al momento de realizarles exámenes bioquímicos se descubre que están anémicos y con parasitosis.

Otro de los problemas que se visualizan es que no existen datos a los que se pueda acceder libremente sobre estadísticas de desnutrición u obesidad infantil en la ciudad de Milagro, ni los principales factores que la causan.

1.1.2 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

El estudio se realizó en los niños de 1 a 5 años que asisten al Centro Médico Municipal de la ciudad de Milagro, provincia del Guayas durante el periodo de tiempo entre enero y junio 2021, en los cuales se analizaron los factores que influyen en el estado nutricional de los niños.

Este trabajo enmarca la línea de investigación de Salud Pública y sublínea de Alimentación y Nutrición.

1.1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el estado nutricional de los niños de 1 a 5 años que acuden al Centro Médico Municipal de la ciudad de Milagro y cuáles son los factores que influyen en el mismo?

1.1.4 SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA

- ¿Cuál es el estado nutricional de los niños de 1 a 5 años que acuden al Centro Médico Municipal?
- ¿Cuáles son las características socioeconómicas y demográficas de las familias de los niños que acuden al Centro Médico Municipal de la ciudad de Milagro?
- ¿Cuáles son las prácticas alimentarias de las familias de los niños que acuden al Centro Médico Municipal de la ciudad de Milagro?
- ¿Cuál es la condición de seguridad alimentaria de las familias de los niños que acuden al Centro Médico Municipal de la ciudad de Milagro?
- ¿De qué manera se podría mejorar el estado nutricional de los niños que acuden al Centro Médico Municipal de la ciudad de Milagro?

1.1.5 DETERMINACIÓN DEL TEMA

- Prevalencia y factores que influyen en el estado nutricional de los niños de 1 a 5 años que acuden al Centro Médico Municipal de la ciudad de Milagro.

1.1 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN

Determinar el estado nutricional de los niños de 1 a 5 años que acuden al Centro Médico Municipal de la ciudad de Milagro y los factores que influyen en el mismo.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE INVESTIGACIÓN

- Identificar el estado nutricional de los niños de 1 a 5 años que acuden al Centro Médico Municipal.
- Determinar las características socioeconómicas y demográficas de las familias de los niños que acuden al Centro Médico Municipal de la ciudad de Milagro.
- Conocer las prácticas alimentarias de las familias de los niños que acuden al Centro Médico Municipal de la ciudad de Milagro.
- Determinar la condición de seguridad alimentaria de las familias de los niños que acuden al Centro Médico Municipal de la ciudad de Milagro.

- Proponer un programa de educación nutricional a los padres de los niños que acuden al Centro Médico Municipal de la ciudad de Milagro, con la finalidad de mejorar las prácticas alimentarias de las familias.

1.2 JUSTIFICACIÓN

Se han observado variaciones en la prevalencia de desnutrición severa, lo que probablemente refleja diferencias en la distribución, causas y efectos de múltiples factores de riesgo de desnutrición. Estos factores de riesgo incluyen factores sociales y ambientales (como la pobreza, la educación deficiente, el acceso limitado a la atención médica y los entornos contaminados) y vivir en áreas con una alta carga de enfermedades infecciosas, como infecciones del tracto respiratorio, enfermedades diarreicas, VIH y tuberculosis (FAO, 2018).

Existen estudios que utilizan el término compuesto "desnutrición severa" para referirse a la emaciación severa y kwashiorkor, con el fin de reflejar mejor la naturaleza duradera de los escarnios ambientales e infecciosos combinados que pueden ocurrir en tales casos.

La pérdida de músculo y tejido adiposo que caracteriza a la emaciación puede ser causada por una ingesta inadecuada de proteínas y energía como resultado de la inseguridad alimentaria, la mala alimentación y las enfermedades. Sin embargo, la desnutrición severa rara vez es causada por un solo factor y generalmente surge de una interacción entre factores sociales, políticos y económicos, la presencia de infecciones crónicas e inflamación (tanto en el intestino como sistémicamente). En algunas circunstancias, las cuestiones de género, como la falta de empoderamiento de las mujeres, son importantes impulsores de la desnutrición. Los niños con desnutrición severa son comunes en condiciones de desplazamiento de población, conflicto y escasez de alimentos, lo que empeora los efectos de muchos de los factores de riesgo de desnutrición y se asocia con estrategias correctivas ineficaces (ENSANUT, 2018).

En la ciudad de Milagro no existe información actualizada acerca del estado nutricional de los niños en edad preescolar o al menos esta no es de fácil acceso, únicamente existe un dato en el año 2016 que se encontró un 16,3% de desnutrición crónica en los niños, sin embargo, no se conocen los elementos que intervienen en la depleción del estado nutricional. Por esto se quiere llevar a cabo este proyecto en el que

se evaluará a una cantidad de niños en edad preescolar para conocer su estado nutricional y los factores que influyen en el mismo, con el objetivo de conocer cuál de estos tiene mayor influencia en la presentación de malnutrición.

Este proyecto beneficiará a los niños que presentan malnutrición y a sus padres, con el diagnóstico de estado nutricional temprano, y el mejoramiento de su calidad de alimentación y prácticas de higiene, además que los resultados obtenidos servirán como base para impulsar proyectos a favor de estos niños y sus familias por medio del Municipio de Milagro, así como también el instrumento utilizado podría formar parte de trabajos futuros.

Finalmente, si logramos mejorar el estado nutricional de los niños de nuestra ciudad lograremos tener niños y familias sanas y felices, que puedan desenvolverse eficientemente en su día a día en todos los aspectos de su vida.

También beneficiará al Municipio de Milagro porque al mejorar la calidad de vida de los niños, la institución tendrá una mejor acogida por la población milagreña.

CAPITULO II

MARCO REFERENCIAL

2.1 MARCO TEÓRICO

2.1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Desde las descripciones iniciales de la desnutrición severa, se han realizado estudios con el objetivo de comprender los mecanismos y la fisiopatología órgano-específica y metabólica de los déficits severos de peso y edema. Las comparaciones históricas son difíciles, dadas las definiciones cambiantes de desnutrición a lo largo del tiempo y la amplia gama de manifestaciones clínicas que reflejan diferentes patologías. Es decir, durante la inanición a corto plazo (hasta varios días de ayuno), los ácidos grasos libres (FFA) y los cuerpos cetónicos se oxidan principalmente utilizando las reservas de grasa disponibles del tejido adiposo, y las proteínas miofibrilares se pueden descomponer en aminoácidos, que pueden convertirse en glucosa (a través de la gluconeogénesis)(Franco, 1999).

En la inanición (cuando la grasa corporal se ha agotado), las proteínas miofibrilares se descomponen en gran medida para mantener los procesos metabólicos esenciales. La regulación a corto plazo de la oxidación y síntesis de macronutrientes depende de la insulina y el glucagón, mientras que la regulación a largo plazo de estos procesos está mediada por otras hormonas, como la hormona del crecimiento, las hormonas tiroideas, las catecolaminas y los corticosteroides (Franco, 1999).

A pesar del conocimiento del kwashiorkor, los mecanismos fisiopatológicos subyacentes son poco conocidos. Se documentó que los niños con kwashiorkor en Ghana eran alimentados principalmente con una dieta monótona de maíz, que era deficiente en aminoácidos esenciales como la lisina y el triptófano. Sin embargo, pocos estudios han identificado deficiencias nutricionales específicas asociadas con el desarrollo de kwashiorkor y, por lo general, los estudios no han revelado diferencias importantes en la ingesta de grupos de alimentos entre los niños que desarrollaron kwashiorkor en comparación con los que no lo desarrollaron o con los que desarrollaron emaciación. A pesar de numerosas hipótesis, la etiología del edema, que es el sello distintivo del kwashiorkor, permanece sin definir(Bernabeu-Mestre, 2010).

Además, el grado de hipoalbuminemia y la recuperación tras el manejo nutricional en niños con kwashiorkor se correlaciona poco con el grado de edema o la velocidad de su resolución. Fue recién en 1955 que la OMS, la FAO y UNICEF no hablaban de otra cosa que del kwashiorkor. Este enigmático término fue empleado en Ghana para nombrar al Síndrome pluricarencial, por la Dra. Cecily Williams en 1935.

Los niños con desnutrición severa son altamente susceptibles a infecciones potencialmente mortales, que son consecuencia de una inmunodeficiencia secundaria. De hecho, la presentación de niños con desnutrición severa a los servicios médicos puede deberse a una infección grave más que a la presencia de desnutrición solamente. Existen varios mecanismos potenciales de disfunción inmunológica en individuos con desnutrición.

La integridad de la barrera de la mucosa respiratoria, gastrointestinal y de la piel a menudo se ve afectada en niños con desnutrición, y los efectos de este deterioro se ven agravados por una disfunción entérica subclínica crónica en estrecha asociación con alteraciones en el microbiota intestinal. Los niños con desnutrición severa tienen niveles elevados de marcadores de activación inmunológica sistémica, como las citoquinas proinflamatorias TNF, IL-1, IL-6 e IL-12, que alteran la hormona del crecimiento-factor de crecimiento similar a la insulina, generando como resultado atrofia y falla en el crecimiento lineal. Cabe destacar que las alteraciones en este eje también se observan en otras condiciones inflamatorias infantiles, como la artritis juvenil y la enfermedad inflamatoria intestinal. La activación inmunitaria sistémica en la desnutrición grave puede ser causada por infecciones agudas y crónicas, enteropatía inflamatoria, translocación de componentes microbianos desde la luz intestinal o la mucosa hacia la circulación y respuestas inmunitarias desreguladas (Bengoa, 2005).

Otras alteraciones del sistema inmunitario en la desnutrición grave incluyen la disfunción de las células T y la reducción de la actividad microbicida de los neutrófilos, el número de células dendríticas, la preparación y presentación de antígenos y los niveles de proteína en la cascada del complemento (Mel-CYTED & Bernabeu-Mestre, 2010).

La atrofia tímica infantil, la hiporrespuesta de las células T y la alteración de la proliferación de las células T podrían deberse a la activación inmunitaria crónica y/o a las

demandas metabólicas de las células T de glucosa, aminoácidos y hormonas reguladoras mediadas por la nutrición o por distrofia (Cienfuegos, 2007).

2.1.2 ANTECEDENTES REFERENCIALES

Mirella Bernabéu y Carmen Alicia Sánchez-Ramírez en el año 2018 realizaron un estudio en la ciudad de México con el objetivo de determinar asociación entre los factores demográficos, socioeconómicos y el estado nutricional en poblaciones rurales de Colima. Se evaluaron 72 niños utilizando indicadores sociodemográficos (edad, género, peso, talla, etc). El estudio evidenció que existen algunas anormalidades en el sistema inmunológico pueden resolverse con rehabilitación nutricional, la reversión de la susceptibilidad a la infección y la reducción en la activación inmunológica no han sido bien caracterizadas, recibiendo después del año de edad. Además, se pudo conocer que el 25% de los niños presentaban desnutrición crónica y un 11,2% exceso de peso (sobrepeso u obesidad). También se pudo evidenciar que el sobrepeso y la obesidad se asociaron con el hecho de ser hijo único ($p=0,016$), y que el tiempo de lactancia exclusiva se asoció con la frecuencia de desnutrición crónica (Bernabeu Justes et al., 2019).

La desnutrición infantil es un problema de salud pública en muchos países en desarrollo. Aparte del gran sufrimiento humano, tanto físico como emocional, es una gran carga para las perspectivas de desarrollo de estos países. ¿Por qué? Principalmente porque los niños desnutridos requieren un cuidado más intenso por parte de sus padres y son menos productivos física e intelectualmente en la edad adulta. Estar desnutrido también es una violación de los derechos humanos del niño. Las lecciones de las causas y de las iniciativas gubernamentales para manejar y reducir la desnutrición infantil en economías emergentes, deberían ser útiles para otros países que deseen disminuir la desnutrición infantil en el hogar y mejorar las estrategias de intervención pública (Nathaly Barrera-Dussán et al., 2018).

Lorena Fernández Palacios y colaboradores realizaron un estudio en Honduras en el año 2016 sobre cómo combatir la desnutrición que afecta negativamente el progreso socioeconómico del país. Obtuvieron como resultados que el 28,8% de los niños con desnutrición crónica y global pertenecían al área rural frente a un 14,6% en áreas urbanas. Más de un tercio de los niños desnutridos del mundo se encuentran en la India. Respecto

a la lactancia materna se encontró que solo un 36% de las madres no proporcionaron lactancia a sus hijos (Fernández Palacios et al., 2017).

Juliana Huergo realizó una investigación durante el 2016 en la ciudad de Córdoba, Argentina, exponiendo como la nutrición juega un papel crítico en el crecimiento y desarrollo saludable (físico y cognitivo) y el estado socioeconómico del niño y es la clave para una buena salud. Como resultado obtuvieron que el 85% de los niños presentan el peso ideal acorde a su edad, mientras que el 15% restantes presentaron riesgo de bajo peso o emaciación. El indicador talla para la edad evidenció que el 90% presentaron una talla normal para su edad, mientras que el 10% se le diagnosticó baja talla o acortamiento. El IMC reflejó que un 20% de los infantes presentaron malnutrición por exceso. Para la obtención de los resultados cualitativos, la desnutrición amenaza el desarrollo humano a largo plazo y puede interferir con el desarrollo cognitivo y la productividad laboral en la edad adulta de las familias cuyos recursos las sitúan por debajo del umbral de la pobreza. Así, la mala nutrición, especialmente para las personas de bajos recursos, representa una seria amenaza para la situación socioeconómica del país (Huergo & Casabona, 2016).

Silvia Elizabet Reyes Narvaez en el 2019, realizó un estudio en Barranco Lima – Perú cuyo objetivo fue determinar el impacto de un programa de intervención a nivel comunitario en la disminución de la anemia y desnutrición infantil. Como se describió anteriormente, los efectos predominantes de la desnutrición son bajo peso, retraso en el crecimiento y desgaste muscular. Se informa que alrededor del 48% de los bebés menores de 5 años sufren retraso en el crecimiento debido a la desnutrición. La desnutrición aumenta el riesgo de enfermedades infecciosas al debilitar el sistema inmunológico y también afecta las funciones cognitivas y motoras en el crecimiento (Bergel Sanchís et al., 2016).

Un estudio realizado por Jaime Guamialamá Martínez y colaboradores, en el año 2020 en la parroquia de Pifo, provincia de Pichincha - Ecuador, tuvo como objetivo evaluar el estado nutricional de niños menores de cinco años que asisten regularmente al subcentro de salud de esa parroquia. Se obtuvo como resultados que, estos niños mueren de condiciones infantiles como diarrea y enfermedades como tuberculosis, sarampión, neumonía y malaria. Los estudios muestran que los últimos meses de gestación y los primeros 2 años de vida después del nacimiento son críticos para el crecimiento y desarrollo de los bebés. Los primeros 1000 días (desde la concepción hasta los 2 años posteriores al parto) se consideran una "ventana de oportunidad" para abordar la

desnutrición. También se sabe que la desnutrición grave influye en la función metabólica y de los órganos, así como en el comportamiento de los niños, puesto que, alrededor de un tercio de las muertes de niños menores de 5 años se atribuyen a la desnutrición (Martínez et al., 2020).

Un estudio realizado por Héctor Ochoa Díaz López y colaboradores en México, en la zona rural de Chiapas en el año 2018, mostró que la proporción de niños con bajo peso es más alta en el rango de edad de 2 a 3 años (34%) y más baja entre los menores de seis meses (10%). En general, el 29% de los niños menores de cinco años tienen un peso inferior al normal y el 9% tienen un peso muy inferior al normal en Etiopía. Se estima que 159 millones de niños menores de cinco años, o el 23,8%, presentaban retraso en el crecimiento en 2016, un 15,8% menos que los 255 millones estimados en 2010 en todo el mundo. Aunque la incidencia de retraso en el crecimiento y bajo peso entre los niños menores de cinco años en todo el mundo ha disminuido desde 2010, la mejora general es insatisfactoria y millones de niños siguen estando en riesgo. La desnutrición es la causa de importantes problemas de salud en los niños que requieren la debida consideración (Ochoa-Díaz-López et al., 2017).

Otro estudio realizado en el caribe colombiano en el año 2018 por María Ghisays López y colaboradores, demostró que reducir la desnutrición de los niños es igual a mejorar el estado de salud de los niños, mostrando que es necesario para mejorar el estado de salud del futuro segmento central de la sociedad que asisten al programa de recuperación nutricional. Como resultado se obtuvo que, para medir la nutrición, se utiliza el índice de masa corporal (IMC) y se puede definir como la relación entre el peso (kg) y la altura al cuadrado (m²). Pero el IMC no es una medida directa de la gordura corporal. El IMC depende de la edad y el sexo de los niños y se denomina IMC para la edad. Usando esta variable, pueden definir los percentiles o cuartiles de IMC para edades específicas que son de interés de estudio, además, da una referencia de los individuos de esa edad con respecto al estado nutricional (López et al., 2018).

Un estudio realizado en Ecuador, provincia Morona Santiago por Cristóbal Ignacio Espinoza Díaz y Alicia Morocho en el año 2018, tuvo como objetivo demostrar que la desnutrición ha sido un desafío de salud global persistente durante décadas. Se ha relacionado con el 45% de las muertes infantiles en 2011 y está relacionado con el retraso

mental y la parálisis cerebral en las comunidades indígenas. En todo el mundo, 17,3 millones de niños sufren emaciación grave. La Asamblea Mundial de la Salud en 2012 planeó reducir la carga global de desnutrición en niños menores de 5 años en un 40% para 2025 de un grupo de 171 millones del 2011. Se conoció que el 7,7% de los niños realizaba menos de 3 comidas al día, esta fue la única variable que mostró asociación estadísticamente significativa con la desnutrición aguda. Ecuador tiene más del 30% de todos los niños con retraso en el crecimiento del mundo menores de 5 años, aunque logró reducir la prevalencia de la desnutrición del 42,5% al 35,7% durante la última década (Díaz, 2017).

Gisell Angélica Álvarez Fonseca y colaboradores, conllevaron una investigación en Oicatà-Colombia en 2019, con objetivo de determinar los factores clínicos y sociodemográficos asociados a la prevalencia de malnutrición en niños entre 2 y 5 años de la Empresa Social del Estado. Se encontró que los factores clave fueron las condiciones socioeconómicas, una carga elevada de enfermedades infecciosas y cambios en las modalidades de tratamiento y su enfoque. A pesar de este progreso continuo, el país todavía soporta la carga de 8,1 millones de niños que sufren de desnutrición aguda severa. El saneamiento deficiente, la práctica de la defecación al aire libre y las infecciones repetidas (diarrea, neumonía, paludismo e infestaciones de gusanos) han sido implicados como la causa de una proporción tan alta de desnutrición. También se sugirió que la introducción tardía de alimentos sólidos y prácticas de alimentación defectuosas, incluida la alimentación preláctea y la lactancia materna inadecuada, están asociadas con la persistencia de la desnutrición a lo largo de los años. Del total de la muestra el 99% de los niños pertenecían a un nivel socioeconómico 1 (Bajo.- bajo) (Álvarez-Fonseca et al., 2019).

Un estudio realizado en el año 2018 en Paraguay por Arza Insfrán, Ester Alexandra, con el objetivo de demostrar el impacto de la desnutrición y su afectación de manera desproporcionada en las regiones que carecen de alimentos y, a menudo, pueden carecer de alimentos nutritivos que proporcionen suficientes calorías y grasas para el crecimiento saludable de los niños, lo cual determinó que la edad media de las madres fue 26,3 años. Sin embargo, no está claro si es la falta de alimentos, la falta de alimentos nutritivos o una combinación de estos y otros factores lo que impulsa la desnutrición infantil. Curiosamente, algunos han argumentado que es mucho más que una simple falta de alimentos, y que los niños con un acceso similar a los alimentos en la misma comunidad

pueden terminar bien alimentados o desnutridos (Insfrán et al., 2018).

Una investigación realizada en Cochabamba, Bolivia, por Yercin Mamani Ortiz y colaboradores en el año 2019, tuvo como objetivo analizar la prevalencia de la desnutrición y obesidad infantil. Obtuvieron como resultado que el 22,1% tenía desnutrición crónica, un 16,4% probable microcefalia, siendo un enorme problema de salud pública, con el 45% de las muertes infantiles atribuidas a la desnutrición. El hambre y la nutrición inadecuada contribuyen a las altas tasas de mortalidad en niños y madres y al bajo crecimiento y desarrollo cerebral durante la niñez (Mamani Ortiz et al., 2019).

Un estudio realizado en el año 2018 por Lucía Cuevas Nasú y colaboradores en México, analizó la prevalencia de desnutrición en niños en las ultimas tres décadas e identificó que el mundo enfrenta una doble carga de malnutrición, que incluye tanto la desnutrición como el sobrepeso, especialmente en los países en desarrollo. Se estudiaron asociaciones de factores geográficos, del hogar, maternos e individuales con baja talla. Se obtuvo como resultado que manejar estos dos aspectos de la desnutrición en los países en desarrollo es una carga pesada por sus fallidos sistemas de salud (Cuevas-Nasu et al., 2021).

René Paredes Mamani en el año 2020 realizó una investigación en Perú en donde estudió los efectos generados por factores socioeconómicos y ambientales a nivel de los hogares sobre la desnutrición crónica infantil, explica que el crecimiento durante la infancia es uno de los medios más importantes para el cuidado de la salud de los niños, y el trastorno del crecimiento es el primer signo reconocible de problemas médicos, sociales y especialmente nutricionales. Así mismo, la desnutrición es una condición en la que se produce una deficiencia, un exceso o un desequilibrio de energía, proteínas y otros nutrientes. Aproximadamente la mitad de todos los niños menores de cinco años son atribuibles a la desnutrición, lo cual expone a los niños a un mayor riesgo de morir por infecciones comunes y una recuperación más lenta cuando se infectan, afectando su función cognitivo-sensorial y, en consecuencia, altera su capacidad para tener una vida productiva y eficiente (Paredes Mamani & Paredes Mamani, 2020).

K.V. Lafuente Y, y colaboradores realizaron un estudio basado en el tipo de desnutrición que es causado por factores tales como atención inadecuada en el período de embarazo, bajo nivel de alfabetización de los miembros de la familia, mal funcionamiento de la comunidad inadecuada (injusticia, guerra, desastres naturales, etc....) en Bolivia.

Obtuvieron como resultado que, los infantes y sus familiares, que se encuentran en ambientes contaminados, existencia de mala nutrición del hogar, frecuentes y severas infecciones, suministro inadecuado de alimentos y pobreza. A pesar de la importancia de la desnutrición y su relevancia como causa de enfermedades importantes, este problema sigue siendo subestimado (Lafuente Y. et al., 2016).

2.2 MARCO CONCEPTUAL

- **Morbilidad:** proporción de seres vivos que enferman en un sitio y tiempo determinado.
- **Estado Nutricional:** resultado del balance entre las necesidades y el gasto de energía alimentaria y otros nutrientes esenciales.
- **ENSANUT:** Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
- **Seguridad Alimentaria:** acceso físico, social y económico permanente a alimentos seguros, nutritivos y en cantidad suficiente para satisfacer sus requerimientos
- **PIB:** Producto Interno Bruto
- **Desnutrición global:** insuficiencia ponderal o deficiencia de peso para la edad
- **Desnutrición aguda:** peso muy bajo que se corre el riesgo de morir.
- **Desnutrición crónica:** retardo en el crecimiento del niño con relación a su edad
- **Depleción:** retardo en el crecimiento del niño con relación a su edad
- **Hipoalimentación:** alimentación escasa en relación a las necesidades
- **Dieta hipocalórica:** dieta o régimen dietético bajo en calorías.
- **Kwashiorkor:** forma grave de desnutrición asociada con una deficiencia de proteínas en la dieta.
- **Marasmo:** tipo de desnutrición por deficiencia energética, resultando en un déficit calórico total.
- **Subalimentación:** Dieta alimentaria insuficiente por las cantidades ingeridas o la escasez de nutrientes.
- **Factores demográficos:** características generales y al tamaño de un grupo poblacional.
- **Antropometría:** técnica que nos permite analizar la composición corporal y proporcionalidad de cada persona para conocer como esta afecta a su rendimiento.

- **Hacinamiento:** Amontonamiento, acumulación. Aglomeración en un mismo lugar de un número de personas o animales que se considera excesivo.
- **IMC:** Índice de masa corporal.
- **Hemoglobina:** Proteína originada en el sistema sanguíneo (que representa la cavidad corporal primaria) es absorbida por los eritrocitos unidos a otra lipoproteína, la lipoproteína discoidal grande a través del líquido cefalorraquídeo.
- **Desarrollo psicomotor:** adquisición de habilidades que se observa en el niño de forma continua durante toda la infancia.
- **Riesgo cardiometabólico:** describe las probabilidades de una persona de daño al corazón o los vasos sanguíneos cuando tiene uno o más factores de riesgo.
- **Eutrófico:** Se aplica al órgano u organismo que presenta un buen estado de nutrición, y al medio nutritivo que permite alcanzar este estado.
- **Perímetro cefálico:** Dícese a la circunferencia de la cabeza es un buen indicador del crecimiento lineal y una medida mucho más confiable que la altura o la longitud. La medida estándar es la circunferencia occipitofrontal más grande de tres utilizando una cinta de papel. En lo que respecta a la altura y el peso, es la tasa de crecimiento más que un valor anormal único lo que suele ser motivo de preocupación.
- **Morbidez:** Que padece enfermedad o la ocasiona.

2.3 MARCO LEGAL

Este estudio tiene como base legal los siguientes artículos:

Artículo 10°.- Derecho a la Alimentación: El derecho a una alimentación adecuada es el derecho humano de las personas, sea en forma individual o colectiva, de tener acceso en todo momento a alimentos adecuados, inocuos y nutritivos con pertinencia cultural, de manera que puedan ser utilizados adecuadamente para satisfacer sus necesidades nutricionales, mantener una vida sana y lograr un desarrollo integral. Este derecho humano comprende la accesibilidad, disponibilidad, uso y estabilidad en el suministro de alimentos adecuados.

Artículo 11°.- Condiciones para el ejercicio del derecho a la alimentación: Toda persona tiene el derecho a vivir en condiciones que le permitan:

- I. Alimentarse por sus propios medios de lo que le proporciona la tierra u otros recursos naturales y/o acceder a sistemas de distribución, procesamiento y comercialización eficientes.
- II. Tener la capacidad financiera no sólo para adquirir una cantidad suficiente de alimentos de calidad, sino también para poder satisfacer sus necesidades básicas para la alimentación;
- III. Garantizar el acceso a alimentos adecuados en casos de acontecimientos imprevisibles o de fuerza mayor
- IV. Acceder a alimentos que contribuyan a una dieta adecuada, agua limpia, para alcanzar un estado de bienestar nutricional en el cual todas las necesidades fisiológicas se encuentran satisfechas.

Artículo 12º.- Disposiciones especiales

I.- Los niños y niñas tienen derecho a una alimentación y nutrición adecuadas a su edad que le permitan crecer y desarrollarse.

II.- El Estado implementará Programas de Alimentación Escolar adecuada.

III.- Toda mujer tiene derecho a una alimentación y nutrición adecuadas durante el Período de embarazo y lactancia.

IV.- El Estado desarrollará programas para enseñar, promover e incentivar la lactancia materna.

V.- El Estado asegurará medidas para que las trabajadoras puedan amamantar a los hijos durante los primeros meses de vida.

VI.- El Estado tiene la obligación de eliminar y prevenir todas las formas de discriminación contra la mujer en relación con la garantía del derecho a la alimentación, incluyendo el trato menos favorable hacia las mujeres por motivos de embarazo y maternidad y a promover la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres.

VII.- Toda persona que padece hambre o desnutrición, o se encuentra en situación de riesgo de padecer hambre o desnutrición, tiene el derecho a recibir una cantidad mínima de alimentos necesarios conforme a su edad, sexo, condición de salud y ocupación.

2.4 HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.4.1 Hipótesis General

Los factores socioeconómicos presentes en los niños que acuden al Centro Médico Municipal de Milagro son los que más influyen en su estado nutricional.

2.4.2 Declaración de variables

Variable independiente: Factores Socioeconómicos

Variable dependiente: Estado nutricional de los niños

2.4.3 Operacionalización de variables

Cuadro 1.- Operacionalización de variables

VARIABLE INDEPENDIENTE	CONCEPTUALIZACIÓN	INDICADOR	ESCALA	TÉCNICAS E INSTRUMENTO
Factores Socioeconómicos	Asociación de especial referencia a los factores socioeconómicos, educación, situación laboral y comunidad. Se evalúa exhaustivamente los factores biológicos, conductuales y psicosociales, aunque las diferencias culturales y regionales dificultan la generalización de la asociación.	Estado Civil Sector de vivienda Nivel de escolaridad Ingreso mensual	Soltero Casado Divorciado Viudo Unión libre Urbana Rural Primaria Secundaria Bachiller Pregrado Posgrado < \$400 \$400 > \$400	Cuestionario de factores sociodemográficos, practicas alimentarias y seguridad alimentaria.

VARIABLES DEPENDIENTES	CONCEPTUALIZACIÓN	INDICADOR	ESCALAS	TÉCNICAS E INSTRUMENTO
Estado nutricional	Condición corporal resultante del balance entre la ingestión de alimentos y su utilización por parte del organismo.	Peso/talla Peso/edad Talla/edad	Obesidad Sobrepeso Normal Emaciación Emaciación severa Obesidad Sobrepeso Peso normal Bajo peso Bajo peso severo Talla Alta Talla Normal Baja talla Baja talla severa	Curvas de crecimiento de la OMS

Elaborado por: Joselyn Robles

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Este estudio tiene un diseño no experimental u observacional, con enfoque cuantitativo, de alcance descriptivo correlacional, prospectivo, de corte transversal

Es no experimental u observacional porque se realizó sin manipular las variables. Solo se observaron los fenómenos tal como se dieron en su contexto natural.

Tiene un enfoque cuantitativo porque se obtuvo la prevalencia de malnutrición en los niños y se analizaron las cifras obtenidas mediante métodos estadísticos.

Su alcance es Descriptivo, ya que se detallaron los fenómenos y situaciones tal y cómo son y cómo influyen en el estado nutricional de los niños.

Tuvo un alcance correlacional porque se pudo conocer la relación que existe entre los factores existentes en las familias de los niños y la presentación de malnutrición.

De acuerdo a la temporalidad, fue transversal, porque se recolectaron los datos en un solo tiempo en el Centro Médico Municipal de Milagro.

3.2 LA POBLACIÓN Y LA MUESTRA

3.2.1 Características de la población

La población de estudio está conformada por los padres y niños que acuden a la consulta externa del Centro Médico Municipal de la ciudad de Milagro durante el periodo de tiempo entre enero y junio 2021.

3.2.2 Delimitación de la población

La población estudiada comprende a los niños de 1 a 5 años que acuden a la consulta externa del Centro Médico Municipal de la ciudad de Milagro y sus padres, durante el periodo de tiempo entre enero y junio 2021.

3.2.3 Tipo de muestra

Es una muestra no probabilística, ya que se la escogió a conveniencia del investigador.

3.2.4 Tamaño de la muestra

La muestra que se decidió utilizar está formada por 50 niños con malnutrición y sus padres y 50 niños con estado nutricional normal y sus padres.

3.2.5 Proceso de selección

Para la selección de la muestra se escogió a 4 niños por cada semana: 2 con malnutrición y 2 con estado nutricional normal hasta que se completó el tamaño de la muestra convenido. Así mismo se contactaron a los padres de estos niños para la aplicación del instrumento.

- Criterios de inclusión

Niños de 1 a 5 años y sus padres que acuden a la consulta externa del Centro Médico Municipal de Milagro.

Padres que acepten participar en el estudio junto con sus niños.

- Criterios de exclusión

Niños que acuden al Centro Médico Municipal que no estén en el rango de edad de 1 a 5 años.

Niños de 1 a 5 años que presenten enfermedades crónicas degenerativas.

Niños de 1 a 5 años que presenten discapacidad física.

Padres que no acepten participar en el estudio

3.3 LOS MÉTODOS Y LAS TÉCNICAS

3.3.1 Métodos teóricos

Método inductivo – deductivo, este método estudia al fenómeno desde lo particular a lo general, es decir, contrasta los diversos factores que intervienen en el estado nutricional de los infantes y luego extrapolar hacia la comunidad.

3.3.2 Métodos empíricos

Como método empírico se utilizó la observación.

3.3.3 Técnicas e Instrumentos

TECNICAS

Se utilizó la encuesta y la observación.

INSTRUMENTOS

Para la recolección de la información se utilizaron tres instrumentos.

Ficha de recolección de datos: La ficha se utilizó para recoger datos personales de los niños (sexo, edad en años y meses cumplidos) y datos antropométricos necesarios para la valoración del estado nutricional (peso en kg, talla en cm). (**Anexo 1**)

Cuestionario: Este instrumento fue elaborado por el investigador y validado por juicio de expertos. Se elaboró con el objetivo de determinar los factores de riesgo que influyen en el estado nutricional en niños de 1 a 5 años. Está constituido por 14 preguntas. De la 1 a la 8 se recoge información sobre las prácticas alimentarias aplicadas en los niños, las cuales presentan opciones de respuestas dicotómicas y politómicas. De la pregunta 9 a la 14 son preguntas acerca de las características sociodemográficas de los padres (**Anexo 2**)

Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA): Este instrumento se utilizó para evaluar la condición de Seguridad alimentaria de las familias, la cual define la inseguridad alimentaria como la disponibilidad limitada o incierta de alimentos inocuos y adecuados desde el punto de vista nutricional o la capacidad limitada

o incierta de adquirir alimentos aceptables en formas socialmente aceptables. Esta definición, se basó en los hallazgos de estudios de familias de bajos ingresos cuyas descripciones del hambre destacaron la naturaleza multidimensional de la inseguridad alimentaria y las formas únicas en que diferentes miembros del hogar experimentarla con el tiempo. Desde entonces, numerosos estudios han identificado dimensiones centrales comunes de la inseguridad alimentaria en diferentes poblaciones, que refuerzan estos temas iniciales, demostrando en el siguiente cuadro (José Luis Carmona Silva et al., 2017). **(Anexo 3)**

Cuadro 2.- Puntos de corte para la clasificación de la (in)seguridad alimentaria

TIPO DE HOGAR	CLASIFICACIÓN DE LA (IN)SEGURIDAD ALIMENTARIA			
	SEGURIDAD	INSEGURIDAD LEVE	INSEGURIDAD MODERADA	INSEGURIDAD SEVERA
Hogares integrados solamente por personas adultas	0	1 a 3	4 a 6	7 a 8
Hogares integrados por personas adultas y menores de 18 años	0	1 a 5	6 a 10	8 a 15

Fuente: FAO

Curvas de crecimiento de la OMS: Estas sirven para describir una dimensión cuantitativa, en la que los hogares se quedan sin alimentos, no tienen suficientes alimentos para comer y se quedan sin comer, además de los problemas de crecimiento en los infantes (MSP, 2011) **(Anexo 4)**

Las curvas de crecimiento utilizadas fueron las siguientes:

Indicador Peso/Edad: Describe los cambios en la edad y peso, basado en las dietas y el suministro de alimentos, con la finalidad de medir la evolución del crecimiento satisfaciendo las necesidades percibidas de una dieta equilibrada y de inclusión de alimentos saludables (MSP, 2011).

Interpretación: Es importante destacar que, desde la perspectiva de las ciencias de la nutrición, la experiencia de la inseguridad alimentaria no es intercambiable con la desnutrición, la ingesta dietética inadecuada, la deficiencia nutricional o la mala calidad de la dieta basados en los cambios de edades de los infantes, aunque estos son posibles resultados de la inseguridad alimentaria. De manera similar, existen puntuaciones e indicadores clave del estado nutricional, pero debe usarse junto con el monitoreo del estado nutricional de la población o de la comunidad en sí, con la finalidad de identificar si el infante posee un peso adecuado o inadecuado en relación con su edad(MSP, 2011).

Indicador Longitud o Talla /Edad: Describe la evolución del crecimiento del infante basado en el suministro de alimentos del hogar, las experiencias alimentarias generales de los adultos en el hogar y las experiencias nutricionales por periodos, mostrando su afectación o mejora(MSP, 2011).

Interpretación:

Corresponden los diferentes indicadores de inseguridad alimentaria basados en la evolución del crecimiento del infante, lo que resulta en la selección de preguntas que hacen referencia al suministro de alimentos del hogar, además de evaluar las experiencias nutricionales entre los niños menores de 18 años, según el informe de un adulto. Las experiencias definidas en los ítems de la escala varían en gravedad desde la preocupación de que se acabe la comida, no poder comer comidas balanceadas, reducir el tamaño de las comidas o saltarse comidas, sentimientos de hambre, enfermedades e infecciones por falta nutricional(MSP, 2011).

Indicador Peso/talla o longitud:

En su mayor parte, no se ha adoptado una escala exacta en base al crecimiento constante del infante, debido a la inseguridad alimentaria y la falta proporcional de nutrientes en comidas, aunque los indicadores de estatura u longitud a menudo se incluyen como parte de escalas más grandes que se utilizan para medir la privación material alimentaria. Si bien existen ítems para capturar la incapacidad de permitirse el lujo de patrones alimentarios saludables bajo la etapa del crecimiento, ejemplo, la incapacidad de permitirse el lujo de comer carne, pollo o pescado cada dos días, no captan las dimensiones psicológicas o cuantitativas de quedarse sin alimentos, y no especificar el período de tiempo o la frecuencia de las experiencias de riesgos de enfermedades.

3.4 PROPUESTA DE PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN

La información recolectada será almacenada en una hoja de Excel y luego migrada al programa SPSS versión 25 para la realización de tablas de contingencia, cruce de variables e índice de correlación.

Se utilizó el programa Anthro Plus versión 1.0.4, para realizar la evaluación nutricional de los niños mediante sus medidas antropométricas.

3.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para ejecutar la recolección de datos en primera instancia, se solicitó un acta de firma bajo consentimiento de los participantes.

La información recolectada se utilizará únicamente con fines académicos.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL

Se evaluaron 100 niños y sus padres que acuden al Centro Médico Municipal de Milagro, de los cuales 50 tenían malnutrición y el restante un estado nutricional normal. El 52% de los niños sin malnutrición eran mujeres, mientras que el 58% de los que presentaron algún tipo de malnutrición fueron varones.

Hubo más casos de desnutrición en los niños entre 3 a 5 años de edad. El 98% de los niños bien nutridos recibieron lactancia materna y de estos el 88% lactaron más de 6 meses. El 86% de los niños con malnutrición también recibieron lactancia, pero el 37% de ellos lo hicieron por menos de 6 meses. El 66% de los niños con malnutrición tuvieron infección gastrointestinal en los últimos 3 meses, a diferencia de los niños bien nutridos con el 32% (ver cuadro 3)

Cuadro 3.- Caracterización de la muestra de los niños

DATOS DE LOS NIÑOS			
VARIABLE	RANGOS	VALOR RELATIVO	
		SIN MALNUTRICIÓN	CON MALNUTRICIÓN
GÉNERO	Varones	48%	58%
	Mujeres	52%	42%
EDADES	1 - < 3 años	36%	30%
	3 - 5 años	44%	70%
PESO	9 - < 15 kg	52%	62%
	15 - 20 kg	44%	14%
	>20 kg	4%	24%
TALLA	0,70 - 0,80 cm	0	8%
	0,81 - 0,90 cm	16%	34%
	0,91 - 100 cm	54%	30%
	101 - 110 cm	26%	16%
	> 110 cm	4%	12%
LACTANCIA MATERNA	SI	98%	86%
	NO	2%	14%
	>6 meses	88%	63%
	<6 meses	12%	37%
INFECCIÓN GASTROINTESTINAL (ÚLTIMOS 3 MESES)	SI	32%	66%
	NO	68%	34%

Entre los factores sociodemográficos de los padres se encontró que la edad media fue 25 años, el 37% estaban casados, el 31% soltero y el 23% en unión libre. El 62% tenían instrucción de segundo nivel, el 64% tenían empleo al momento de la encuesta. El 26% tenían un ingreso mensual menor al salario básico unificado (SBU) que en la actualidad es de \$400, el 15% igual al SBU y el 23% mayor a ese valor. El 51% viven en el sector urbano. (Ver cuadro 4)

Cuadro 4.- Caracterización de la muestra de padres

DATOS DE LOS PADRES		
VARIABLE	RANGO	%
EDAD	15 - <20	3
	20 - <25	48
	25 - <30	18
	30 - 35	26
	>35	5
ESTADO CIVIL	Soltero	31
	Casado	37
	Divorciado	9
	Unión libre	23
NIVEL DE ESCOLARIDAD	Primer	16
	Segundo	62
	Tercer	22
SITUACIÓN LABORAL	Empleado	64
	Desempleado	36
SALARIO	<400	26
	400	15
	>400	23
SECTOR DE VIVIENDA	Urbano	51
	Rural	49

Respecto a las prácticas alimentarias en los niños, el 78% realizan 3 tiempos de comidas en el día, similar a los niños con malnutrición (76%). El consumo de frutas y vegetales también fue parecido en los niños con y sin malnutrición. El 88% de los niños sin malnutrición consumían 3 porciones de cárnicos en el día, frente al 76% de los niños malnutridos.

Respecto al consumo de agua de la llave, se obtuvo que el 34% de los niños con malnutrición la consumían frente al 24% de los niños bien nutridos (Ver cuadro 5).

Cuadro 5.- Prácticas alimentarias

PRÁCTICAS ALIMENTARIAS			
VARIABLE	RANGO	VALOR RELATIVO	
		SIN MALNUTRICIÓN	CON MALNUTRICIÓN
NÚMERO DE COMIDAS AL DÍA	2	12%	6%
	3	78%	76%
	Más de 3	10%	18%
CONSUMO DE FRUTAS	0 a 1	20%	16,00%
	2 a 3	54%	56%
	más de 3	26%	28%
CONSUMO DE VEGETALES	0 a 1	34%	36%
	2 a 3	60%	54%
	más de 3	6%	10%
CONSUMO DE CARNES	0 a 1	12%	24%
	2 a 3	88%	76%
	Más de 3	0%	4%
CONSUMO AGUA DE LA LLAVE	Si	24%	34%
	No	76%	66%

La seguridad, disponibilidad y nutrición de los alimentos se encuentra entre las necesidades fundamentales para la vida humana (junto con la seguridad personal, el agua potable, el calor y la vivienda). Las primeras técnicas de intervención de seguridad alimentaria de cocinar, ahumar y salar alimentos contribuyeron enormemente en la investigación (FAO, 1996). En este estudio el 10% de las familias de los niños bien nutridos presentaron seguridad alimentaria, frente al 4% de los niños con malnutrición. El 30% de las familias sin malnutrición tuvieron inseguridad moderada, frente 40% de los malnutridos. El 2% de las familias de los niños sin malnutrición tuvieron inseguridad severa, frente al 6% de los niños con malnutrición (Ver cuadro 6).

Cuadro 6.- Seguridad alimentaria

SEGURIDAD ALIMENTARIA		
VARIABLE	VALOR RELATIVO	
	NUTRICIÓN OPTIMA	MALNUTRICIÓN ALIMENTICIA
Seguridad Alimentaria	10%	4%
Inseguridad leve	58%	50%
Inseguridad moderada	30%	40%
Inseguridad severa	2%	6%

El estado nutricional de los niños se analizó mediante los indicadores de crecimiento de la OMS, peso para la Edad, Talla para la edad y peso para la talla. Se encontró que el 59% de los niños presentaron un peso normal para su edad, el 5% posee una disminución extrema de peso y 17% un peso deficiente para la edad. A su vez el 11% presentaron sobrepeso y el 4% obesidad.

También se analizó el indicador de talla para la edad, observándose que, el 70% de los infantes tuvieron una estatura normal, mientras que el 4% presenta un riesgo de talla bajay el 11% talla baja para su edad, solo el 4% presentó baja talla severa, lo que se puede diagnosticar como retraso de crecimiento y desnutrición crónica. El 11% de los niños presentaron talla alta para su edad (Ver cuadro 7).

Respecto al indicador peso para la talla, el 56% de los niños presentaron un peso normal para su estatura, el 14% emaciación (bajo peso para la talla) y 4% emaciación severa. A su vez el 9% de los niños presentaron sobrepeso y 13% obesidad (Ver cuadro 7).

Cuadro 7.- Estado Nutricional de los niños respecto a la talla, peso y edad.

INTERPRETACIÓN DE INDICADORES		
INDICADOR	INTERPRETACIÓN	%
PESO/EDAD	Obesidad	4
	Riesgo de obesidad	0
	Sobrepeso	11
	Riesgo de sobrepeso	2
	Normal	59
	Riesgo de bajo peso	5
	bajo peso	17
	Bajo peso severo	2
TALLA/EDAD	Talla alta	11
	talla normal	70
	riesgo de talla baja	4
	baja talla	11
	baja talla severa	4
PESO/TALLA	Obesidad	13
	Riesgo de obesidad	1
	Sobrepeso	9
	Riesgo de sobrepeso	0
	Normal	56
	Riesgo de emaciación	3
	Emaciación	14
	Emaciación severa	4

Para obtener el diagnóstico de estado nutricional mediante los indicadores de crecimiento de la OMS, es necesario analizarlos en conjunto, ya que solo un indicador podría darnos un diagnóstico erróneo. Al analizar los indicadores obtuvimos el siguiente

resultado: El 50% de los niños tuvieron un estado nutricional normal, el 15% presentó desnutrición aguda y otro 15% desnutrición crónica. Por otro lado, el 9% presentó sobrepeso y 11% obesidad (Ver cuadro 8).

Cuadro 8.- Diagnóstico de Estado Nutricional

ESTADO NUTRICIONAL	
DIAGNÓSTICO	%
NORMALIDAD	50
DESNUTRICIÓN AGUDA	15
DESNUTRICIÓN CRÓNICA	15
SOBREPESO	9
OBESIDAD	11

Los porcentajes de niños con una ingesta alta de agua de la llave al límite superior tolerable fueron del 66,7% conllevando a una desnutrición aguda, el 20% con desnutrición crónica y afectando al 22,2% en los niños de 1 a 3 años con sobrepeso, observando una prevalencia en la ingesta inadecuada de agua óptima para el consumo humano, siendo un riesgo espontaneo a conllevar enfermedades de temporada, independientemente del nivel socioeconómico que se encuentren (Ver cuadro 9).

Cuadro 9.- Riesgo Nutricional por consumo de agua de la llave

RIESGO NUTRICIONAL POR CONSUMO DE AGUA DE LA LLAVE		
ESTADO NUTRICIONAL	CONSUMO DE AGUA DE LA LLAVE	
	SI	NO
NORMAL	24%	76%
DESNUTRICIÓN AGUDA	66,7%	33,3%
DESNUTRICIÓN CRÓNICA	20%	80%
SOBREPESO	22,2%	77,8%
OBESIDAD	18,2%	81,8%

En este estudio se evaluó las prácticas alimentarias con relación al estado nutricional de los niños 1 a 5 años previo a la ingesta de alimentación dietética independiente del área urbana o rural del cantón Milagro.

Esta relación entre las infecciones gastrointestinales se encuentra dentro del rango aceptable (>20%) de enfermedades por ausencia de macronutrientes, excepto la ingesta total de grasas en infantes menores de 5 años (etapa nutricional normal >50%), cabe destacar que se debe concientizar la ingesta excesiva de proteínas y una menor frecuencia

de ingesta de colesterol y comidas rápidas o chatarras. Aproximadamente el 73,3% de la muestra posee una desnutrición crónica, seguido del 66,7% con desnutrición aguda, exponiendo con la relación de visitas al médico especialista (datos no mostrados) y el debilitamiento del sistema gastrointestinal e inmunológico (Ver cuadro 10).

Cuadro 10.- Relación del estado nutricional con enfermedades infectocontagiosas

INFECCIONES GASTROINTESTINALES BAJO LA RELACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL		
ESTADO NUTRICIONAL	INFECCIÓN GASTROINTESTINAL	
	SI	NO
NORMAL	48%	52%
DESNUTRICIÓN AGUDA	66,7%	33,3%
DESNUTRICIÓN CRÓNICA	73,3%	26,7%
SOBREPESO	22,2%	77,8%
OBESIDAD	54,5%	45,5%

En general, el 66,7% de los niños menores de 5 años que se encuentran en el segundo año escolar tienden a sufrir de desnutrición crónica y el 72,7% desarrollan obesidad (niños entre 3 a 5 años) debido a los factores de adaptación y descontrol en el área escolar, en contraste, podemos anticipar que el 20% de niños (con estado nutricional normal) que se encuentran en el primer año escolar pueden desarrollar una desnutrición aguda o sobrepeso debido a factores como: alto consumo de fibras superiores a lo establecido, alto consumo de azúcares, escaso consumo de proteínas. Sin embargo, es importante enfatizar que todos los niños de este estudio asistían a guarderías a tiempo completo, demostrando la prevalencia de sobrepeso (44,4%), desnutrición crónica (66,7%) y desnutrición aguda (53,3%) (Ver cuadro 11).

A pesar de este hallazgo, la ingesta de alimentos no difirió según el estado del peso corporal (datos no mostrados).

Cuadro 11.- Control del estado nutricional bajo la relación del nivel de escolaridad

ESTADO NUTRICIONAL BAJO LA RELACIÓN DEL NIVEL DE ESCOLARIDAD			
ESTADO NUTRICIONAL	NIVEL DE ESCOLARIDAD		
	PRIMER	SEGUNDO	TERCER
NORMAL	20%	64%	16%
DESNUTRICIÓN AGUDA	20%	53,3%	26,7%
DESNUTRICIÓN CRÓNICA	13,3%	66,7%	20%
SOBREPESO	11,1%	44,4%	44,4%
OBESIDAD	0%	72,7%	27,3%

Sin embargo, la relación que existe en el manejo correcto de los alimentos y el estado nutricional se evidencian de forma clara y concisa, estas características se pueden desglosarse en las actitudes, las percepciones de riesgo y el comportamiento previsto de la población estudiada. Por tanto, en niños menores de 3 años se evidencia una exhaustiva relación con el 71,4% de inseguridad alimentaria moderada con la desnutrición crónica, además se muestra que la inseguridad alimentaria moderada influye con el 50% en obesidad y con el 50% de sobrepeso (Ver cuadro 12).

La prevalencia de la falta de predisposición hacia el cumplimiento de los requisitos de seguridad e higiene alimentaria es observada en niños entre 3 a 5 años, conllevando al 81,8% que posee una inseguridad alimentaria leve bajo cuadros de desnutrición aguda, seguido del 71,4% que tiene sobrepeso. Además, se demuestra que el 62,5% de la inseguridad alimentaria moderada influye intrínsecamente con la desnutrición crónica en niños entre 3 a 5 años (Ver cuadro 12).

Cabe destacar que, se debe persuadir un comportamiento referente a la intención de cumplir con los requisitos de seguridad e higiene de los alimentos y dar una indicación de la medida en que las personas están dispuestas a intentar y esforzarse para realizar el comportamiento requerido.

Cuadro 12.- Seguridad alimentaria en relación con el control del estado nutricional bajo edades prioritarias

SEGURIDAD ALIMENTARIA EN RELACIÓN CON EL CONTROL DEL ESTADO NUTRICIONAL BAJO EDADES PRIORITARIAS						
EDAD	NIVEL DE SEGURIDAD ALIMENTARIA	NIVEL NUTRICIONAL				
		DESNUTRICIÓN AGUDA	DESNUTRICIÓN CRONICA	NORMAL	OBESIDAD	SOBREPESO
1 A < 3 AÑOS	INSEGURIDAD LEVE	25%	14,3%	38,9%	50%	50%
	INSEGURIDAD MODERADA	25%	71,4%	38,9%	50%	50%
	INSEGURIDAD SEVERA	25%	0%	5,6%	0%	0%
	SEGURO	25%	14,3%	16,7%	0%	0%
3 A 5 AÑOS	INSEGURIDAD LEVE	81,8%	25%	68,8%	55,6%	71,4%
	INSEGURIDAD MODERADA	9,1%	62,5%	25%	33,3%	14,3%
	INSEGURIDAD SEVERA	9,1%	12,5%	0%	0%	0%

SEGURO	0%	0%	6,3%	11,1%	14,3%
---------------	----	----	------	-------	-------

Este estudio obtuvo una visión de la seguridad alimentaria en el entorno sociodemográfico, influyendo potencialmente en la prevaleciente relación con la nutrición en infantes menores de 5 años, difiriendo en el enfoque de la inocuidad de los alimentos, conllevando al 55,6% de la inseguridad alimenticia leve proveniente de la zona rural y con el 57,6% de la inseguridad alimenticia moderada se ubica en la zona urbana (Ver cuadro 13).

Sin embargo, otros factores podrían haber influido en esta relación. Por ejemplo, existe una relación de inseguridad alimentaria severa del 50% (Ver tabla 11), tanto en la zona rural y urbana con las características individuales, como: el manejo de los alimentos, la autoeficacia de la limpieza alimenticia, entre otros...

Estas relaciones podrían afectar el bienestar de los conciudadanos e influir en el estado nutricional de los infantes y del entorno en el cual se encuentran.

Cuadro 13.- Seguridad alimentaria en relación con la ubicación sociodemográfica

SEGURIDAD ALIMENTARIA EN RELACIÓN CON LA UBICACIÓN SOCIODEMOGRAFICA		
NIVEL DE SEGURIDAD ALIMENTARIA	UBICACIÓN SOCIODEMOGRAFICA	
	RURAL	URBANO
INSEGURIDAD LEVE	55,6%	44,4%
INSEGURIDAD MODERADA	42,4%	57,6%
INSEGURIDAD SEVERA	50,0%	50,0%
SEGURO	33,3%	66,7%

En relación con la frecuencia de consumo de vegetales y carnes entre la población infantil estudiada, 91,4% demostró que consumen 2 a 3 veces carnes con 0 a 1 sola ración de vegetales, el 75,4% lo consumen 2 a 3 veces carnes con 2 a 3 raciones de vegetales y solo el 62,5% consumen 2 a 3 veces carnes con más de 3 raciones de vegetales dentro de su hábito alimenticio (Ver cuadro 14).

En definitiva, se demuestra que la mayoría de la población no posee una dieta equilibrada y sostenible dentro de su etapa de niñez, lo que provocaría graves dificultades en su estadonutricional.

Cuadro 14.- Relación del consumo de vegetales y carnes

RELACIÓN DEL CONSUMO DE VEGETALES Y CARNES			
CONSUMO VEGETALES	CONSUMO DE CARNES		
	0 A 1	2 A 3	MÁS DE 3
0 a 1 veces	8,6%	91,4%	0%
2 a 3 veces	21,1%	75,4%	3,5%
Más de 3 veces	37,5%	62,5%	0%

4.2 ANALISIS COMPARATIVO, EVOLUCIÓN, TENDENCIA Y PERSPECTIVAS

Según la OMS, las intervenciones alimenticias se clasifican como cualquier programa o política destinada a abordar la inseguridad alimentaria de los hogares, desde garantizar que los hogares ya no se preocupen por la falta de alimentos, hasta no comprometer los aspectos cualitativos de sus dietas, estas políticas incluyen la protección social destinadas a garantizar que los hogares tengan los medios financieros para satisfacer sus necesidades básicas e intervenciones de seguridad social específicas para la alimentación (OMS, 2020).

En Ecuador, a menudo se enmarcan como alternativas los programas de alimentos comunitarios, que tienen como objetivo reducir la inseguridad alimentaria de los hogares en los infantes menores de 5 años, mediante la enseñanza de habilidades para hacer que los presupuestos familiares limitados para alimentos se estiren más, además de brindar acceso a lugares para cultivar, según la ENSANUT en el 2014, era 25,3% porcentaje que redujo para el 2018 a 23,0%, considerada una diferencia no significativa.

A su vez la desnutrición crónica en niños menores de 2 años aumentó de 24% a 27,2%. Siendo esta la edad en la que el niño atraviesa por un pico de crecimiento acelerado, se cree que es irreversible. A su vez la prevalencia de sobrepeso y obesidad aumentan cada vez más, en el Ecuador 35 de cada 100 niños de 5 a 11 años lo padecen.

En esta investigación el 15% de los niños de 1 a 5 años presentaron desnutrición crónica, lo cual coincide con el estudio realizado por Jaime Guamialamá en Pifó – Ecuador, que presentó un porcentaje de 15,8%, pero diferente al estudio realizado por Gisell Álvarez Fonseca y col en Oicatà, Colombia, se encontró una probabilidad significativa de que los niños pasen hambre a medida que aumenta el valor de los

beneficios alimentarios. También se encontró una gran diferencia con el estudio de Héctor Ochoa en México específicamente en una zona rural, evaluando las tasas altas de inseguridad alimentaria entre los hogares que reciben asistencia social, siendo del 64,8%, lo cual afirma que en zonas rurales las tasas de desnutrición son más elevadas (Programa Mundial de Alimentos., 2009).

Respecto al sobrepeso y obesidad, se encontró el 9% y 11% respectivamente, lo que se asemeja al estudio realizado por Mirella Bernabéu en la ciudad de México que encontraron un 11,2% de niños con exceso de peso, en contraste con el estudio que realizó Arza Insfrán en dos comunidades indígenas en Paraguay, en el que los niños presentaron el 53% de malnutrición por exceso, el factor asociado a esto fue que las madres presentaban sobrepeso y obesidad (Mirella Bernabeu Justes, 2019).

En el presente estudio el 92% de los niños recibieron lactancia materna, de los cuales el 70% la recibió por más de 6 meses, resultados similares al estudio realizado por Lorena Fernández en Honduras donde encontró que solo un 36% de las madres de los niños estudiados no proporcionaron lactancia a sus hijos.

La seguridad alimentaria es el acceso total y en todo momento a alimentos sanos, inocuos y que cubran los requerimiento del individuo, según la presente investigación solo el 9% de las familias tienen seguridad alimentaria, el 54% tienen inseguridad leve y el 33% inseguridad moderada, cifras que coinciden con la investigación de Guadalupe Huamán en la cual la mayoría de las familias (86%) presentan inseguridad leve y se encontró una asociación significativa entre esta variable y desnutrición crónica.

4.3 VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS

En los resultados expuestos, se encontró que las percepciones de riesgo estaban estrechamente relacionadas con las malas prácticas alimenticias, verificando con exactitud la hipótesis establecida, además del ineficiente manejo de alimentos y que las percepciones de riesgo lo guían la inseguridad alimentaria y el comportamiento relacionado con la higiene en infantes atendidos en el Centro Médico Municipal de la ciudad de Milagro.

Con respecto a la variabilidad de la dieta, que es la principal característica de la ingesta de alimentos en individuos y poblaciones, los individuos no poseen patrones dietéticos estables, la ingesta diaria de alimentos puede caracterizarse como un evento aleatorio. Por lo tanto, los registros examinados limitan la calidad de los datos de nutrientes, debido que la variabilidad del día a día en la ingesta de nutrientes se puede eliminar utilizando métodos estadísticos para que la distribución refleje solo la variación entre individuos en este grupo de estudio. Se expone que la distribución de la ingesta habitual ajustada es más confiable y tiene menos variación entre el estado nutricional de ingesta dietética

CONCLUSIONES

- En la población de niños con malnutrición del Centro Médico Municipal, predominó la desnutrición crónica y aguda, teniendo una relación directa con el padecimiento de infecciones gastrointestinales recurrentes y la inseguridad alimentaria moderada.
- Dentro de los factores prevalentes de inseguridad alimentaria se identificó que la malnutrición se presentó en mayor proporción en niños que lactaron por menos de 6 meses, en relación con los que lo hicieron por mayor tiempo
- La mayor parte de las familias en estudio presentaron una condición de seguridad alimentaria leve, seguido por las familias con inseguridad moderada, existieron pocos casos de inseguridad severa y de seguridad alimentaria total.
- Las infecciones gastrointestinales recurrentes estuvieron presentes en más de la mitad de los niños que presentaron malnutrición.
- La mayoría de los padres de los niños en estudio tienen empleo, sin embargo, cuentan con un sueldo menor al básico, esto se lo relaciona con el nivel de escolaridad, en el cual predominó el secundario.
- La mayoría de los niños hacen 3 comidas en el día, presentan un consumo aceptable de frutas y carnes, sin embargo, tienen un bajo aporte de vegetales en su dieta, además el consumo de agua de la llave predominó en los niños con malnutrición.
- Se propone un Programa de capacitación en Nutrición dirigido a los padres de los niños que acuden al Centro Médico Municipal de la ciudad de Milagro con el fin de mejorar sus prácticas alimentarias y reducir las tasas de malnutrición en los infantes.

RECOMENDACIONES

- Implementar un programa de educación nutricional para los padres del Centro Médico Municipal, inculcando hábitos de higiene alimentaria y correctas prácticas de alimentación.
- Dar seguimiento a los niños con riesgo de desnutrición aguda o crónica y a los niños con riesgo de sobrepeso y sobrepeso para evitar que su estado nutricional empeore.
- Contar con un profesional del área de Nutrición en el Centro Médico para dar tratamiento y educación nutricional a los niños y cuidadores.

CAPITULO V

PROPUESTA

5.1 TEMA

Programa de capacitación en Nutrición dirigido a los padres de los niños que acuden al Centro Médico Municipal de la ciudad de Milagro.

5.2 FUNDAMENTACIÓN

La presente propuesta está enfocada en mejorar el estado nutricional de los niños atendidos en el Centro Médico Municipal mediante la capacitación a los padres de familia.

El estado nutricional de una persona es la resultante entre la ingesta y los requerimientos de nutrientes. En los niños y durante los 3 primeros años de vida, debido a la gran velocidad de crecimiento, cualquier factor que altere este equilibrio, repercute rápidamente en él (Cevallos et al., 2019). Por eso el control de crecimiento y la evaluación del estado nutricional de los niños es muy importante ya que permite detectar alteraciones nutricionales e intervenir eficazmente.

La malnutrición puede manifestarse en una persona como desnutrición cuando el consumo de nutrientes es deficiente y como sobrepeso u obesidad cuando existe un consumo excesivo. Esta patología genera la aparición de una serie de enfermedades asociadas que perjudican la salud de quien la padece, aumentando el riesgo de morir al no ser tratadas adecuadamente.

La desnutrición es responsable del 60% de los 10.9 millones de muertes que ocurren anualmente entre niños menores de 5 años. Más de las dos terceras partes de estas muertes, están asociadas a diferentes factores a los que los infantes están expuestos como el potencial genético y dinámico como los factores sociales, económicos, psicológicos, socioculturales y ambientales. El factor referido a las prácticas de una alimentación no apropiada durante el primer año de vida, es lo que expresa mayor magnitud y profundidad (Ortega, 2019).

Por su lado, la obesidad es considerada como una enfermedad crónica, compleja y multifactorial que suele iniciarse en la infancia y/o adolescencia. Constituye una importante y creciente problemática de salud pública, con alcance mundial. Su

prevalencia ha aumentado a un ritmo preocupante. Se estima que a nivel mundial 40-50 millones de niños en edad escolar se clasifican como obesos y 200 millones padecen sobrepeso (Machado et al., 2018). Por esta razón siendo los niños parte del grupo de atención prioritaria se plantea un programa dirigido a sus padres; con la finalidad de capacitarlos en temas de Nutrición Saludable.

5.3 JUSTIFICACIÓN

La malnutrición tanto como desnutrición u obesidad trae consigo varias repercusiones negativas en la salud del niño. Según la Unicef estos niños pueden desarrollar problemas físicos por déficit de vitaminas y minerales y experimentan retrasos en su aprendizaje y desarrollo cognitivo.

Existen varios factores que influyen en el estado nutricional de los niños, entre ellos se encuentran, nivel educativo de los padres, situación laboral, salario mensual, prácticas alimentarias y de higiene, las cuales van ligadas directamente con el nivel de conocimiento de los padres sobre alimentación saludable.

Este programa tiene como objetivo capacitar a los padres sobre una adecuada alimentación, ya que se encontró que el 11,43% de los niños tienen riesgo de bajo peso y riesgo de baja talla, y el 10% ya tiene bajo peso. Por se cree necesario capacitar a los padres sobre alimentación saludable y alimentación complementaria para la familia, Además se pretende también capacitar sobre prácticas correctas e higiene de los alimentos, lo que mejorará el estado de salud de los niños y evitará problemas a corto y largo plazo.

Aunque hay factores en los que la educación no puede ayudar, como la situación económica de los padres y su situación laboral, el conocer la importancia de una correcta alimentación en la edad de sus hijos y el aportarle conocimientos acerca de una nutrición completa, variada pero no necesariamente costosa, mejorará la calidad de vida de los niños. Además, con este programa se espera incentivar a los directivos del Municipio de Milagro y del Centro Médico Municipal para desarrollar programas que ayuden a disminuir los casos de malnutrición en la ciudad de Milagro.

5.4 OBJETIVOS

5.4.1 Objetivo General de la propuesta

- Capacitar a los padres de los niños que acuden al Centro Médico Municipal de la ciudad de Milagro con la finalidad de mejorar el estado nutricional y su calidad de vida.

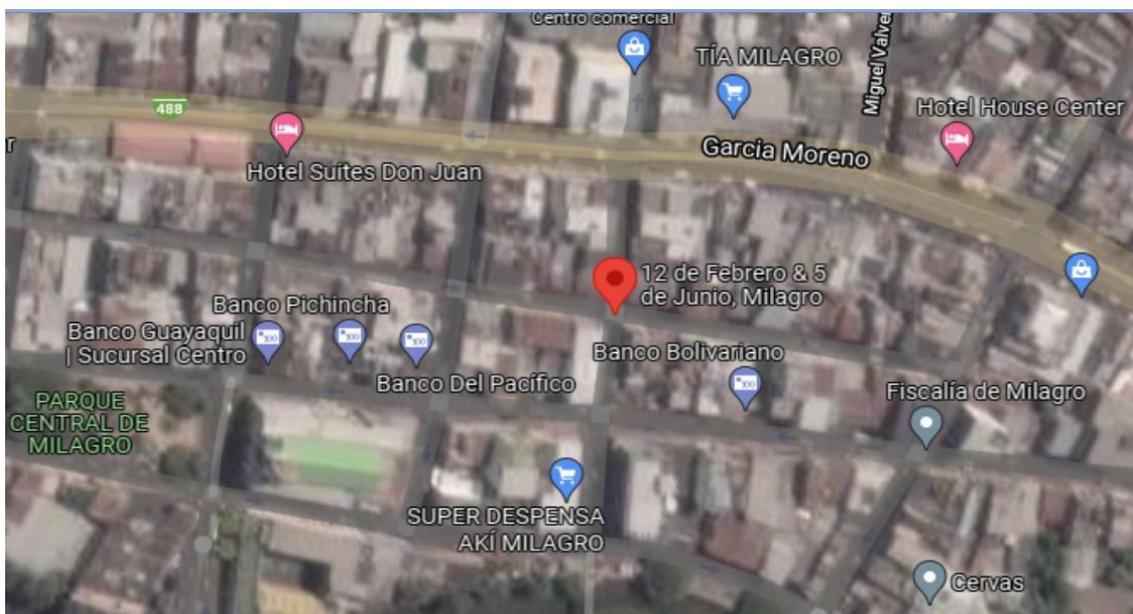
5.4.2 Objetivo Específico

- Impartir conocimientos sobre la correcta alimentación en los niños de 1 a 5 años.

5.5 UBICACIÓN

La propuesta se ejecutará en el Centro Médico Municipal, específicamente en la sala de espera de la consulta externa. La institución se encuentra ubicada en las calles 5 de junio y 12 de febrero en la ciudad de Milagro-Ecuador.

Figura 1.- Mapa de la ubicación del lugar de estudio



Fuente: Gráfico tomado desde Google Maps.

Esta Institución de salud es una derivación del GAD Municipal de la ciudad de Milagro y tiene como función la atención gratuita a toda la población milagreña sin restricción

alguna, cuenta con 6 consultorios y ofrece los servicios de Medicina General, Pediatría, Odontología, Terapia Física y respiratoria.

5.6 FACTIBILIDAD

5.6.1 Factibilidad legal

La propuesta es factible de ejecutarla, ya que se encuentra amparada en leyes que rigen la atención en salud.

Artículo 10°.- Derecho a la Alimentación: El derecho a una alimentación adecuada es el derecho humano de las personas, sea en forma individual o colectiva, de tener acceso en todo momento a alimentos adecuados, inocuos y nutritivos con pertinencia cultural, de manera que puedan ser utilizados adecuadamente para satisfacer sus necesidades nutricionales, mantener una vida sana y lograr un desarrollo integral. Este derecho humano comprende la accesibilidad, disponibilidad, uso y estabilidad en el suministro de alimentos adecuados.

Artículo 12°.- Disposiciones especiales

I.- Los niños y niñas tienen derecho a una alimentación y nutrición adecuadas a su edad que le permitan crecer y desarrollarse.

II.- El Estado implementará Programas de Alimentación Escolar adecuada.

III.- Toda mujer tiene derecho a una alimentación y nutrición adecuadas durante el Período de embarazo y lactancia.

IV.- El Estado desarrollará programas para enseñar, promover e incentivar la lactancia materna.

V.- El Estado asegurará medidas para que las trabajadoras puedan amamantar a los hijos durante los primeros meses de vida.

VI.- El Estado tiene la obligación de eliminar y prevenir todas las formas de discriminación contra la mujer en relación con la garantía del derecho a la alimentación, incluyendo el trato menos favorable hacia las mujeres por motivos de embarazo y maternidad y a promover la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres.

VII.- Toda persona que padece hambre o desnutrición, o se encuentra en situación de riesgo de padecer hambre o desnutrición, tiene el derecho a recibir una cantidad mínima de alimentos necesarios conforme a su edad, sexo, condición de salud y ocupación.

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. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral en salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (Constitución de la República del Ecuador, 2021).

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad (Constitución de la República del Ecuador, 2021).

Art. 43.- Los programas y acciones de salud pública serán gratuitas para todos. Los servicios públicos de atención médica lo serán para las personas que los necesiten. Por ningún motivo se negará la atención de emergencia en los establecimientos públicos o privados (Constitución de la República del Ecuador, 2021).

Art. 44.- El Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y asegurarán el ejercicio pleno de sus derechos; se atenderá al principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas. Las niñas, niños y adolescentes tendrán derecho a su desarrollo integral, entendido como proceso de crecimiento, maduración y despliegue de su intelecto y de sus capacidades, potencialidades y aspiraciones, en un entorno familiar,

escolar, social y comunitario de afectividad y seguridad. Este entorno permitirá la satisfacción de sus necesidades sociales, afectivo-emocionales y culturales, con el apoyo de políticas intersectoriales nacionales y locales (Constitución de la República del Ecuador, 2021).

Art. 45.- El Estado organizará un sistema nacional de salud, que se integrará con las entidades públicas, autónomas, privadas y comunitarias del sector. Funcionará de manera descentralizada, desconcentrada y participativa (Constitución de la República del Ecuador, 2021).

5.6.2 Factibilidad presupuestaria

Es factible ejecutar esta propuesta desde el punto de vista presupuestario, ya que se gestionará con valores propios del investigador.

5.6.3 Factibilidad técnica

Es factible técnicamente ya que los directivos del Centro Médico Municipal han puesto a disposición las instalaciones de la Unidad, las mismas que se encuentran equipadas para impartir charlas y capacitaciones.

5.7. DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

El programa de capacitación en Nutrición dirigido a los padres de los niños que acuden al Centro Médico Municipal de la ciudad de Milagro, tiene como finalidad instruir a los padres de familia sobre la importancia de una alimentación saludable a lo largo de la vida y aún más en las edades entre 1 a 5 años, en las cuales el estado nutricional de los niños es un factor que influirá en su desarrollo a futuro. Este programa se llevará a cabo bajo la autorización, coordinación y colaboración de las autoridades del Municipio de Milagro y la Dirección de Desarrollo e Inclusión Social (DIS). Las capacitaciones se desarrollarán en la sala de espera del Centro Médico, se proporcionará a los asistentes material de lectura como trípticos, folletos, se presentará una ayuda audiovisual y se realizará un test de conocimiento.

5.7.1 ACTIVIDADES

- Socializar los temas de capacitación con las autoridades...

- Entrega de solicitud de permisos a la Dirección de Desarrollo e Inclusión Social Municipal.
- Elaboración del Cronograma.
- Preparación de los temas de capacitación.
- Elaboración del material audiovisual y didáctico.
- Evaluar y analizar el impacto de la propuesta.

Actividad N° 1

Objetivo: Capacitar a los padres sobre Alimentación saludable

Tiempo: 1 hora 15 minutos.

Tema: Alimentación Saludable en niños.

Subtemas:

- Plato saludable
- Preparaciones de alto valor nutricional y bajo costo.

Evaluación de capacitación:

- Test de conocimiento.

Actividad N° 2

Objetivo: Orientar a los padres sobre una correcta alimentación complementaria.

Tiempo: 1 hora 15 minutos.

Tema: Alimentación complementaria

Subtemas:

- Transición de alimentación complementaria.
- Consecuencias de una mala alimentación complementaria.

Evaluación de las capacitaciones:

- Test de conocimiento.

Actividad N° 3

Objetivo: Capacitar a los padres sobre la elaboración de recetas saludables para los niños.

Tiempo: 1 hora 15 minutos.

Tema: Recetas saludables

Subtemas:

- Elaboración de recetas saludables y de bajo costo.

Evaluación de las capacitaciones:

- Test de conocimiento.

Ponentes:

- Médico Pediatra
- Lcda. en Nutrición

5.7.2 RECURSOS, ANÁLISIS FINANCIERO

Talento humano:

- Personal del Centro Médico Municipal de Milagro
- Lcda. en Nutrición

Recursos materiales:

- Computadora
- Proyector
- Lápices
- folletos
- Recursos audiovisuales
- Alimentos
- Utensilios de cocina
- Test post capacitación

Recurso financiero:

La propuesta tendrá un valor aproximado de USD \$325.00, el mismo que se detalla a continuación.

Cuadro 15.- Inversión de la propuesta

MATERIAL	CAN TIDAD	COSTO UNITARIO	SUB TOTAL
Copias	150	\$0,05	7,50
Lápices	100	\$0,20	20
Alquiler de proyector	1	\$25	25
Alimentos		\$50	50
Utensilios de cocina		\$30	30
Refrigerio	100	\$1,50	150
Transporte	2	\$4	8
Alcohol	3	\$5	15
Mascarillas	4	\$5	20
T OTAL			\$325

Fuente: Elaborado por el autor

5.7.3 IMPACTO

Con el programa de capacitación a los padres de los niños que acuden al Centro

Medico Municipal, se pretende mejorar su estado nutricional y calidad de vida, mediante la transmisión de conocimientos acerca de las características de una alimentación saludable y del aporte de ideas sobre preparaciones altamente nutritivas, pero de bajo costo.

Cuadro 16.- Cronograma de actividades de la propuesta

CRONOGRAMA DE PROPUESTA					
TEMA	SUBTEMA	ENERO 2021			TIEMPO
		14	21	28	
Alimentación Saludable en niños.	Plato saludable	X			30 min
	Preparaciones de alto valor nutricional y bajo costo.	X			30 min
	Test	X			15 min
Alimentación complementaria	Transición de alimentación complementaria.		X		30 min
	Consecuencias de una incorrecta alimentación complementaria.		X		30 min
	Test		X		15 min
Recetas saludables	Elaboración de recetas saludables y de bajo costo.			X	1h 15 min

Fuente: Elaborado por el autor.

5.7.3 LINEAMIENTO PARA EVALUAR LA PROPUESTA

Una vez culminado el programa de capacitación dirigido a los padres de los niños

que acuden al Centro Médico Municipal de la ciudad de Milagro, se realizará un test de evaluación de cada uno de los temas abordados en las capacitaciones, con la finalidad de identificar el aprendizaje adquiridos durante el desarrollo de este programa.

RÚBRICA DE EVALUACIÓN

“Programa de capacitación en Nutrición dirigido a los padres de los niños que acuden al Centro Médico Municipal de la ciudad de Milagro”.

Cuadro 17.- Guía para la evaluación de la propuesta.

Criterios	Sobresaliente	Muy Bueno	Bueno	Regular
Asistencia y participación 50%	Asiste e interactúa de forma activa en todas las actividades de la capacitación.	Asiste e interactúa activamente en la mayoría de las actividades de la capacitación.	Asiste e interactúa moderadamente en ciertas actividades de la capacitación	Asiste e interactúa escasamente o no interactúa en las actividades de la capacitación.
Evaluación post capacitación 50%	Responde correctamente al 90% o 100% de las preguntas del	Responde correctamente al 70% o 90% de las preguntas del	Responde correctamente al 50% o 70% de las preguntas del test de conocimiento.	Responde correctamente a menos del 50% de las preguntas del

	test de conocimiento.	test de conocimiento.		test de conocimiento.
--	-----------------------	-----------------------	--	-----------------------

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez-Fonseca, G. A., Hurtado, J. A. C., Fonseca, Y. C. A., & Bernal-García, M. (2019). Factores asociados a malnutrición en niños entre 2 y 5 Años Oicatá, Colombia. *Revista Investigación en Salud Universidad de Boyacá*, 6(1), 103-119. <https://doi.org/10.24267/23897325.297>
- Arrunátegui-Correa, V. (2016). ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL DISTRITO DE SAN MARCOS, ANCASH, PERU. *Revista chilena de nutrición*, 43(2), 7-7. <https://doi.org/10.4067/S0717-75182016000200007>
- Constitución de la República del Ecuador, Pub. L. No. Registro Oficial 449 (2021). https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/02/Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador_act_ene-2021.pdf
- Bengoa, J. M. (2005). Evolución de la desnutrición mundial en el siglo XX. *Anales Venezolanos de Nutrición*, 18(2), 190-194.
- Bergel Sanchís, M. L., Cesani, M. F., & Oyhenart, E. E. (2016). Malnutricion infantil e inseguridad alimentaria como expresión de las condiciones socio-económicas

familiares en Villaguay, Argentina (2010-2012). Un enfoque biocultural.

Población y Salud en Mesoamérica, 14(2).

<https://doi.org/10.15517/psm.v14i2.27305>

Bernabeu Justes, M., Sánchez-Ramírez, C. A., Bernabeu Justes, M., & Sánchez-Ramírez, C. A. (2019). Asociación entre los factores demográficos y socioeconómicos con el estado nutricional en niños menores de 5 años en poblaciones rurales de Colima, México. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 23(2), 48-55. <https://doi.org/10.14306/renhyd.23.2.545>

Bernabeu-Mestre, J. (2010). Notas para una historia de la desnutrición en la Iberoamérica del siglo XX. *Nutrición Hospitalaria*, 25, 10-17.

Cevallos, Á. L. Z., Castellano, L. G. P., Barre, J. E. L., Rivas, M. E. O., Romero, A. A., & Véliz, R. I. R. (2019). Nutrición fundamental en infantes desde 1 a 5 años de edad. *RECIMUNDO*, 3(2), 934-963.

[https://doi.org/10.26820/recimundo/3.\(2\).abril.2019.934-963](https://doi.org/10.26820/recimundo/3.(2).abril.2019.934-963)

Cienfuegos, E. (2007). Hace 75 años La lucha contra la desnutrición infantil. *Revista Chilena de Pediatría*, 7.

Cuevas-Nasu, L., Gaona-Pineda, E. B., Rodríguez-Ramírez, S., Morales-Ruán, M. del C., González-Castell, L. D., García-Feregrino, R., Gómez-Acosta, L. M., Ávila-Arcos, M. A., Shamah-Levy, T., & Rivera-Dommarco, J. (2020). Desnutrición crónica en población infantil de localidades con menos de 100 000 habitantes en México. *Salud Pública de México*, 61(6), 833-840.

Cuevas-Nasu, L., García-Guerra, A., González-Castell, L. D., Morales-Ruan, M. del C., Humarán, I. M.-G., Gaona-Pineda, E. B., García-Feregrino, R., Rodríguez-Ramírez, S., Gómez-Acosta, L. M., Ávila-Arcos, M. A., Shamah-Levy, T., & Rivera-Dommarco, J. Á. (2021). Magnitud y tendencia de la desnutrición y

- factores asociados con baja talla en niños menores de cinco años en México, *Ensanut 2018-19. Salud Pública de México*, 63(3 May-Jun), 339-349.
<https://doi.org/10.21149/12193>
- Díaz, C. I. E. (2017). *De 5 a 11 años de edad en las comunidades indígenas Kumpas y Cumbatza*. 5.
- ENSANUT. (2018). *Desnutrición*.
- ENSANUT. (2018). *Indicadores de la salud y nutrición de la población ecuatoriana*.
- FAO. (1996). *Cumbre Mundial de la alimentación*.
- FAO. (2018). *Informe de la Nutrición mundial*.
- Fernández Palacios, L., Barrientos Augustinus, E., Raudales Urquía, C., Frontela Saseta, C., Ros Berruezo, G., Fernández Palacios, L., Barrientos Augustinus, E., Raudales Urquía, C., Frontela Saseta, C., & Ros Berruezo, G. (2017). 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. *Nutrición Hospitalaria*, 34(3), 639-646.
<https://doi.org/10.20960/nh.1332>
- Fonseca González, Z., Quesada Font., A. J., Meireles Ochoa., M. Y., Cabrera Rodríguez, E., Boada Estrada., A. M., Fonseca González, Z., Quesada Font., A. J., Meireles Ochoa., M. Y., Cabrera Rodríguez, E., & Boada Estrada., A. M. (2020). La malnutrición; problema de salud pública de escala mundial. *Multimed*, 24(1), 237-246.
- Hernández, J. A. L., Arteaga, I. H., Zapata, A. F. R., & Chala, M. C. C. (2018). *Estado nutricional y neurodesarrollo en la primera infancia*. 17.
- Herrera Escudero, T. M., & Roldán Llano, M. (2019). *MALNUTRICIÓN EN NIÑOS Y NIÑAS DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN*.

- Huergo, J., & Casabona, E. L. (2016). El estado nutricional infantil en contextos de pobreza urbana: ¿indicador fidedigno de la salud familiar? *Salud Colectiva*, 12, 97-111. <https://doi.org/10.18294/sc.2016.870>
- Insrán, E. A. A., Lavand, V. C., Sanabria, M., Acosta, J., & Martínez, M. M. (2018). Doble carga de malnutrición en madres y niños menores de cinco años de edad de dos comunidades indígenas del Departamento Central. *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas*, 51(3), 53-60.
- José Luis Carmona Silva, Juan Alberto Paredes Sánchez, & Alfonso Pérez Sánchez. (2017). *TIPO DE HOGAR CLASIFICACIÓN DE LA (IN)SEGURIDAD ALIMENTARIA*
- | | | | | | |
|--|--|-------------------------|-----------------------------|---------------------------|--|
| | <i>SEGURIDAD</i> | <i>INSEGURIDAD LEVE</i> | <i>INSEGURIDAD MODERADA</i> | <i>INSEGURIDAD SEVERA</i> | |
| | <i>Hogares integrados solamente por personas adultas</i> | | | | |
| | 0 | 1 a 3 | 4 a 6 | 7 a 8 | <i>Hogares integrados por personas dultas y menores de 18 años</i> |
| | 1 a 5 | 6 a 10 | 8 a 15 | 6 | 0 |
- Lafuente Y., K. V., Rodriguez, S., Fontaine, V., & Yañez V., R. (2016). Prevalencia de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Tacopaya, primer semestre gestión 2014. *Gaceta Médica Boliviana*, 39(1), 26-29.
- Lopez, M. J. G., Amell, G. L., Villa, M. S., Sandoval, Y. F., Goenaga, S. S., & Muñoz, K. V. (2018). Estado nutricional de niños menores de cinco años en el caribe colombiano. *Ciencia e Innovación en Salud*. <https://doi.org/10.17081/innosa.62>
- Machado, K., Gil, P., Ramos, I., Pérez, C., Machado, K., Gil, P., Ramos, I., & Pérez, C. (2018). Sobre peso/obesidad en niños en edad escolar y sus factores de riesgo.

Archivos de Pediatría del Uruguay, 89, 16-25.

<https://doi.org/10.31134/ap.89.s1.2>

Mamani Ortiz, Y., Luizaga Lopez, J. M., & Illanes Velarde, D. E. (2019). Malnutrición infantil en Cochabamba, Bolivia: La doble carga entre la desnutrición y obesidad. *Gaceta Médica Boliviana*, 42(1), 17-28.

Martínez, J. G., Salazar, D., Morejón, C. P., & Gualotuña, K. L. (2020). Estado nutricional de niños menores de cinco años en la parroquia de Pifó. *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*, 40(2), 90-99.

MSP. (2011). *PROTOCOLO DE ATENCIÓN Y MANUAL DE CONSEJERÍA para el crecimiento del niño y la niña*.

Nathaly Barrera-Dussán, Eder Pablo Fierro-Parra, Leidy Yohana Puentes-Fierro, & Jorge Andres Ramos-Castañeda. (2018). *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*.

Ochoa-Díaz-López, H., García-Parra, E., Flores-Guillén, E., García-Miranda, R., & Solís-Hernández, R. (2017). Evaluación del estado nutricional en menores de 5 años: Concordancia entre índices antropométricos en población indígena de Chiapas (México). *Nutrición Hospitalaria*, 34(4), 820-826.

<https://doi.org/10.20960/nh.700>

OMS. (2020). *Datos y cifras*.

Ortega, L. G. A. (2019). Desnutrición infantil, una mirada desde diversos factores. *Investigación Valdizana*, 13(1), 15-26. <https://doi.org/10.33554/riv.13.1.168>

Paredes Mamani, R. P., & Paredes Mamani, R. P. (2020). Efecto de factores ambientales y socioeconómicas del hogar sobre la desnutrición crónica de niños

menores de 5 años en el Perú. *Revista de Investigaciones Altoandinas*, 22(3),
226-237. <https://doi.org/10.18271/ria.2020.657>

ANEXOS

ANEXO 1.- FICHA DE RECOLECCIÓN



Ficha de recolección de datos para determinar el estado nutricional de los niños de 1 a 5 años que acuden al Centro Médico Municipal de Milagro.

Autor: Joselyn Robles Larreta – Ecuador

Esta ficha de recolección de datos va a servir como información para obtener la titulación como Master en Salud Pública.

DATOS DEL NIÑO/A

Sexo: mujer _____ varón _____

Edad (años y meses cumplidos): _____

Peso (kg): _____

Talla (cm): _____

ANEXO 2.- CUESTIONARIO

Encuesta para determinar los factores de riesgo que influyen en el estado nutricional en niños de 1 a 5 años

Autor: Joselyn Robles Larreta – Ecuador

Esta encuesta va a servir como información para obtener la titulación como Master en Salud Pública. les solicitamos que respondan a una serie de preguntas que pueden contestar señalando con una X la opción o las opciones que les parezcan más apropiadas para definir e identificar las situaciones y los casos que se plantean. Les agradezco su sinceridad.

1. ¿El niño recibió lactancia materna?

Sí No

2. ¿Si su respuesta fue sí, hasta los cuantos meses recibió lactancia materna?

<6 meses

6 o más

3. ¿Cuántas comidas recibe el niño en el día?

Una

Dos

Tres

Más de tres

4. ¿Cuántas frutas come el niño en el día?

0 – 1

2 - 3

Mas de 3

5. ¿Cuántos vegetales come el niño en el día?

0 – 1

2 - 3

Más de 3

6. ¿Cuántos alimentos cárnicos come el niño en el día?

0 - 1

2 - 3

Más de 3

7. ¿El niño toma agua de la llave?

Sí No

8. ¿Su hijo/a ha presentado alguna infección gastrointestinal en los últimos 3 meses?

Sí No

Datos de los padres

9. Edad:

< 16

16 - 20

21 - 30

>30

10. Estado civil:

Soltero

Casado

Divorciado

Viudo

Unión libre

11. Nivel de escolaridad

Primer

Segundo

Tercer

Cuarto

12. Situación laboral

Empleado

Desempleado

13. Ingreso mensual

< \$400

\$400

> \$400

14. Sector de vivienda

Rural

Urbano

ANEXO 3.- ESCALA LATINOAMERICANA Y CARIBEÑA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA

LA ESCALA LATINOAMERICANA Y DEL CARIBE SOBRE SEGURIDAD ALIMENTARIA

1. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos ¿alguna vez usted se preocupó de que la comida se acabara?

SÍ

NO

2. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos ¿alguna vez usted o su familia se quedaron sin comida?

SÍ

NO

3. En los últimos tres meses, ¿alguna vez se quedaron sin dinero o recursos para obtener una alimentación sana y variada?

SÍ

NO

4. En los últimos tres meses por falta de dinero o recursos, ¿alguna vez usted o algún adulto en su hogar tuvo una alimentación basada en muy poca variedad de alimentos?

SÍ

NO

5. En los últimos tres meses por falta de dinero o recursos, ¿alguna vez usted o algún adulto en su hogar dejó de desayunar, comer o cenar?

SÍ

NO

6. En los últimos tres meses por falta de dinero o recursos, ¿alguna vez usted o algún adulto en su hogar comió menos de lo que usted piensa debía comer?

SÍ

NO

7. En los últimos tres meses por falta de dinero o recursos, ¿alguna vez usted o algún adulto en su hogar sintió hambre pero no comió?

SÍ

NO

8. En los últimos tres meses por falta de dinero o recursos, ¿alguna vez usted o algún adulto en su hogar sólo comió una vez al día o dejó de comer todo un día?

SI

NO

9. En los últimos tres meses por falta de dinero o recursos, ¿alguna vez tuvieron que hacer algo que hubieran preferido no hacer para conseguir comida, tal como mendigar (pedir limosna) o mandar a los niños a trabajar?

SÍ

NO

Si en el hogar hay menores de 18 años

10. En los últimos tres meses por falta de dinero o recursos, ¿alguna vez usted o algún menor de 18 años en su hogar dejó de tener una alimentación sana y variada?

SÍ

NO

11. En los últimos tres meses por falta de dinero o recursos, ¿alguna vez usted o algún menor de 18 años en su hogar tuvo una alimentación basada en muy poca variedad de alimentos?

SÍ

NO

12. En los últimos tres meses por falta de dinero o recursos, ¿alguna vez usted o algún menor de 18 años en su hogar comió menos de lo que debía?

SÍ

NO

13. En los últimos tres meses por falta de dinero o recursos, ¿alguna vez tuvieron que disminuir la cantidad servida en las comidas a algún menor de 18 años en el hogar?

SÍ

NO

14. En los últimos tres meses por falta de dinero o recursos, ¿alguna vez usted o algún menor de 18 años en su hogar sintió hambre pero no comió?

SÍ

NO

15. En los últimos tres meses por falta de dinero o recursos, ¿alguna vez usted o algún menor de 18 años en su hogar se acostó con hambre?

SÍ

NO

16. En los últimos tres meses por falta de dinero o recursos, ¿alguna vez usted o algún menor de 18 años en su hogar comió una vez al día o dejó de comer todo un día?

SÍ

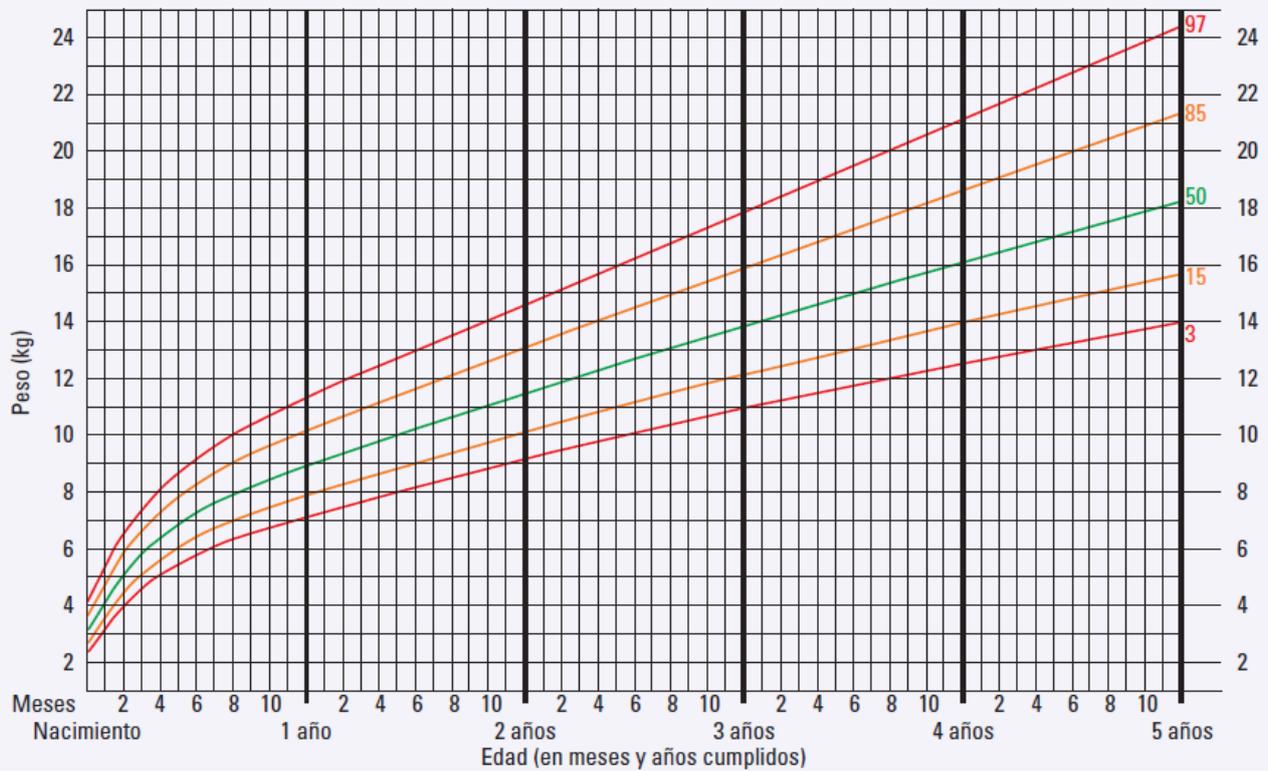
NO

TIPO DE HOGAR	CLASIFICACIÓN DE LA (IN)SEGURIDAD ALIMENTARIA			
	SEGURIDAD	INSEGURIDAD LEVE	INSEGURIDAD MODERADA	INSEGURIDAD SEVERA
Hogares integrados solamente por personas adultas	0	1 a 3	4 a 6	7 a 8
Hogares integrados por personas dultas y menores de 18 años	0	1 a 5	6 a 10	8 a 15

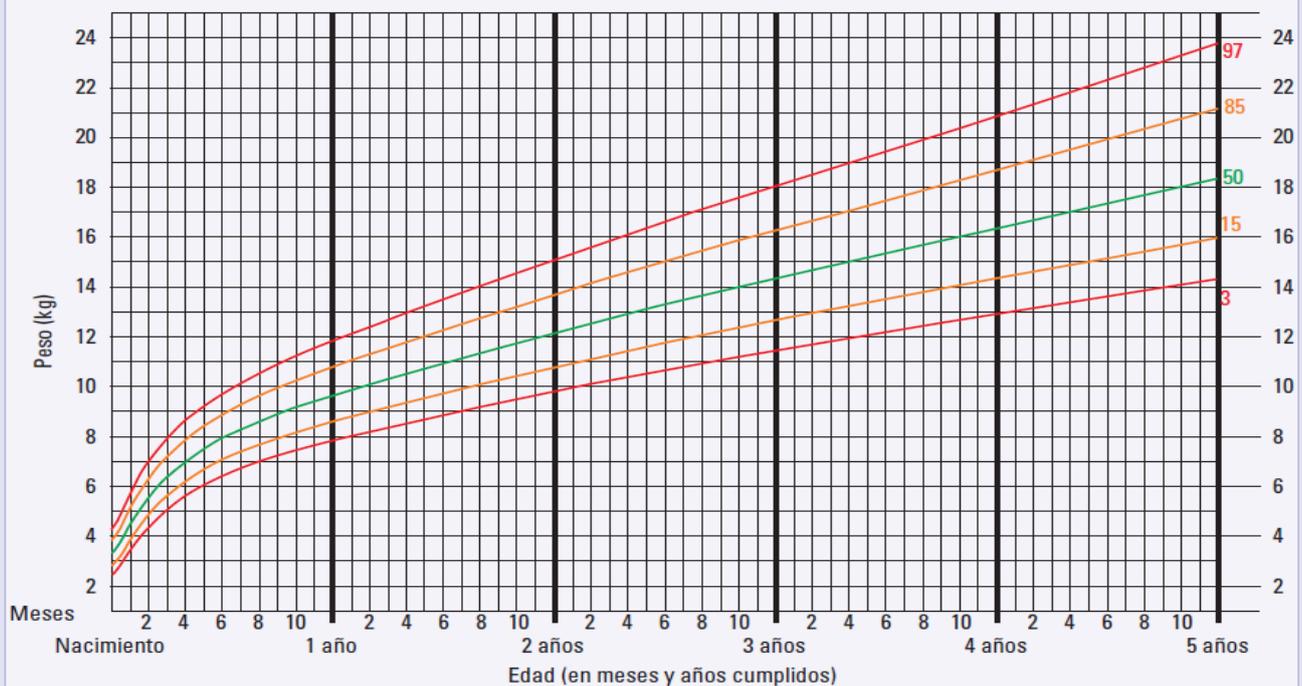
ANEXO 4.- CURVAS DE CRECIMIENTO OMS

PESO/EDAD

Peso para la edad niñas. Percentiles (nacimiento a 5 años)

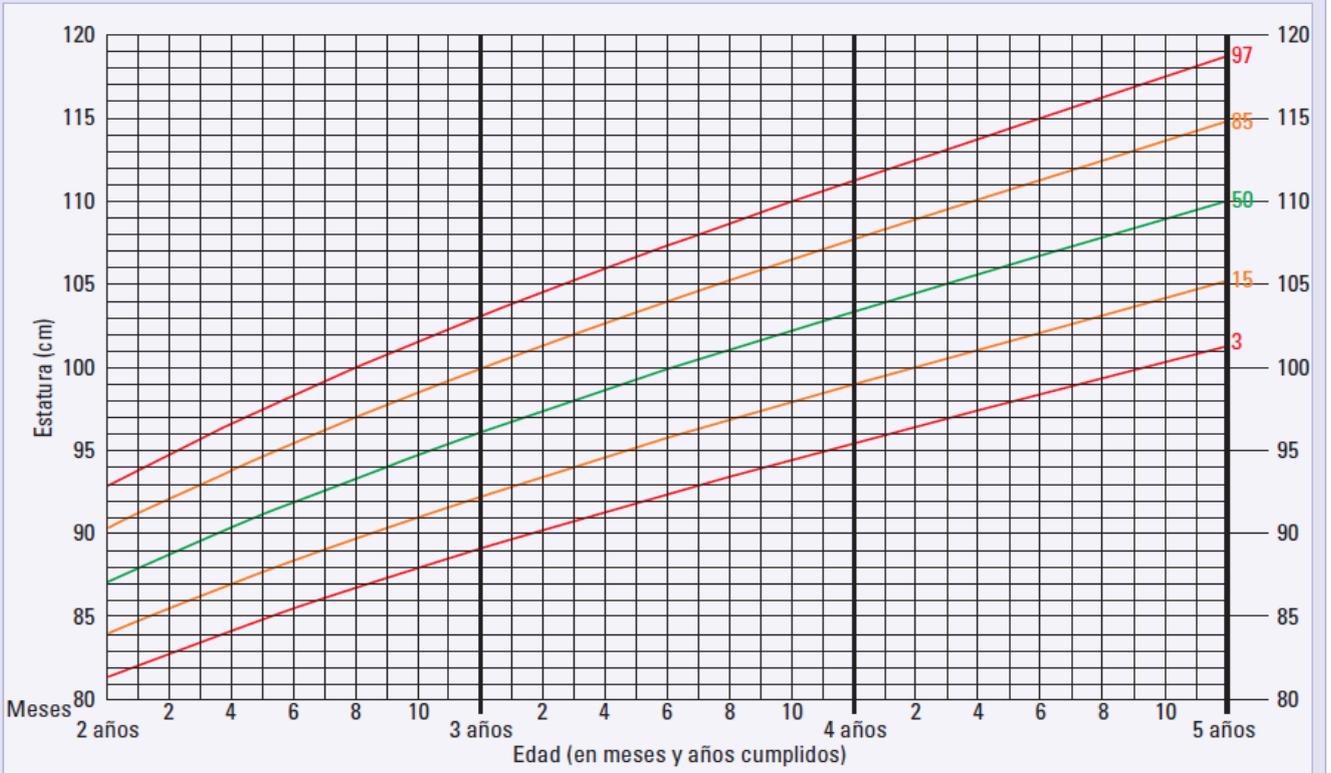


Peso para la edad niños. Percentiles (nacimiento a 5 años)

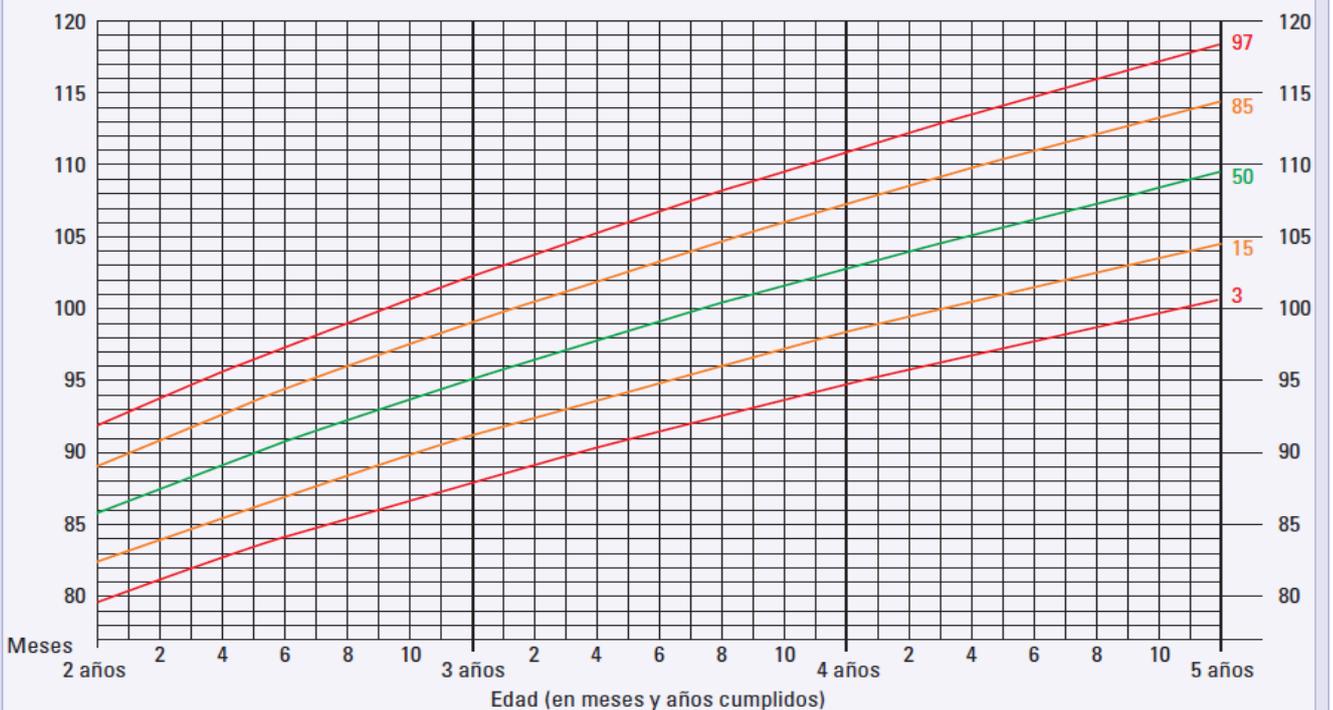


TALLA/EDAD

Estatura para la edad niños. Percentiles (2 a 5 años)

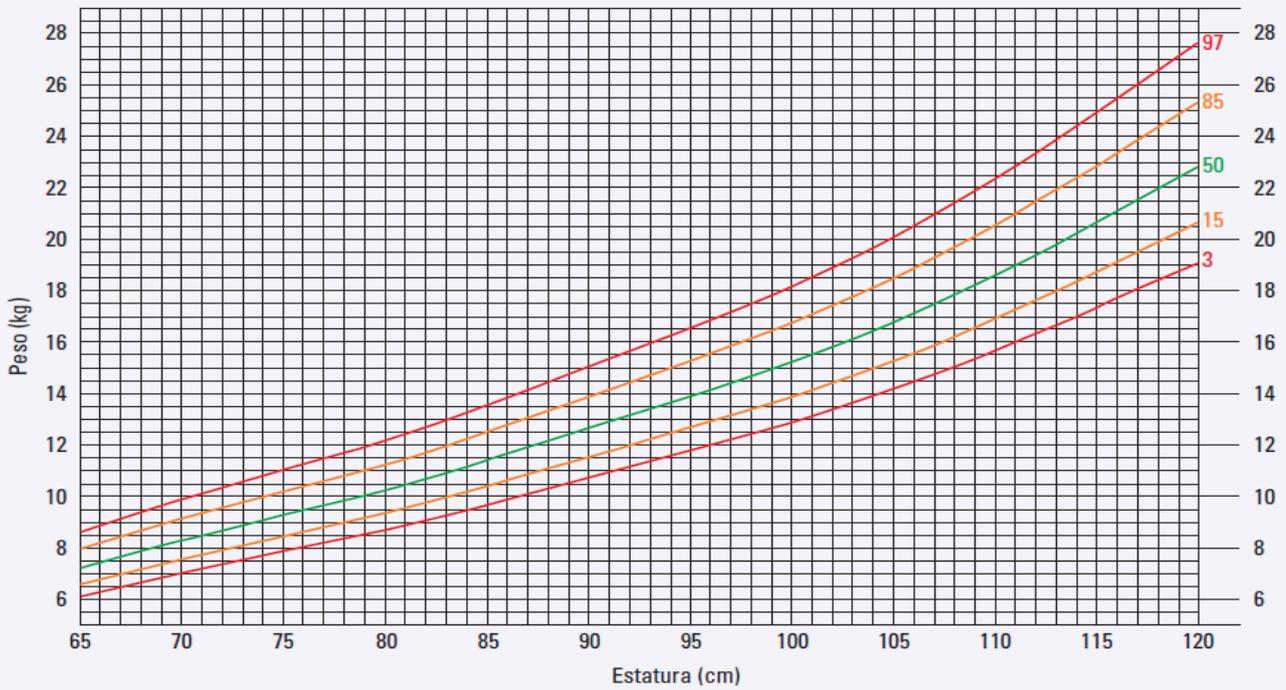


Estatura para la edad niñas. Percentiles (2-5 años)



PESO/TALL

Peso para la estatura niñas. Percentiles (2-5 años)



Peso para la estatura niños. Percentiles (2-5 años)

