



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA NUTRICIÓN

UNIVERSIDAD

PERCEPCIÓN DE LOS PADRES DE FAMILIA SOBRE EL ESTADO
NUTRICIONAL, HÁBITOS ALIMENTARIOS DE SUS HIJOS

UNIVERSIDAD

AUTOR

Gladys Lizbeth Ulloa Jumbo

AÑO

2023

UNIVERSIDAD



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA NUTRICIÓN

PERCEPCIÓN DE LOS PADRES DE FAMILIA SOBRE EL ESTADO NUTRICIONAL,
HÁBITOS ALIMENTARIOS DE SUS HIJOS

Trabajo de titulación presentado en conformidad con los requisitos establecidos para optar por el
título de Magister en Nutrición y dietética

Profesor Guía:

Dr. Edgar Wilson Rojas González.

Autor:

Gladys Lizbeth Ulloa Jumbo

Año

2023

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi padre, hermanos y tía que me apoyaron en cada etapa de mi desarrollo profesional, siendo mi pilar fundamental para culminar muchos de mis logros y etapas de mi vida.

A Dios por permitirme la oportunidad de seguir adelante y superarme día a día y saber que los límites se colocan uno mismo.

Por último, a los Docentes que forman parte de la Universidad de las Américas, el cual me ayudaron con mi formación.

RESUMEN

En el Ecuador al ver los índices elevados de malnutrición se implementó la campaña “mis primeros 1000 días” por parte del MSP, el cual pretende tener la pesquisa oportuna del estado nutricional en los pacientes pediátricos

En la investigación se encuestó a 36 madres de familia las cuales obtenían preguntas relacionadas con los hábitos alimenticios de sus hijos, además se implementó una pictografía en la cual se valora la percepción parenteral.

Para complementar el estudio se realiza la toma de medidas antropométricas de los niños en estudio, teniendo consigo el I.M.C. y poder clasificar según sus percentiles el estado nutricional en el que se encuentran. Resultando que el 52.8% se encuentra en el rango normal y el resto presenta malnutrición (bajo peso, sobrepeso u obesidad), la percepción parenteral 41.7% es adecuada y en hábitos alimentarios el 52.8% presenta una alimentación adecuada de la población en estudio. En conclusión, se obtuvo que la percepción parenteral no influye en el estado nutricional, pero en cuanto a los hábitos alimentarios existe correlación. Sin embargo, la población sigue guiándose en la percepción parenteral convirtiéndose en un riesgo y aumentando los índices de malnutrición.

Palabras Claves: Percepción parenteral, evaluación nutricional, malnutrición, estado nutricional y percepción parenteral, hábitos alimenticios y nutrición.

ABSTRACT

In Ecuador, when seeing the high rates of malnutrition, the campaign "my first 1000 days" was implemented by the MSP, which aims to have the timely investigation of the nutritional status of pediatric patients

In the investigation, 36 mothers were surveyed, who obtained questions related to the eating habits of their children, in addition, a pictograph was implemented in which parenteral perception is valued.

To complement the study, anthropometric measurements of the children under study are taken, taking with them the BMI and being able to classify their nutritional status according to their percentiles. Resulting that 52.8% is in the normal range and the rest presents malnutrition (underweight, overweight or obesity), the parenteral perception 41.7% is adequate and in eating habits 52.8% presents an adequate diet of the study population. In conclusion, it was obtained that parenteral perception does not influence nutritional status, but in terms of eating habits there is a correlation. However, the population continues to be guided by parenteral perception, becoming an irrigation and increasing malnutrition rates .

Keywords: Parenteral perception, nutritional assessment, malnutrition, nutritional status and parenteral perception, eating habits and nutrition.

INTRODUCCIÓN

La malnutrición en edades pediátricas es una de la problemática que se encuentra en el Ecuador, siendo una prioridad en el Ministerio de Salud y poder realizar la pesquisa temprana, sabiendo que la infancia es la formación del ser humano para el crecimiento y desarrollo en la cual es importante recibir una alimentación adecuada.

“Existe en Ecuador el 23.9% de desnutrición en niños menores de 5 años de edad, en las cifras de 2014 y de 2019 que se muestra en la Encuesta de Salud y Loja está catalogada con un nivel de desnutrición alto que es del 30% al 39% junto con otras provincias”. (ENASUT, 2014)

Al tener conocimiento que dentro de nuestra población infantil uno de los principales problemas es la malnutrición, se da la necesidad de realizar esta investigación y saber si dentro de los niños que se atiende en el Centro de especialidades Medicas City-Celica existen casos malnutrición o riesgo de malnutrición

La percepción parental al convertirse en una “medida” aplicada por las madres, se convierte en un problema para la salud del niño afectando su estado de salud si se demuestra que hay relación con los hábitos alimenticios.

La nutrición uno de los pilares de salud es el ingreso de nutrientes en el organismo mediante alimentos balanceados. El estado nutricional se calcula mediante las medidas antropométricas que son peso, talla y edad del niño/a.

Por último, el propósito de esta investigación tiene como objetivo; definir el estado nutricional real del niño, valorar la percepción parental y conocer si en sus hogares reciben una alimentación adecuada o inadecuada.

INDICE

1. Capítulo I Planteamiento del problema.....	7
1.1. Descripción del problema.....	7
1.1.1. Formulación del problema.....	9
1.2. Justificación.....	10
1.3. Objetivos.....	11
1.3.1. Objetivo General.....	11
1.3.2. Objetivos Específicos.....	11
1.4. Hipótesis.....	11
2. Capítulo II.....	12
2.1. Marco Teórico.....	12
2.1.1. Percepción de la imagen corporal.....	12
2.1.2. Hábitos alimentarios.....	14
2.1.3. Recomendaciones nutricionales.....	15
2.1.4. Estado nutricional.....	17
2.1.5. Evaluación antropométrica.....	18
2.1.6. El IMC.....	19
2.1.7. Malnutrición.....	19
2.1.8. Desnutrición.....	20
2.1.9. Malnutrición por déficit de micronutrientes.....	21
2.1.10. Sobrepeso y Obesidad.....	21

3.	Capítulo III.....	23
3.1.	Marco Metodológico.....	23
3.1.1.	Alcance de la investigación.	23
3.1.2.	Diseño de estudio.....	23
3.1.3.	Técnica e Instrumentos.	24
3.1.4.	Universo y Muestra.....	30
3.1.5.	Criterios de inclusión.	30
3.1.6.	Criterios de exclusión.	30
3.1.7.	Definición de variables y tabla de operalización.	31
3.1.8.	Tabla de operalización.	34
3.1.9.	Plan de recolección y análisis.	36
3.1.10.	Consideraciones éticas.	37
3.1.11.	Plan de actuación.....	37
4.	Capítulo IV Tablas.....	38
4.1.	Resultados.	38
4.1.1.	Características de la población.....	38
4.1.2.	Determinación del estado nutricional según el IMC.....	39
4.1.3.	Evaluación de la percepción materna sobre el estado nutricional.	39
4.1.4.	Hábitos alimenticios.....	40

4.1.5. La percepción de los padres de familia y los hábitos alimenticios están relacionados con el estado nutricional.	44
5. Capítulo V.....	47
5.1. Discusión.....	47
5.2. Conclusiones.	49
5.3. Recomendaciones.....	50
6. Referencias.....	51
7. APÉNDICES.....	53

Capítulo I

Planteamiento del problema.

1.1. Descripción del problema.

“De acuerdo con los datos del último reporte de salud y nutrición (ENSANUT-ECU,2012), en el Ecuador el 23.9% de niños y niñas menores de cinco años, padecen de desnutrición crónica. El Fondo de las Naciones Unidas para la infancia UNICEF, respondiendo a la prioridad del país en atender y prevenir la malnutrición en todas sus formas, en niños, niñas y adolescentes, ha brindado apoyo estratégico para incidir en los principales indicadores de malnutrición infantil, con un enfoque de ciclo de vida, reconociendo la importancia de los primeros 1000 días.” (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2020)

Se prevé que la imagen corporal de las personas en parte condiciona el comportamiento en cuanto a la alimentación. Deduciendo que el sobrepeso y obesidad están relacionadas con la imagen corporal. Bernard y Eyres en 1979 en su estudio explican la correlación mutua que existe entre los padres, el medio ambiente y sus hijos denotando que lo aprendido se adquiere desde la infancia y que, si existe un cambio en cualquiera de los factores, inevitablemente afecta a la otra parte. Resumiendo, en sí que los hábitos alimenticios y la actividad física de los niños se adquieren desde la infancia debido a que la madre es una influencia para ellos, ya sea, esta negativa o positiva en cuanto a la educación nutricional.

“La percepción del peso por si sola no podría alterar la forma de alimentación de la madre si es que ellas no se preocupan por el peso actual del niño, existe información de que las madres de los niños con sobrepeso y obesos presentan un nivel relativamente bajo de preocupación sobre

el peso actual de sus hijos sin embargo están preocupados que en el futuro sus hijos presenten sobrepeso, dicha observación sugiere que, si se refiere a la madre el sobrepeso del niño (en el presente o en el futuro) se podrían generar la preocupación de los padres sobre el peso del niño”. (Kroke y Strathmann, 2006, p.165).

El índice de masa corporal; es un componente fundamental para determinar los problemas de malnutrición por déficit o exceso. Las desviaciones de crecimiento se pueden expresar como desvíos estándar de la población normal media para niños de edad y sexo comparables. Los niños con retardo en la talla. Los conceptos de peso por talla e índice de masa corporal proporcionan información adicional sobre el crecimiento, cuando un niño presenta estos índices por debajo de la media se clasifican como niños con sobrepeso/obesidad. Estos indicadores, “Talla por la Edad” y “Peso por la Talla” o “I.M.C: para la Edad”, son útiles para la detección de malnutrición en población pediátrica.

Los niños por el rápido ritmo de crecimiento, si presentan una alteración en uno de sus factores este se refleja produciendo una alteración en su crecimiento, por tal motivo se recalca la importancia de los controles médicos periódicos en la edad pediátrica para realizar un adecuado control de crecimiento y realizar diagnóstico y tratamiento temprano y oportuno.

En el Centro de Especialidades Médicas City-Celica, al acudir los padres de familia a la consulta médica con sus hijos, ellos concluyen que hay una deficiencia en cuanto a la educación nutricional adecuada. por lo tanto, la mayoría de ellos tienen una percepción equivocada del estado nutricional de sus niños, provocando que no tengan un estilo de vida óptimo para la edad y sus

alimentos pueden llegar a ser insuficientes o tener sobrecarga de nutrientes, teniendo como resultado bajo peso, sobrepeso u obesidad.

Debido a lo expuesto, se determina conocer el estado nutricional real de los niños que se atienden en control médico en el Centro de Especialidades Médicas City-Celica, también, evaluar la percepción parental de la imagen corporal hacia los niños, los factores asociados como hábitos alimenticios y determinar la correlación entre ellos, permitiendo tener un diagnóstico oportuno sobre su estado nutricional y poder abordar los problemas de desnutrición, sobrepeso u obesidad. Con el objetivo de prevenir la malnutrición y actuar de forma pertinente.

Por lo consiguiente surgen las siguientes preguntas:

¿Cómo afecta la percepción parental de la imagen corporal sobre el estado nutricional de los niños de 2 a 5 años de edad?

¿Qué influencia tiene la percepción parental de la imagen corporal en los hábitos alimenticios de los niños?

¿Cuál es el estado nutricional real de los niños, según su I.M.C.?

1.1.1. Formulación del problema.

¿Cómo influye la percepción parental sobre el estado nutricional y consumo de alimentos de los niños de 2 a 5 años de edad, que acuden a control médico al Centro de Especialidades Médicas City-Celica, durante el mes de agosto del 2022?

1.2. Justificación.

La percepción al ser algo subjetivo y teniendo en cuenta que algunas madres toman como referencia la misma para una percepción del estado nutricional de sus hijos o de la imagen corporal de los mismos, requiere una mayor atención, ya que, la gran mayoría no tiene relación entre lo que ve y la realidad, convirtiéndose esta práctica en un problema de salud llevando a los infantes a una malnutrición ya sea por exceso o déficit. (Flores-Peña et al., 2014)

La malnutrición en la edad pediátrica tiene efectos negativos en el desarrollo del mismo, dando consigo repercusiones a nivel médico, familiar, social y económico. Se debe tener conocimiento que todas estas repercusiones se reflejan en el retraso del crecimiento, sobrepeso, obesidad y también como muerte infantil relacionada con desnutrición. (OMS, 2019).

En la infancia existe una alta probabilidad de que presente malnutrición si no tiene la alimentación adecuada y los cuidados correctos por parte de los padres, teniendo consecuencias a futuro en su salud física y mental, los niños tienen la tendencia a presentar enfermedades crónicas (Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial), en la esfera psicosocial puede presentar bajo autoestima. (UNICEF, 2019).

Esta investigación, tiene como objetivo determinar cómo incide la percepción de los padres sobre el estado nutricional y el consumo de alimentos de los niños de 2 a 5 años de edad que acuden a consulta médica. Este estudio tiene como finalidad que los padres de familia tomen conciencia de la importancia de saber el estado nutricional real de sus hijos. Igualmente se comunica al personal médico acerca de los resultados obtenidos y así en grupo realizar estrategias para captar más pacientes con malnutrición o riesgo de malnutrición y dar tratamiento oportuno disminuyendo las complicaciones durante su desarrollo y en su vida adulta.

1.3. Objetivos.

1.3.1. Objetivo General.

Determinar cómo incide la percepción de los padres sobre el estado nutricional y el consumo de alimentos de los niños/as de 2 a 5 años de edad que acuden a consulta médica al Centro de Especialidades Médicas City-Celica durante el mes de agosto del 2022.

1.3.2. Objetivos Específicos.

Determinar el estado nutricional por medio del índice de masa corporal en los niños de 2 a 5 años de edad que acuden a control médico en el Centro de Especialidades Médicas City-Celica, agosto 2022.

Evaluar la percepción parental de la imagen corporal que tiene sobre los niños de 2 a 5 años de edad que acuden a control médico en el Centro de Especialidades Médicas City-Celica, agosto 2022 en relación al estado nutricional.

Establecer la frecuencia alimentaria y características de la dieta que reciben en su hogar los niños de 2 a 5 años de edad que acuden a control médico en el Centro de Especialidades Médicas City-Celica, agosto 2022.

1.4. Hipótesis.

La percepción de las madres y los hábitos alimentarios de los niños que acuden a control médico en el Centro de Especialidades Médicas City-Celica, tienen relación con el estado nutricional.

Capítulo II

2.1. Marco Teórico.

Según la O.M.S., a nivel mundial se registran que existen afectados por una o mas formas de malnutrición ya sea por bajo peso, sobrepeso u obesidad. La lucha contra todas las formas de malnutrición se ha convertido en uno de los principales problemas de salud a nivel mundial. Las mujeres, los lactantes, los niños y los adolescentes son especialmente vulnerables ante este problema. “La optimización de la nutrición al comienzo de la vida (en particular durante los 1.000 días que transcurren entre la concepción y el segundo aniversario del niño) asegura el mejor arranque posible de la vida con beneficios a largo plazo”. (OMS, 2021)

Actualmente, se ha tomado prioridad en la prevención y tratamiento de los problemas nutricionales en la población infantil, teniendo en cuenta que existen factores ambientales que intervienen en el desarrollo de los niños, uno de ellos es la percepción de las madres sobre la imagen corporal y el estado nutricional de los mismos. Sabemos que las madres tienen una intervención importante en la nutrición de sus hijos, por tal razón, es significativo mencionar que las costumbres que están arraigadas de generación en generación producen una alteración en la alimentación adecuada, obteniéndose como resultado una alimentación que no corresponde a las necesidades nutricionales de los niños.

2.1.1. *Percepción de la imagen corporal.*

Farré y Lasheras (1999), precisan que la percepción en la información íntegra , estructurada y procesada de los sentidos. En virtud a esta integración la persona es capaz de captar los objetos.

La alteración que presenta las madres de la imagen corporal de sus hijos es perceptual. Según se reporta una investigación realizada en la ciudad de Cuenca, acerca del “estado nutricional en niños hospitalizados en el departamento de Pediatría del Hospital Vicente Corral Moscoso (HVCM)”, (Quito y Quizpe, 2022). Reportan que de los pacientes hospitalizados el 80% presenta algún grado de malnutrición. Haciendo dicha indagación, asociaron que el problema antes mencionado está relacionado directamente con el estilo y calidad de vida de sus progenitores. Por lo que los especialistas concluyen que la falta de interés en cuanto al estado nutricional de los menores o por la percepción errónea de los padres, cuando acuden con sus hijos a la consulta del especialista se diagnostica con desnutrición.

Un segundo estudio, (Cabrera, 2013) asevera que la imagen corporal es una variable que: “condicionaría las conductas alimentarias y la actitud o nivel de aceptación con relación a las dietas orientadas al control de peso; la percepción del peso por sí (...) madre, si es que ellas no se preocuparían por el estado actual del niño”. Debido a lo mencionado nos damos cuenta que los papás tienen el mínimo interés o preocupación al saber que tienen un hijo con sobrepeso, cabe recalcar que entre los padres tienen la idea equivocada “que un niño gordo, es sano” o también coexiste el supuesto, entre las madres con hijos que tienen exceso de peso, de la existencia de una predisposición genética para ser obesos, y por lo tanto, se espera y es aceptable tener sobrepeso, pero al momento de explicar los riesgos que presentan de hipertensión y diabetes en su salud adulta hay un cambio en cuanto al estado nutricional, llevando con más interés el mismo.

2.1.2. Hábitos alimentarios.

La conducta alimentaria en los niños está influenciada directamente por el núcleo familiar, especialmente por las madres, las que tienen una influencia importante en la forma de como los menores se comportan en relación con la comida.

Se puede establecer, que las conductas alimentarias adquiridas por las personas, son aquellas que involucran la elección, preparación y cantidad de alimentos para el consumo, relacionando su intervención directamente sobre el estado nutricional, en este caso en la población infantil. Por lo anteriormente mencionado, entonces decimos que los factores como; culturales, económicos, religiosos influyen en la educación alimentaria de los niños, dando consigo al origen de patologías si la persona no lleva una correcta alimentación e incrementando índices de malnutrición por exceso o déficit.

2.1.2.1. Hábitos alimentarios adecuados.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), durante los primeros años de vida es donde se adquieren estas conductas, llevando a mantener una alimentación sana relacionada con la ingesta calórica total durante el día. “lo que implica dejar de consumir grasas saturadas para consumir grasas no saturadas y eliminar gradualmente las grasas industriales de tipo trans”. (OMS, 2018).

Para tener una dieta saludable también se debe tener en cuenta lo siguiente: el contenido de azúcar se debe limitar siendo para el consumo “menos del 10% de ingesta calórica”, también debe mantener un bajo consumo de sal “menos de 5 gramos con respecto al consumo de frutas y verduras” deben comer 5 porciones al día (OMS, 2018).

2.1.2.2. Hábitos alimentarios inadecuados.

Los hábitos alimentarios inadecuados son aquellas costumbres que predisponen a una persona a sufrir enfermedades tales como: sobrepeso, obesidad, enfermedades crónicas no transmisibles, diabetes mellitus tipo 2, entre otros. Todo lo mencionado es debido a que dentro del consumo de alimentos encontramos; alto consumo de alimentos hipercalóricos, grasas tipo trans, más azúcares libres, más sal, grasas saturadas y la poca o nula ingesta de frutas, verduras u hortalizas (OMS, 2021)

2.1.3. Recomendaciones nutricionales.

En lo que respecta en la edad pediátrica se debe tener en cuenta que, para la ingestión de alimentos con el adecuado aporte energético según su edad, talla, sexo, se deben cubrir las necesidades del 98%. Los alimentos que se ofrecen al infante deben ser organolépticos, apetitosos y variados. (Gil, 2010)

Energía: Los requerimientos energéticos para los niños sanos varían según este ciclo de vida, teniendo en cuenta; edad, metabolismo basal, velocidad de crecimiento. Se debe mantener que la energía de la dieta es suficiente y garantiza el crecimiento. Los niños de tres años consumen 80 kcal/kg peso, los de cuatro y cinco años 75 kcal/kg peso. para realizar la prescripción debemos estar conscientes del acceso, disponibilidad, precio y aceptabilidad de los alimentos (Kaufner, Perez y Arroyo, 2015).

Hidratos de Carbono: Por encontrarse en una etapa de desarrollo, su aporte debe tener el 50% al 55%, en cuanto al consumo de azúcar debe ser menos del 10% y el 90% deben ser complejos (Rodota y Castro, 2012).

Proteínas: Las necesidades de proteínas dentro de la ingesta en de 1g/kg de peso al día, siendo el 10 o el 30% de la energía total. Las carencias proteicas se observan en los niños que son sometidos a dietas vegetarianas estrictas, así como en las alergias alimentarias o en la falta de acceso a los alimentos (Mahan, L., Escott, S y Raymond, J, 2019).

Lípidos: Dentro de la importancia de los lípidos en la infancia en la función de suministrar vitaminas liposolubles y ácidos grasos esenciales, por lo que durante el día los niños de tres años tienen que ingerir del 30% al 40% y los niños mayores a tres años del 25% al 35% del valor calórico total. (Escott, 2016).

Fibra: dentro de las funciones e importancia de la fibra es que evita cuadros de constipación en los niños, reduce el riesgo de obesidad, los niños de tres años son de 19 g/día, en niños mayores de cuatro años es 25 g/día. Se debe tener precaución con el consumo excesivo, ya que hay un riesgo de que intervenga en la absorción de energía. (Kaufer et, al., 2015)

Agua: En la edad preescolar los requerimientos de agua son de 1.5 ml/kcal, teniendo en previsto las pérdidas que ocurren por; densidad de orina, sudoración. (Salas – Salvador et al., 2014)

Micronutrientes: Los minerales y vitaminas son necesarios para el desarrollo y crecimiento normal, el calcio necesario para la mineralización y el mantenimiento de los huesos, cinc esencial para el crecimiento, vitamina D necesario para la absorción y depósito de calcio. (Brown, 2014)

Horarios de Comida.

Los patrones de alimentación en la edad infantil se deben adaptar a las necesidades de los mismos, hay que tener en cuenta que es abundante la actividad física y pequeña la capacidad gástrica. Dicho esto, es recomendable que los niños tengan: desayuno, almuerzo y merienda y una o dos colaciones. (Setton, y Fernandes, 2014).

Se debe establecer un horario de alimentación para evitar que consuman comida fuera del horario establecido por lo que altera la ingesta adecuada de los mismos.

2.1.4. Estado nutricional.

Se define al estado nutricional como la situación física en la cual existe un equilibrio entre el gasto y el consumo de nutrientes y energía. Esto denota si cuando consumimos alimentos los mismos son capaces de cubrir los requerimientos de nuestro cuerpo. (Simón, 2009).

En la edad pediátrica tiene gran importancia debido a que el crecimiento de ellos es a gran velocidad y cualquier factor que intervenga de manera negativa repercute en el crecimiento de ellos. Es por esto la importancia en el control periódico de salud, ya que con él se podría realizar una detección precoz de alteraciones nutricionales, permitiendo así realizar una intervención oportuna y adecuada.

La evaluación nutricional se ha orientado al diagnóstico y clasificación de estados de deficiencia. Sin embargo, frente al caso individual debe aplicarse un riguroso y metódico diagnóstico que permita detectar no sólo la desnutrición, sino también el sobrepeso y obesidad, cuya prevalencia ha aumentado en forma significativa en los últimos años.

Una valoración adecuada en los preescolares es: anamnesis, en donde se coloca los antecedentes personales, encuesta dietética se registra un recuerdo de 24 horas detallados de frecuencia, registro de alimento. La exploración clínica; se valora anomalías fenotípicas, signos de organicidad, signos de desnutrición, signos de obesidad. Exploración antropométrica: dentro de esta evaluación tenemos el peso y talla el cual utilizamos para obtener el IMC de los niños y así saber su estado nutricional.

2.1.5. Evaluación antropométrica

Dentro de esta evaluación utilizamos la antropometría en donde se mide las variaciones de las dimensiones físicas. Su importancia en la población pediátrica es:

- Reconocer a los pacientes pediátricos con posibles alteraciones en el crecimiento.
- Proporcionar control, tratamiento y asistencia médica precoz.

Como se mencionó cada índice da cuenta de una dimensión corporal distinta y permite caracterizar un tipo de déficit o de exceso.

- Talla/Edad baja: asociada a desnutrición crónica.
- Peso/Talla baja o IMC/edad bajo: se habla de desnutrición aguda o emaciación.
- Peso/Talla alto o IMC/edad alto: sobrepeso.

Peso/Edad aislado no permite distinguir tipos de desnutrición.

La OMS desarrolla las curvas de crecimiento, que se transforman en una nueva referencia fundamental para conocer cómo deben crecer los niños/as desde el primer año hasta los seis años de vida.

- Peso / Talla: demuestra la relación de la masa corporal del niño y su edad.
- Talla / Edad: refleja según la edad el crecimiento lineal alcanzado
- Peso / Edad: se refleja el peso corporal en relación a la edad, es un indicador de bajo peso o bajo peso severo.

2.1.6. El IMC

Evidencia si existe malnutrición o si la persona se encuentra dentro de la normalidad en cuanto a la relación del peso para la talla. Hay que tener en cuenta que en los pediátricos existen la medición y se debe basar de acuerdo a los percentiles. Es de importancia ya que por las tablas de percentiles en los niños menores de 5 años nos permite clasificar su estado nutricional.

Bajo peso: menor al percentil 3 (IMC menor a 11).

Normal: entre el percentil 3 al 85 (IMC sobre 14 a 17).

Riesgo de Sobrepeso: entre el percentil 85 al 97 (IMC sobre 17 a 18).

Sobrepeso: mayor al percentil 97 (IMC sobre 18).

2.1.7. Malnutrición.

El término «malnutrición» denota las carencias, excesos o desequilibrios en la ingesta calórica de nutrientes, según la OMS lo clasifica en tres grupos:

“La desnutrición, que incluye la emaciación (un peso insuficiente respecto de la talla), el retraso del crecimiento (una talla insuficiente para la edad) y la insuficiencia ponderal (un peso insuficiente para la edad)” (OMS. 2021).

“La malnutrición relacionada con los micronutrientes, que incluye las carencias de micronutrientes (la falta de vitaminas o minerales importantes) o el exceso de micronutrientes.” (OMS, 2021).

Es de vital importancia mencionar que las cardiopatías, la diabetes entre otros, se relacionan con el sobrepeso y obesidad.

2.1.8. Desnutrición.

“Existen cuatro tipos principales de desnutrición: emaciación, retraso del crecimiento, insuficiencia ponderal, y carencias de vitaminas y minerales, por causa de la desnutrición, los niños, en particular, son mucho más vulnerables ante la enfermedad y la muerte” (OMS, 2021).

“La insuficiencia de peso respecto de la talla se denomina emaciación. Suele indicar una pérdida de peso reciente y grave, debida a que la persona no ha comido lo suficiente y/o a que tiene una enfermedad infecciosa, como la diarrea, que le ha provocado la pérdida de peso. Un niño pequeño que presente una emaciación moderada o grave tiene un riesgo más alto de morir, pero es posible proporcionarle tratamiento” (OMS, 2021)

Al presentar una talla no adecuada para la edad, estamos hablando de un retraso en el crecimiento, asociándose a una desnutrición crónica causada por una alimentación inadecuada como por otros factores dependientes de los padres (nivel socioeconómico). Dicha problemática trae consigo alteraciones en la parte física como la parte cognitiva.

“Los niños que pesan menos de lo que corresponde a su edad sufren insuficiencia ponderal. Un niño con insuficiencia ponderal puede presentar a la vez retraso del crecimiento y/o emaciación.” (OMS, 2021)

2.1.9. *Malnutrición por déficit de micronutrientes.*

Al realizar un consumo disminuido o no adecuada de alimentos que contengan vitaminas y minerales conocidos como micronutrientes, producen en nuestro cuerpo una deficiencia de los mismos. Viéndose alterado el crecimiento y desarrollo en los infantes, además de presentar retraso en el desarrollo cognitivo entre otros

“El yodo, la vitamina A y el hierro son los más importantes en lo que se refiere a la salud pública a escala mundial; sus carencias suponen una importante amenaza para la salud y el desarrollo de las poblaciones de todo el mundo, en particular para los niños y las embarazadas de los países de ingresos bajos.” (OMS, 2021)

2.1.10. *Sobrepeso y Obesidad.*

“El sobrepeso y la obesidad pueden ser consecuencia de un desequilibrio entre las calorías consumidas (demasiadas) y las calorías gastadas (insuficientes). A escala mundial, las personas cada vez consumen alimentos y bebidas más calóricos (con alto contenido en azúcares y grasas), y tienen una actividad física más reducida.” (OMS, 2021)

2.1.10.1. Sobrepeso.

El sobrepeso es una acumulación anormal de grasa. La cual indica que se está recibiendo una sobrealimentación que puede llegar a afectar la salud del niño en años futuros. (Alper, 2003). Se refiere a un peso elevado en relación a la talla del niño comprendido entre +2 DE y +3 DE.

2.1.10.2. Obesidad.

El riesgo de que un niño se torne obeso y permanezca obeso en la edad adulta depende de los antecedentes familiares. La causa de la obesidad radica en un desequilibrio energético en el cual se gastan menos calorías que las que se consumen. Las investigaciones para controlar el peso deben estimular los hábitos de comida saludable que promuevan la pérdida gradual de peso. se clasifica de esta manera cuando el peso del niño menor de 5 años es muy elevado en relación a su talla, reflejando en una DE por arriba de +3.

Capítulo III

3.1. Marco Metodológico.

3.1.1. Alcance de la investigación.

El presente trabajo investigativo se realiza en el Centro de Especialidades Médicas City ubicado en la provincia de Loja cantón Celica, en niños/as de 2 a 5 años de edad, atendidos en consulta médica pediátrica del mes de agosto del 2022, en el cual se determina que más de 70% de los niños/as atendidos presentaron algún grado de malnutrición relacionándolo con el estilo de vida, calidad de vida de los padres. a nivel de consulta se recepta pacientes de zonas tanto urbanas como rurales.

La finalidad de la realización de este estudio es poner en evidencia la conducta epidemiológica que tiene la inadecuada nutrición y los distintos componentes tales como sobrepeso, obesidad y desnutrición en la etapa infantil, de esta manera se contribuye a evitar que este tipo de problemática sea pasada por alto en el grupo de problemas de salud pública.

3.1.2. Diseño de estudio.

Dicha investigación es cuantitativa, descriptiva, de corte transversal y diseño no experimental. Es cuantitativa ya que se fundamenta en la medición antropométrica (peso, talla) para determinar el IMC, también es descriptivo por que mide, evalúa y recolecta los datos sobre diversas variables como; patrones de alimentación, valoración nutricional (en base a I.M.C y el cuestionario), apreciación de la imagen corporal por parte de las madres, esta información se recolecta en el mes de agosto del 2022 por lo que es de corte transversal, correlacional debido a que se especifica si existe relación entre las variables. Por último, es no experimental ya que estas variables no se alteran.

3.1.3. *Técnica e Instrumentos.*

Luego que los sujetos de estudio cumplieran con los criterios de inclusión, se obtienen los resultados ya que se aplicó el cuestionario y el pictograma a los padres y mediante la observación directa con la medición de la talla, peso se establece el IMC de los niños entre los 2 a 5 años que acudieron a consulta médica.

Se utiliza como instrumento cuestionario de: “hábitos alimentarios, adaptado de Estados Unidos, en el que se toman los datos personales de los estudiantes, es una herramienta fundamental para conocer patrones alimentarios y explorar su asociación con el estado nutricional”. (Trinidad, I., Fernández, J. 2008).

“La validación se dio por el juicio de 8 expertos, dando su aprobación en un 91,1 %, por tal razón se realizaron modificaciones en el cuestionario ($p = 0,1094$) y la matriz de operacionalización de las variables para que las preguntas sean capaces de describir la variable hábitos alimentarios ($p = 0,1094$)”. (Trinidad, I., Fernández, J. 2008). “Tuvo una confiabilidad mediana (Alfa de Cronbach = 0,621 un cuestionario modificado con preguntas, acerca del número de comidas consumidas, la frecuencia de consumo de comidas principales, el horario de consumo de alimentos, el lugar donde se consumen los alimentos, el tipo de compañía, el tipo de comida, el tipo de preparación de las comidas principales, el consumo de refrigerios, el consumo de bebidas y la frecuencia de consumo de alimentos”. (Trinidad, I., Fernández, J. 2008).

“El cuestionario de hábitos alimentarios (DHQ) original realizado en EE.UU. es comparado con cuestionarios de frecuencia de alimentos donde se mostró que el DHQ es mejor o superior a dichos instrumentos para la mayoría de nutrientes. Entre otras ventajas que ofrece este cuestionario es brindar información necesaria e importante, en corto tiempo y con preguntas cerradas, que nos permite identificar cómo son los hábitos alimentarios.” (Trinidad, I., Fernández, J. 2008).

Dentro del cuestionario se evalúa:

“Número de comidas: adecuada (de tres a cinco veces al día), inadecuado (menor a tres comidas o un consumo mayor a cinco comidas durante el día)”. (Ferro, Maguiña. 2007)

“Frecuencia de consumo de comidas: adecuado (consume todos los días), inadecuado (no consume todos los días)”. (Ferro, Maguiña. 2007)

“Horario de ingesta alimentarias:Desayuno; adecuado (6:00am a 8:59am), inadecuado (antes de las 6:00am o después de las 9:00am), Almuerzo; adecuado (12:00am a 14:59pm), inadecuado (antes de las 12:00am o después de las 15:00pm), Cena; adecuado (18:00pm a 20:59pm), inadecuado (antes de las 18:00pm o después de las 21:00pm)”. (Ferro, Maguiña. 2007)

“Lugar donde consume alimentos; adecuado (en casa o restaurant), inadecuado (en quioscos o puestos ambulantes), Compañía; adecuado (acompañado), inadecuado (solo)”. (Ferro, Maguiña. 2007)

“Tipo de comida; adecuado (comida criolla, tipo realizada en casa), inadecuada (comida no saludable como hamburguesas, perros calientes, galletas, snacks, comida light, pizzas, pollo a la brasa)”. (Ferro, Maguiña. 2007)

“Preparación de las comidas; adecuado (guisado, sancochado, a la plancha o al horno), inadecuado (fritas)”. (Ferro, Maguiña. 2007)

“Consumo de refrigerios: adecuados (frutas), inadecuados (helados, galletas, hamburguesas, chifles, canguil, etc.)”. (Ferro, Maguiña. 2007)

“Consumo de bebidas, en las comidas principales; adecuado (agua natural o jugos de frutas naturales), inadecuado (otras bebidas)”. (Ferro, Maguiña. 2007)

“Acompañando la menestra; adecuada (bebidas cítricas), inadecuado (otras bebidas)”. (Ferro, Maguiña. 2007)

“Durante el día; adecuado (productos lácteos o derivados, avena), inadecuado (otras bebidas con poco aporte nutricional)”. (Ferro, Maguiña. 2007)

“Frecuencia de consumo: Lácteos y derivados; adecuado (diario o Inter diario), inadecuado (igual o menos de 3 días a la semana)”. (Ferro, Maguiña. 2007)

“Acompañamiento del pan; adecuado (alimentos proteicos o con contenido adecuado), inadecuado (acompañado con alto porcentaje de grasa saturadas e hipercalóricas)”. (Ferro, Maguiña. 2007)

“Carne de res/cerdo; adecuado (1-2 veces por semana), inadecuado (consume menos de una vez por semana o más de dos veces por semana)”. (Ferro, Maguiña. 2007)

“Carne de pollo; adecuado (consume 1-2 veces por semana), inadecuado (consume menos de una vez por semana o más veces por semana o diario)”. (Ferro, Maguiña. 2007)

“Carne de pescado; adecuado (consume 1-2 veces por semana), inadecuado (consume menos de una vez por mes)”. (Ferro, Maguiña. 2007)

“Huevo y forma de preparación; adecuado (consume por lo menos 1-2 veces por semana, sancochado, escalfado o pasado), inadecuado (consume de menos una vez a la semana, frito)”. (Ferro, Maguiña. 2007)

“Menestra; adecuado (consume 1-2 veces por semana o Inter diario), inadecuado (consume menos de 1 vez a la semana o diario)”. (Ferro, Maguiña. 2007)

“Ensalada de verduras; adecuada (consume diario o Inter diario), inadecuado (consume menos de 3 veces por semana)”. (Ferro, Maguiña. 2007)

“Mayonesa; adecuado (consume máximo 1-2 veces al mes o nunca), inadecuado (consume más de 2 veces al mes)”. (Ferro, Maguiña. 2007)

“Sal a las comidas ya preparadas; adecuado (no adicional sal a las comidas), inadecuado (adicional sal a las comidas)”. (Ferro, Maguiña. 2007)

“Azúcar; adecuado (1 cucharadita), inadecuado (más de 1 cucharadita)” (Ferro, Maguiña. 2007)”. (Ferro, Maguiña. 2007)

Los resultados del cuestionario se clasifican según sus respuestas en, hábitos alimentarios adecuado y hábitos alimentarios inadecuado, se pondrá “1” punto a:

- Horario de ingesta alimentaria.
- Lugar donde consume alimentos.
- Compañía para ingerir alimentos.
- Bebidas con las que consume su menestra.

Se colocará “2” puntos a los que contesten de forma “adecuada”.

- Come el pan acompañado de alimentos proteicos.
- Consume huevo preparado de manera adecuado.
- Y los demás ítems.

Una vez terminado el cuestionario, la sumatoria total de las respuestas es de 58 puntos. Las madres que tienen entre 0-29 puntos reflejan “Hábitos alimentario inadecuados” y las que presentan mayor a 30 puntos se evidencia “Hábitos alimentarios adecuado”

“Percepción de la imagen corporal: La medición consistió en presentar la imagen de pictograma de las siluetas corporales del modelo propuesto por Stunkard y Stellard, modificado por Collins (apéndice c)”.

“Está fundamentada en la fiabilidad y validez del pictograma de Stunkard en población mayor española” (Martinez, D., Diz, J., Valera, M., Sanchez, M., y Ayán, C, 2021).

“El objetivo de este estudio fue identificar la fiabilidad y validez del cuestionario SAPF y del pictograma de Stunkard para conocer la forma física auto percibida y el grado de insatisfacción corporal en un grupo de personas mayores españolas. Método. Ambos instrumentos se adaptaron al castellano y se administraron dos veces a un grupo de 86 personas mayores” (Martines-Aldao, D et al. 2021). “Su fiabilidad y validez se evaluaron con el índice de correlación intraclass (CCI), el alfa de Cronbach y el coeficiente rho de Spearman, a partir del nivel de forma básica de los participantes y de su índice de masa corporal (IMC). La comparación de las variables con distribución normal se realizó mediante ANOVA. Resultados. El pictograma mostró una buena fiabilidad test-retest (CCI=0,78 y CCI=0,8 respectivamente). La puntuación del SAPF y el nivel de forma básica mostraron asociación débil ($\rho=0,424$) y la autopercepción de la propia composición corporal y el IMC, moderadamente fuerte ($\rho=0,727$). La forma básica auto percibida del 59,5% de la muestra fue normal, del 11,4% mala y del 29,1% buena. Solo el 27,06% se mostró satisfecho con su imagen corporal, el resto mostró su deseo de bajar de peso el equivalente a uno (47,1%), dos (22,4%) o tres o más puntos (3,5%) en el pictograma. Conclusiones. La adaptación al castellano mostró fiabilidad y validez, permitiendo conocer que gran parte de la muestra se mostró insatisfecha con su imagen corporal, aspecto sobre el que el IMC ejerció una influencia significativa”. (Martines-Aldao, D et al. 2021).

A las madres de los preescolares en este modelo muestra siete figuras a cada madre se les dio las instrucciones siguientes:

- Elija la figura con la que identifica a su hija(o), anotando una “X”.
- Elija una segunda figura respecto a cómo le gustaría que fuera su hija(o), enciérrela en un círculo.

Percepción adecuada: lo percibido por la madre coincide con el estado nutricional real del niño.

Percepción subestimada: lo percibido por la madre es menor con relación al estado nutricional real del niño.

Percepción sobreestimada: lo percibido por la madre es mayor con relación al estado nutricional real del niño.

En la observación directa se utiliza las medidas antropométricas como; peso, talla, donde luego se obtiene el índice de masa corporal, se emplea el uso de la balanza, tallímetro y curvas de crecimiento pediátricas dadas por la OMS (apéndice b)

PESO

Se utiliza una balanza digital electrónica, que permite pesar individuos con una precisión cada 100gr, posee visor digital; con capacidad de pesaje hasta 150kg, posee plataforma de vidrio templado, antes de usarla se necesita de pre accionamiento. La balanza presenta una variación de +/-1%. Antes de pesarlo se toma la precaución de que el niño este descalzo, solo con su ropa interior la posición para pesarlo debe estar el niño parado de manera correcta para que el peso este equilibrado en la balanza y el resultado se releja en kg con dos decimales.

TALLA

Para obtener la medición de la talla se utiliza el tallímetro que se encuentra fijo en la pared, tiene medidas en pulgadas y centímetros, la varilla de altura que es móvil en la parte superior permite mantener un ángulo recto con relación a la pared. Las normas que se sigue para tallar de manera correcta son: quitar los zapatos, moños en el caso de las niñas, el niño debe estar parado con los talones y rodillas juntas y contra la pared, debe mirar al frente (plano Frankfort), teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado, la varilla de altura móvil se desplaza hacia abajo hasta tocar la cabeza del niño y luego se registra los resultados en centímetros. Por lo cual se utiliza las tablas con percentiles en la edad pediátrica dadas por la O.M.S. y según la edad/talla y peso/talla e I.M.C. se clasifica el estado nutricional del niño los cuales son sujetos de estudio, es importante mencionar que se escoge esta técnica por su accesibilidad, factibilidad para ser aplicado.

3.1.4. Universo y Muestra.

La población de estudio incluye a los niños que asisten a control médico del Centro de Especialidades Médicas City-Celica, durante el mes de agosto del 2022. No se calcula la muestra ya que se trabaja con todo el universo conformado por 36 niños de 2 a 5 años de edad y sus 36 madres.

3.1.5. Criterios de inclusión.

- Infantes de 2 a 5 años de edad.
- Consentimiento de los representantes.
- No presentan ninguna patología que afecta su estado nutricional.

3.1.6. Criterios de exclusión.

- Los que tuvieron algún tipo de discapacidad.

- Niños que presenten una patología que afecte el estado nutricional.
- Niños a los que por algún factor no se los pudo tallar ni pesar de forma correcta.
- Los niños que tengan una dieta previamente establecida por un especialista de nutrición.

3.1.7. Definición de variables y tabla de operalización.

Variables dependientes.

- Percepción parenteral.
- Estado nutricional del niño.

Variables independientes.

- Hábitos alimentarios.

Variables intervinientes.

- Edad.
- Sexo.

3.1.7.1. Definición.

Variable 1: Percepción parental de la imagen corporal.

Definición conceptual: “es la información adquirida por nuestros sentidos dando una construcción o representación sobre el estado nutricional de los padres a los hijos”.

Definición operacional: mediante el pictograma se evalúa con las siluetas de las figuras corporales en donde se refleja el estado nutricional, correspondiendo las primeras dos siluetas a una subnutrición, las tres imágenes continuas representan lo normal, y las últimas representa una sobre nutrición.

Variable dependiente, cualitativa. Se expresa en porcentaje de acuerdo a un orden establecido; percepción adecuada, percepción subestimada y percepción sobreestimada.

Medición: pictografía.

Categorización: Percepción adecuada (el estado nutricional percibido por la madre coincide con el estado nutricional real), Percepción subestimada (estado nutricional percibido por la madre es menor al estado nutricional real), Percepción sobreestimada (estado nutricional percibido por la madre es mayor al estado nutricional real).

Variable 2: Estado nutricional de los niños/as.

Definición conceptual: “Es la condición del organismo que resulta de la relación entre las necesidades nutritivas individuales y la ingesta, absorción y utilización de los nutrientes contenidos en los alimentos”. (FAO, 2018).

Definición operacional: Peso, Talla, I.M.C. se relaciona con el percentil peso / talla clasificándose:

Bajo peso: Pc menor a 3 (IMC menor a 11).

Normal: Pc 3 al 85 (IMC 14 a 17).

Sobrepeso: Pc 85 al 97 (IMC sobre 17 a 18).

Obesidad: Pc mayor al 97 (IMC sobre 18).

Variable dependiente, cuantitativa se mide; peso (kg), talla (cm) e I.M.C. (kg/m²).

Medición: Se utiliza las curvas de crecimiento de la O.M.S.

Variable 3: Hábitos alimentarios.

Definición: son un conjunto de conductas que tiene el individuo para la selección, preparación y consumo de alimentos

Indicador: cuestionario de hábitos alimentarios realizado a los padres.

Variable cualitativa, debido a que su clasificación se realizará tomando valores establecidos en escalas y no mediante valores numéricos.

Medición: Según su escala de medición es dicotómica porque tomará solo dos valores: hábitos alimentarios adecuados o hábitos alimentarios inadecuados.

Variable 4: Edad.

Definición conceptual: período de tiempo comprendido entre el nacimiento y un momento determinado. (FAO, 2018)

Definición operacional: se obtiene de la historia clínica.

Variable cuantitativa continua.

Medición: cantidad de meses que tiene una persona desde que nació hasta el momento de la encuesta.

Variable 5: Sexo.

Definición conceptual: condición orgánica, masculino o femenina (RAE, 2017).

Variable cualitativa nominal (se diferencia en dos categorías)

Medición: masculino y femenino

3.1.8. Tabla de operalización.

Variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Indicadores	Codificación o medición en la base de datos	Escala de medición
Percepción parental de la imagen corporal	Cualitativa	“Es la información adquirida por nuestros sentidos dando una construcción o representación sobre el estado nutricional de los padres a los hijos”.	Mediante la pictografía se determina la imagen corporal según la percepción parental de las madres. Se refleja en porcentaje.	Percepción adecuada (el estado nutricional percibido por la madre coincide con el estado nutricional real), Percepción subestimada (estado nutricional percibido por la madre es menor al estado nutricional real), Percepción sobreestimada (estado nutricional percibido por la madre es mayor al estado nutricional real).	Ordinal

Estado nutricional de los niños	Cuantitativo	“Es la condición del organismo que resulta de la relación entre las necesidades nutritivas individuales y la ingesta, absorción y utilización de los nutrientes contenidos en los alimentos”. (FAO, 2018).	I.M.C. es necesario para ya que los indicadores deben de estar en relación entre sí. Peso relación a la talla, talla relación a la edad	Bajo peso: Pc menor a 3 (IMC menor a 11). Normal: Pc 3 al 85 (IMC 14 a 17). Sobrepeso: Pc 85 al 97 (IMC sobre 17 a 18). Obesidad: Pc mayor al 97 (IMC sobre 18). Variable dependiente, cuantitativa se mide; peso (kg), talla (cm) e I.M.C. (kg/m ²). Medición: Se utiliza las curvas de crecimiento de la O.M.S.	Ordinal
Hábitos alimentarios	Cualitativa	son un conjunto de conductas que tiene el individuo para la selección, preparación y consumo de alimentos	Cuestionario de hábitos alimentarios realizado a la madre distribución y frecuencia de comidas	Inadecuado = 0 a 29 puntos Adecuado = 30 a 58 puntos	Ordinal
Edad	Cuantitativa continua	período de tiempo comprendido entre el nacimiento y un momento determinado. (FAO, 2018)	Promedio de edad	Niños de 2 a 5 años.	Numérica, frecuencia
Sexo	Cualitativa, categórica y dicotómica	condición orgánica, masculino o femenina (RAE, 2017).	Porcentaje de femeninas y porcentaje de masculinos.	Femenino. Masculino.	Nominal, dicotómica, de frecuencia.

3.1.9. Plan de recolección y análisis.

Los datos son recolectados por medio del cuestionario modificado de uno de EE. UU acerca de los hábitos alimenticios, donde también se obtiene los datos de los alumnos. En cuanto a la percepción de las madres sobre la imagen corporal de sus hijos se utiliza un pictograma con siluetas propuestas por un modelo de “Stunkard y Stellard” modificado por “Collins”. Al recolectar los datos antropométricos de la población en estudio de los niños de 2 a 5 años de edad que acudieron a consulta médica del Centro de Especialidades Médicas City-Celica, estos se transcriben al programa Excel 2022 creando una base de datos, Por último, se hace la descripción de la población para las variables nominales y ordinales utilizando frecuencias y porcentajes, que posteriormente se procesan en el programa estadístico SPSS 20.0 que proporciona el nivel de significancia estadística o valor p (p-value). Lo cual es estadísticamente significativo.

En el análisis se realiza:

Una revisión de la calidad de la base de datos (cuestionario y pictograma), donde se debe llenar correctamente y constatar si la muestra; cambia de domicilio, no desea seguir participando o muerte.

Previo al análisis de la asociación se realizó el análisis descriptivo según las variables estudiadas. En nuestro caso por ser variables cualitativas categóricas se utilizó frecuencia absoluta y frecuencia relativa.

Para la asociación de las variables del estado nutricional, hábitos alimentarios y actividad física se utilizó el Chi cuadrado, puesto que las variables son de tipo cualitativas categóricas y para determinar la magnitud de asociación.

Para presentar los resultados se realizan tablas.

3.1.10. Consideraciones éticas.

El presente estudio tiene en cuenta los principios y criterios fundamentales de buena praxis para su realización. Entre estos tenemos:

Los participantes fueron informados de forma clara de los objetivos del estudio, las características referentes a su participación. Asimismo, se obtuvo el consentimiento informado (apéndice a), antes de iniciar la evaluación. Se indicará que el proyecto de investigación es para la obtención del título en Magister en Nutrición y Dietética de las Universidad de las Américas.

Este estudio es no invasivo y se respeta la decisión de las madres en darnos la información hasta donde ellas consideran beneficiosa. Esta evidenciado que en este estudio no hay discriminación y toma en cuenta un muestreo no probabilístico por conveniencia. En donde todos los sujetos en investigación tenían la oportunidad de ser seleccionados.

El trabajo de titulación garantiza que se basó en investigaciones científicas válidas y actualizadas, además el método de investigación mantiene coherencia lógica con el problema de estudio, la muestra fue seleccionada de forma correcta, el análisis de los datos y su interpretación son de calidad, y también los resultados tienen el uso de un lenguaje adecuado. Los resultados no serán usados de forma indiscriminada, ni comercializados, igualmente se llevará a cabo sin ningún conflicto de interés.

3.1.11. Plan de actuación.

A las madres se les explicará el objetivo de la investigación, y según la decisión que tomen pudieran firmar el consentimiento informado, los resultados obtenidos se compartirá con los representantes con la finalidad de poder realizar una intervención oportuna y correcta.

Capítulo IV

Tablas

4.1. Resultados.

En base a los objetivos de la investigación, se presentan a continuación los resultados, los cuales se agruparon de la siguiente forma: características de la población, estado nutricional, percepción parental y hábitos alimenticios.

4.1.1. Características de la población.

Tabla 1

Distribución de la población de estudio según su género.

SEXO		
	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	16	44,4
Femenina	20	55,6
Total	36	100,0

Fuente: Encuesta. Elaborado por: Gladys Ulloa.

Tabla 2

Distribución de la población según la edad.

GRUPOS ETARIOS		
	Frecuencia	Porcentaje
Lactante	10	27,8
Preescolares	26	72,2
Total	36	100,0

Fuente: Encuesta. Elaborado por: Gladys Ulloa.

Existe una mayor proporción de mujeres que son atendidas en el Centro de Salud (Tabla 1), en donde la edad que prevalece es de 3 a 4 años con el 72.2% (Tabla 2).

4.1.2. *Determinación del estado nutricional según el IMC.*

Tabla 3

Estado nutricional según I.M.C (peso/talla).

ESTADO NUTRICIONAL		
	Frecuencia	Porcentaje
Bajo peso	6	16,7
Normal	19	52,8
Sobrepeso	3	8,3
Obesidad	8	22,2
Total	36	100,0

Fuente: Encuesta. Elaborado por: Gladys Ulloa.

De los 36 niños en estudio se observa que, aunque prevalece un estado nutricional normal, hay que tener en cuenta que 3 de cada 10 niños tienen tendencia a la obesidad.

4.1.3. *Evaluación de la percepción materna sobre el estado nutricional.*

Tabla 4

Percepción parental sobre la imagen corporal de los niños.

PERCEPCION PARENTAL		
	Frecuencia	Porcentaje
Subestimada	14	38,9
Adecuada	15	41,7
Sobreestimada	7	19,4
Total	36	100,0

Fuente: Encuesta. Elaborado por: Gladys Ulloa.

La percepción de la madre constituye un factor negativo ya que si tomamos en cuenta que el 38.9% tienden a subestimar, quiere decir que de los niños que se encuentran en el rango normal tendrían en riesgo de llevarlos a la obesidad y las madres que sobrestiman llevarlos al bajo peso.

4.1.4. Hábitos alimenticios.

Tabla 5

Frecuencia del Desayuno.

FRECUENCIA DE HORA DEL DESAYUNO		
	Frecuencia	Porcentaje
5:00 am - 5:59 am	7	19,4
6:00 am - 6:59 am	2	5,6
7:00 am - 7:59 am	7	19,4
8:00 am - 8:59 am	10	27,8
mas de las 9am	10	27,8
Total	36	100,0

Fuente: Encuesta. Elaborado por: Gladys Ulloa

Tabla 6

Frecuencia del Almuerzo.

FRECUENCIA DE HORA DEL ALMUERZO		
	Frecuencia	Porcentaje
11:00 am - 11:59 am	2	5,6
12:00 am - 12:59 am	19	52,8
1:00 pm - 1:59 pm	1	2,8
2:00 pm - 2:59 pm	10	27,8
más de las 3 pm	4	11,1
Total	36	100,0

Fuente: Encuesta. Elaborado por: Gladys Ulloa

Tabla 7

Frecuencia de cena.

FRECUENCIA DE HORA DE LA CENA		
	Frecuencia	Porcentaje
5:00 pm - 5:59 pm	3	8,3
8:00 pm - 8:59 pm	20	55,6
mas de las 9:00 pm	13	36,1
Total	36	100,0

Fuente: Encuesta. Elaborado por: Gladys Ulloa

En la tabla 5, tabla 6 y tabla 7 podemos observar que hay una concordancia dentro de los horarios permitidos para cada comida y catalogados como hábitos alimenticios adecuados con un 52,8% , pero hay que tener cuidado con el 47.2% de niños que no ingieren comida en los horarios adecuados, tendríamos que averiguar cuáles son las causas ya que se encuentra una diferencia de 5,6%.

Tabla 8

Preparación de alimentos.

FORMAS DE PREPARACIÓN		
	Frecuencia	Porcentaje
Guisado	10	27,8
Sancochado	11	30,6
Fritos	9	25,0
al horno	3	8,3
a la plancha	3	8,3
Total	36	100,0

Fuente: Encuesta. Elaborado por: Gladys Ulloa

Tabla 9

Consumo de Refrigerios.

CONSUMO DE REFRIGERIOS		
	Frecuencia	Porcentaje
Frutas	18	50,0
Hamburguesas	5	13,9
Snacks	5	13,9
Helado	5	13,9
Nada	3	8,3
Total	36	100,0

Fuente: Encuesta. Elaborado por: Gladys Ulloa

En la tabla 8 podemos observar que el 75% de los niños las madres preparan de una manera adecuada los alimentos para el consumo de sus hijos. En cuanto a la tabla 9 se evidencia que el consumo de refrigerios esta dividido en 50% tanto para los adecuados como para los no adecuados, del 50% de los inadecuados el 47.8% tiene tendencia a comida con alto niveles calóricos, de grasa trans y azúcar.

Tabla 10

Consumo de carne de res/cerdo

FRECUENCIA DE CONSUMO DE CARNE DE RES/CERDO		
	Frecuencia	Porcentaje
1-2 veces al mes	17	47,2
1-2 veces a la semana	19	52,8
Total	36	100,0

Fuente: Encuesta. Elaborado por: Gladys Ulloa

En la tabla 10 de la población en estudio llama la atención que el 47.2% tiene un consumo inadecuado de carne de res/cerdo, lo que habría de saber en este caso es si tienen consumo de proteína animal de otro tipo de carne.

Tabla 11

Consumo de Pollo.

FRECUENCIA DE CONSUMO DE POLLO		
	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	2	5,6
1-2 veces al mes	13	36,1
1-2 veces a la semana	20	55,6
Diario	1	2,8
Total	36	100,0

Fuente: Encuesta. Elaborado por: Gladys Ulloa

El 44.5% consume carne de pollo de una manera inadecuada, siendo este el que se consume con mayor frecuencia ya sea por que refieren los padres que es el que pueden comprar más rápido o por que algunos de ellos son del sector rural y tienen criaderos.

Tabla 12

Consumo de Pescado.

FRECUENCIA DE CONSUMO DE PESCADO		
	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	7	19,4
1-2 veces al mes	25	69,4
1-2 veces a la semana	4	11,1
Total	36	100,0

Fuente: Encuesta. Elaborado por: Gladys Ulloa

El consumo de pescado es escaso en la población en estudio con el 88.8%, esto es debido a que los padres refieren que no están acostumbrados a consumir o por que algunos niños no les agrada el sabor.

Tabla 14

Consumo de verduras.

FRECUENCIAS DE CONSUMIR VERDURAS		
	Frecuencia	Porcentaje
1-2 veces al mes	10	27,8
1-2 veces a la semana	8	22,2
Interdiario	9	25,0
Diario	9	25,0
Total	36	100,0

Fuente: Encuesta. Elaborado por: Gladys Ulloa

En la población de estudio el consumo de verduras se encuentra dividido, ya que el 50% consume adecuadamente y el otro 50% de manera inadecuada, en este caso hay que saber si los que no consumen verduras es porque no les agrada su sabor o porque sus padres no ven importante dar las mismas.

4.1.5. La percepción de los padres de familia y los hábitos alimenticios están relacionados con el estado nutricional.

Tabla 15

Tabla cruzada de percepción materna de la imagen corporal sobre el estado nutricional.

		PERCEPCION PARENTAL *ESTADO NUTRICIONAL					Total
		ESTADO NUTRICIONAL					
PERCEPCION PARENTAL		Recuento	Normal	Bajo peso	Sobrepeso	Obesidad	100,0 %
		Adecuada	% dentro de PERCEPCION PARENTAL	10	66,7%	2	
Subestimada	Recuento	8	57,1%	3	0,0%	3	21,4%
	% dentro de PERCEPCION PARENTAL						
Sobreestimada	Recuento	1	14,3%	1	28,6%	3	42,9%
	% dentro de PERCEPCION PARENTAL						
Total	Recuento	19		6	3	8	
	% dentro de PERCEPCION PARENTAL		52,8%	16,7%	8,3%	22,2%	100,0 %

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	9,414 ^a	6	,152
Razón de verosimilitud	9,799	6	,133
Asociación lineal por lineal	4,615	1	,032
N de casos válidos	36		

Fuente: Encuesta. Elaborado por: Gladys Ulloa

Se realiza la tabla para observar si hay relación entre la percepción parental y el estado nutricional real de los niños en estudio, determinándose que la Sig. Asintónica es de .152 mayor a 0.05. por lo que las variables no están relacionadas. En tendiéndose que la percepción parental de la imagen corporal no influye en el estado nutricional.

Tabla 16

Tabla cruzada de hábitos alimenticios y el estado nutricional.

HABITOS ALIMENTICIOS*ESTADO NUTRICIONAL							
		ESTADO NUTRICIONAL				Total	
		Norma 1	Bajo peso	Sobrepeso	Obesida d		
HABITOS ALIMENTICIO S	Adecuado	Recuento	19	0	0	0	19
		% dentro de HABITOS ALIMENTICIO S	100,0 %	0,0%	0,0%	0,0%	100,0 %
	Inadecuado	Recuento	0	6	3	8	17
		% dentro de HABITOS ALIMENTICIO S	0,0%	35,3 %	17,6%	47,1%	100,0 %
Total		Recuento	19	6	3	8	36
		% dentro de HABITOS ALIMENTICIO S	52,8%	16,7 %	8,3%	22,2%	100,0 %

Pruebas de chi-cuadrado		
Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)

Chi-cuadrado de Pearson	36,000 ^a	3	,000
Razón de verosimilitud	49,795	3	,000
Asociación lineal por lineal	26,078	1	,000
N de casos válidos	36		

Fuente: Encuesta. Elaborado por: Gladys Ulloa

En esta tabla se observa si hay relación entre los hábitos alimenticios y el estado nutricional real de los niños en estudio, determinándose que la Sig. Asintótica es de ,000 menor a 0.05 por lo que las variables están relacionadas. Entendiéndose que el estado nutricional depende de los hábitos alimenticios.

Capítulo V

Discusión, conclusión y recomendaciones.

5.1. Discusión.

En esta investigación al determinar cómo incide la percepción de los padres sobre la imagen corporal de sus hijos en el estado nutricional, se pudo encontrar que el valor ($\chi^2 = 0,152 > \chi^2_{tabular} = 0,05$) a través de la prueba de χ^2 de Pearson, lo que nos da a entender que no existe relación entre la percepción parental y el estado nutricional, Esto quiere decir que aun que exista en la actualidad la costumbre por parte de los padres de basarse en la percepción de la imagen corporal para tener una “idea” del estado nutricional de los niños, es una acción errónea ya que podemos observar que no tienen relación alguna, la percepción de los padres es subjetiva y no puede tener confiabilidad. Estos resultados son corroborados por Flores, Cárdenas y Elenes (2014) quienes en su investigación llegan a concluir que la percepción materna de la imagen corporal no tienen relación ya que en este estudio demostró una sensibilidad aceptable en donde solo una pequeña parte de madres con niños con sobrepeso y obesidad consiguió percibir de forma adecuada esta situación, dicho hallazgo es consistente con la literatura que menciona que los padres no reconocen cuando su hijo tiene algún tipo de malnutrición siendo más notable en los niños de 2 a 6 años. En tal sentido, bajo lo referido anteriormente y al analizar los datos, confirmamos que debemos informar a los padres de familia que la percepción no es un determinante para saber el estado nutricional de sus hijos e incentivar a que los lleven a control médico para así mediante las medidas antropométricas poder dar un juicio del estado nutricional y ayudar al niño a llevar un desarrollo óptimo evitando complicaciones a futuro.

Con el objetivo de establecer relación entre los hábitos alimenticios y el estado nutricional de los niños que acuden a control médico en el Centro de Especialidades City-Celica, los resultados reflejan que el valor de (chi-cuadrado calculado = ,000) < (chi-cuadrado tabular = 0.05) a través de la prueba de chi-cuadrado de Pearson entendiéndose que existe una relación entre las variables de hábitos alimenticios y el estado nutricional. En cuanto a la relación de los hábitos alimenticios sobre el estado nutricional observamos que son dependientes ambas variables, es decir que si hay una alimentación adecuada en el hogar el estado nutricional será adecuado para él niño, mientras si hay una alimentación inadecuada el estado nutricional del niño se verá afectado llevando consigo a los estados de malnutrición y reflejándose además en el desarrollo infantil. Estos resultados son respaldados por Quito y Quizpe (2022) quienes reportan que de los pacientes atendidos en consulta externa y los que se requerían hospitalización el 80% presentan alguna malnutrición inclinándose más al diagnóstico de desnutrición, por lo que investigan y concluyen que una de las causas es debido a una alimentación inadecuada y factores socioeconómicos. Analizando estos datos podemos ver que los hábitos alimenticios juegan un rol importante en el crecimiento y desarrollo de los niños y además se hace referencia a factores socioeconómicos que intervienen dentro del núcleo familiar. Cabe recalcar que los padres no presentan importancia a la calidad de alimentos que reciben sus hijos.

5.2. Conclusiones.

A manera de finalizar se expresa lo siguiente:

Dentro de la población de estudio observamos que en el mes de agosto del 2022 hubo una afluencia de pacientes pediátricos, la mayoría son femeninas, en relación al sexo masculino, y de este gran parte son preescolares que oscila entre una edad de 3 a 5 años de edad, con relación a los lactantes.

Se determinó el estado nutricional de los niños con las medidas antropométricas, además de evidenció que menos de la mitad presenta de bajo peso, sobre peso u obesidad. Por lo que se concluyó que de cada 10 niños 3 a 4 tienen riesgo de sufrir malnutrición

Se evaluó la percepción de las madres en cuanto a la imagen corporal de sus hijos, evidenciándose que la mayoría tienen una percepción errónea. Al ver que hay una mayor tendencia de percibir inadecuadamente la imagen corporal esta puede afectar negativamente en la ingesta de alimentos.

Se estableció que los hábitos alimenticios en la población de estudio la mayoría presenta una alimentación adecuada.

Se realizó el cruce de variables de la percepción parental y el estado nutricional dichas no están relacionadas, mientras que las variables; hábitos alimenticios y estado nutricional son variables dependientes, lo que quiere decir que la modificación de los hábitos alimenticios afecta al estado nutricional de los niños.

5.3. Recomendaciones.

Se sugiere, realizar estudios en el cual se mida el nivel socioeconómico, nivel de escolaridad de los padres de familia.

Se recomienda realizar una matriz dentro del Centro de Especialidades Médicas City Celica de los pacientes que acuden a consulta externa y se evidencia malnutrición, llevando un registro de los controles médicos e ir viendo su evolución.

Realizar educación nutricional a los padres de familia sobre la importancia y ventajas de una alimentación saludable.

Se sugiere un plan de acción entre el Centro de Especialidades Médicas City-Celica con los centros de Salud y así poder trabajar coordinadamente en pesquisas de casos y ayudar con el programa impartido por el Ministerio de Salud de “SUS PRIMEROS 1000 DIAS DE VIDA”.

Referencias.

- Alper, D. (2003). Alimentación y Nutrición. (1era). Marbán.
- Blanchet, R., Kengneson, C., Bodnaruc, A., Gunter, A., y Giroux, I. (2019). Factors Influencing Parents' and Children's Misperception of Children's Weight Status: a Systematic Review of Current Research. *Current obesity reports*, 8(4), 373–412.
- Brown, J. (2014). Nutrición en las diferentes etapas de la vida. (Quinta). McGraw-Hill Interamericana Editores, S. A.
- Brown, J. (2014). Nutrición en las diferentes etapas de la vida. (Quinta). McGraw-Hill Interamericana Editores, S. A.
- Chávez, K., Rodríguez de Ita, J., Santos Guzmán, J., Segovia, J., Altamirano, D., & Matías, V. (2016). Altered perception of the nutritional status of preschoolers by their parents: A risk factor for overweight and obesity. Alteración de la percepción del estado nutricional por parte de padres de preescolares: un factor de riesgo para obesidad y sobrepeso. *Archivos argentinos de pediatría*, 114(3), 237–142. <https://doi.org/10.5546/aap.2016.eng.237>
- Escott, S. (2016). Nutrición, diagnóstico y tratamiento. Barcelona, Wolters Kluwer.
- Flores, Y. Acuña, A. Cárdenas- Villarreal, V. Amaro- Hinojosa, M. Pérez- Campa, M. y Elenes- Rodríguez, J. (2016). Asociación de la percepción materna del peso del hijo y estilos maternos de alimentación infantil. *Nutrición Hospitalaria*, v(34), 51-58. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.975>
- Gil, Á. (2010). Tratado de Nutrición (Vol. III). Madrid, España: Medica Panameericana.
- González, Y., y Díaz, C. (2015). Cartagena Family characteristics associated with the nutritional status of schools children in the city of Cartagena. *Salud Pública* v (17), 17(6), 836–847. <https://doi.org/10.15446/rsap.v17n6.43642>
- <https://doi.org/10.1007/s13679-019-00361-1>
- <https://eric.ed.gov/?id=ED176864>
- <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED176864.PDF>
- <https://iris.paho.org/handle/10665.2/733>
- <https://www.unicef.org/lac/informes/el-estado-mundial-de-la-infancia-2019-ni%C3%B1os-alimentos-y-nutrici%C3%B3n>
- <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet-oms-2018>
- <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>

Kaufer, M., Pérez, A., y Arroyo, P. (2015). *Nutriología Médica*. México, México. Medica.

Kroke, A., Strathmann, S. y Günther, A. (2006). Percepciones maternas del peso corporal de su hijo en la infancia y la primera infancia y su relación con el estado del peso corporal a los 7 años. *Revista Europea de Pediatría*, v(182), 875-883. <https://doi.org/10.1007/s00431-006-0191-3>

Mahan, L., Escott, S., y Raymond, J. (2013). *Krause Dietoterapia*. Krause's Food and the

Martínez, D., Diz, J., Varela, S., Sanchez, M y Ayán, C. (2021). Fiabilidad y validez del cuestionario SAPF y del pictograma de Stunkard en población mayor española. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 44(3), 327-337. Epub 30 de mayo de 2022. <https://dx.doi.org/10.23938/assn.0956>

Nutrition Care Process (15 Edición). Elsevier.

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Presencia de la OMS en los países, territorios y regiones: informe 2019*. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329408>.

Oviedo, G. (2004). Definición del concepto de percepción en psicología con base en la teoría. *Revista de Estudios Sociales*, n (18), 89-96. Panamericana.

Quito, R. Quizhpe, P. Arturo. 2002. *DESNUTRICIÓN INFANTIL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO*. Por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, unidad de Pediatría.

Rodota, L. y Castro, M. (2012). *Nutrición clínica y Dietoterapia*, Buenos Aires, Médica Panamericana.

Ruiter, E., Saat, J., Molleman, G., Fransen, G., van der Velden, K., van Jaarsveld, C., Engels, R., & Assendelft, W. (2020). Parents' underestimation of their child's weight status. Moderating factors and change over time: A cross-sectional study. *PloSone*, 15(1), e0227761. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227761>

S. H. Unidad 1. Marco Metodológico. Población y Muestra. [Online].; 2020. Available from: https://www.uaeh.edu.mx/docencia/VI_Lectura/maestria/documentos/LECT86.pdf.

APÉNDICES.

Apéndice A. Consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Información del estudio:

Título: "PERCEPCIÓN DE LOS PADRES DE FAMILIA SOBRE EL ESTADO NUTRICIONAL, HÁBITOS ALIMENTARIOS DE SUS HIJO"

Nombre del investigador: Md. Gladys Lizbeth Ulloa Jumbo.

Establecimiento que realiza la investigación: Universidad de las Américas.

El siguiente trabajo investigativo es realizado para la obtención del título de Magister en Nutrición y Dietética de la Universidad de las Américas. Cabe mencionar que su hijo y usted como representante, contribuirán a un estudio en donde se realizará la valoración del estado nutricional, hábitos alimenticios y la relación que pueda existir con la percepción parental. Además, se determinará el índice de masa corporal por medio del peso y la talla, se realizará a los padres una encuesta y toda esta información dada se utilizará para obtener resultados y así poder comunicar a los representantes si el estado nutricional del niño es acorde a la edad del infante, de encontrarse alguna alteración se podrá tomar medidas para mejorar la salud. Su participación es libre y voluntaria, si no desea ser parte de la investigación esta en la libertad de negarse a participar en este trabajo. Una vez leído el consentimiento.

Yo _____
 _____, como representante y madre de mi
 hijo/a; _____,

siendo mayor de edad, acepto de forma voluntaria ser parte de la investigación y autorizo que la información obtenida sea utilizada solo para los fines pertinentes.

FIRMA O HUELLA DIGITAL

Ci: _____

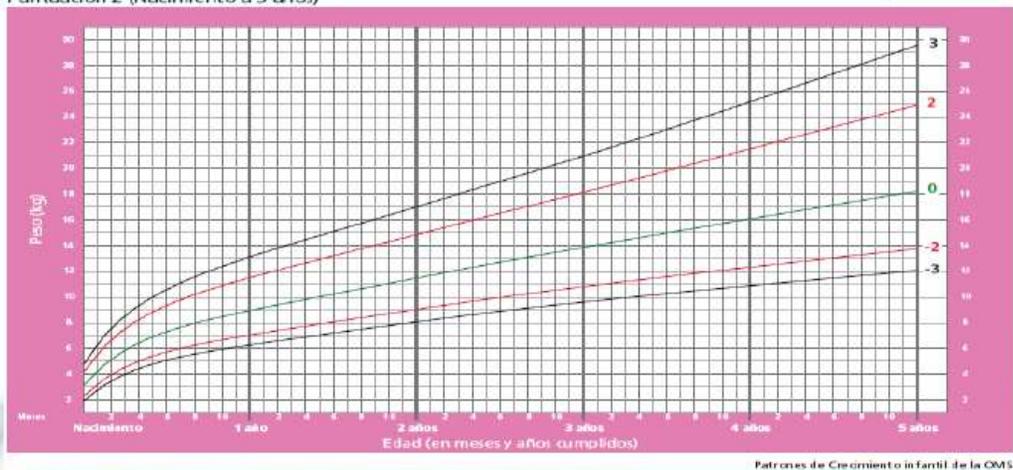
Apéndice B. Curvas de Crecimiento OMS. (peso/edad)



- Clasifica al niño con:
- buen peso (entre +2 y +3)
 - Peso normal (entre -2 y +2)
 - Bajo peso (entre -2 y -3)
 - Bajo peso severo (de -3 hacia abajo)

www.inclusion.gob.ec

Peso para la edad Niñas
Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



- Clasifica a la niña con:
- buen peso (entre +2 y +3)
 - Peso normal (entre -2 y +2)
 - Bajo peso (entre -2 y -3)
 - Bajo peso severo (de -3 hacia abajo)

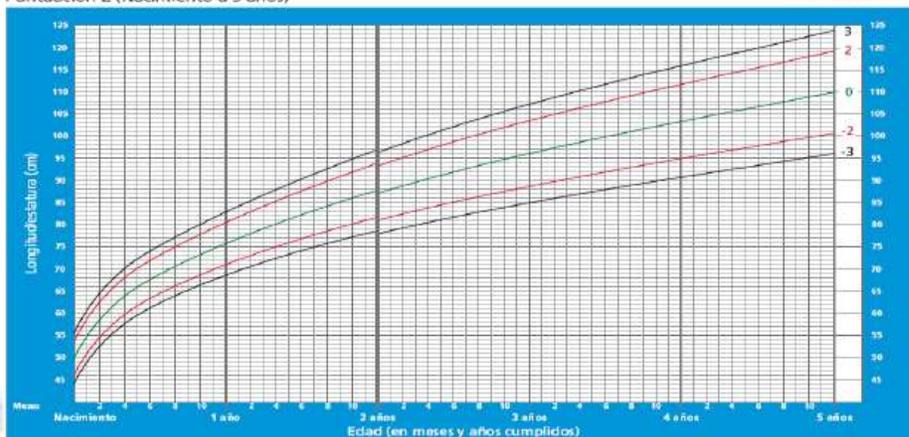
www.inclusion.gob.ec

Curvas de Crecimiento OMS. (talla/edad)

Longitud/estatura para la edad Niños

Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)

Organización Mundial de la Salud



Patrones de Crecimiento Infantil de la OMS

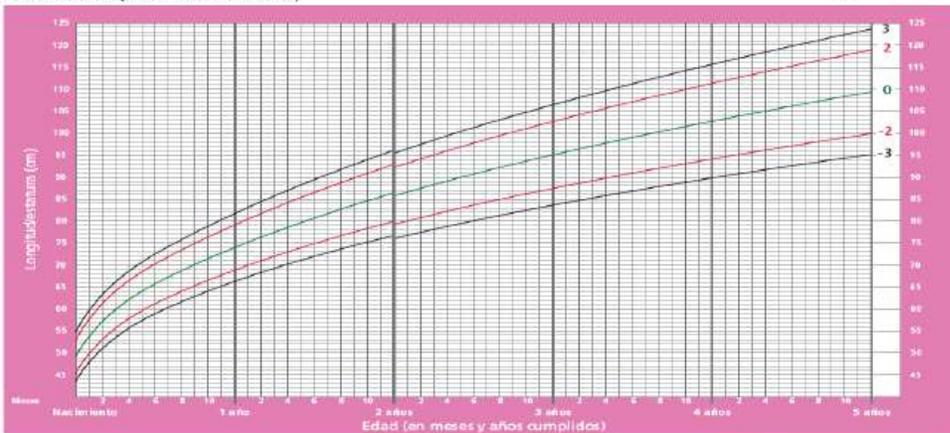
- Clasifica al niño con:
- buena talla (entre +2 y +3)
 - Talla normal (entre -2 y +2)
 - Baja talla (entre -2 y -3)
 - Baja talla severa (de -3 hacia abajo)

www.inclusion.gob.ec

Longitud/estatura para las Niñas

Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)

Organización Mundial de la Salud



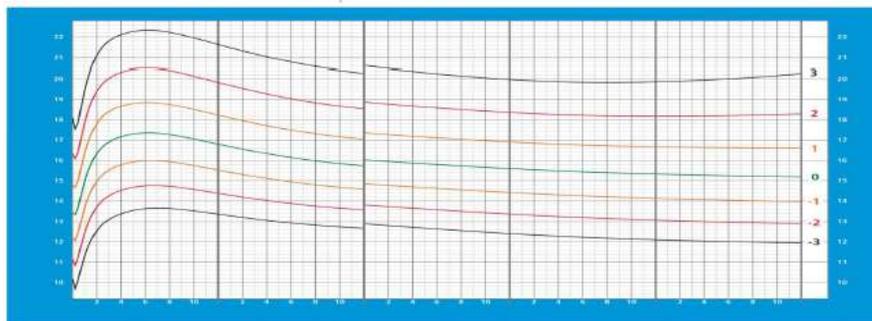
Patrones de Crecimiento Infantil de la OMS

- Clasifica a la niña con:
- buena talla (entre +2 y +3)
 - Talla normal (entre -2 y +2)
 - Baja talla (entre -2 y -3)
 - Baja talla severo (de -3 hacia abajo)

www.inclusion.gob.ec

Curvas de Crecimiento IMC.

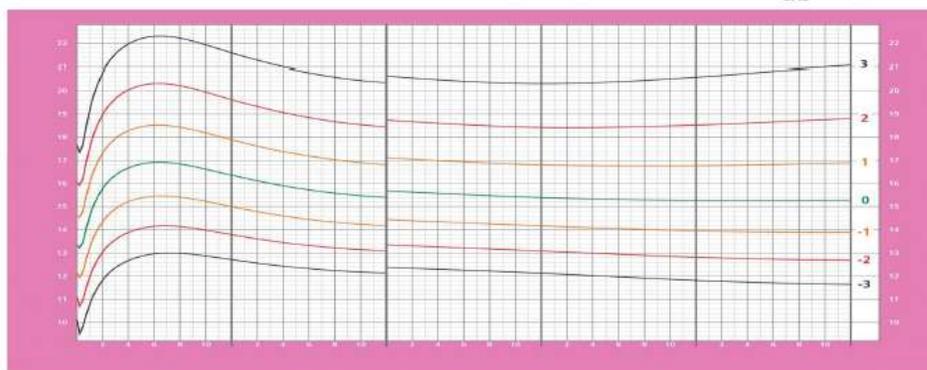
IMEC para Niñas Puntuación Z (nacimiento a 5 años)



- Clasifica a la niña con:
- Obesidad (de + 3)
 - Sobrepeso (entre + 2 y + 3)
 - Peso saludable (entre - 2 y + 2)
 - Emaciado (entre - 2 y -3)
 - Severamente emaciado (de - 3 hacia abajo)

www.inclusion.gob.ec

IMEC para Niñas Puntuación Z (nacimiento a 5 años)

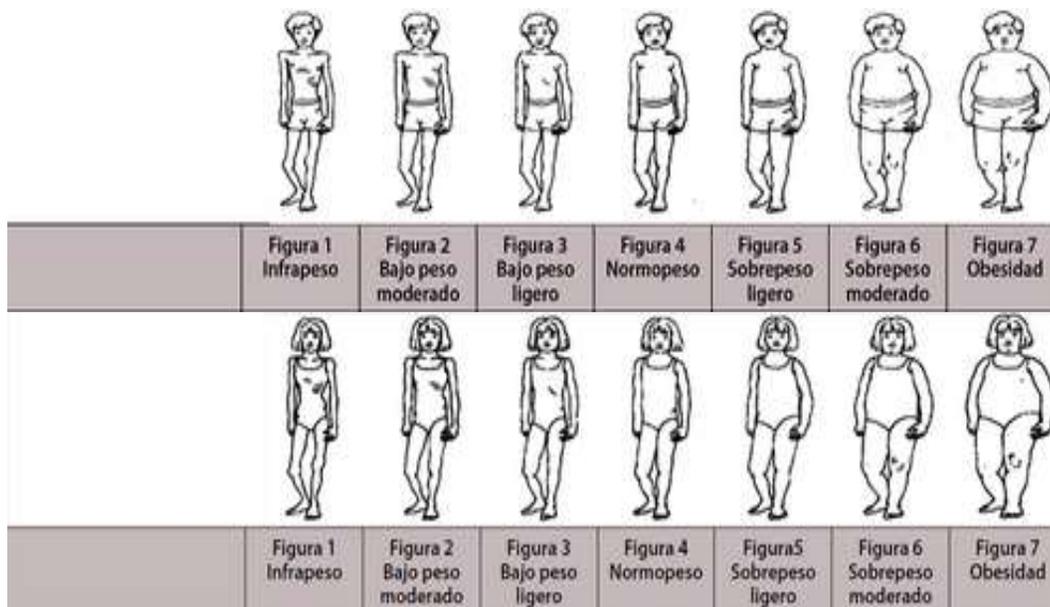


- Clasifica a la niña con:
- Obesidad (de + 3)
 - Sobrepeso (entre + 2 y + 3)
 - Peso saludable (entre - 2 y + 2)
 - Emaciado (entre - 2 y -3)
 - Severamente emaciado (de - 3 hacia abajo)

www.inclusion.gob.ec

Apéndice C.

Pitograma (modelo propuesto por Stunkard y Stellard, modificado por Collins)



Apéndice D. Cuestionario adaptado de los “Hábitos alimentarios de EE.UU”

CUESTIONARIO DE HÁBITOS ALIMENTICIOS			
<u>Instrucciones Generales:</u>			
<ul style="list-style-type: none"> • Responda cada pregunta lo mejor que pueda. Si no está seguro de alguna respuesta, proporcione una aproximación o cálculo. • Use exclusivamente un lapicero de tinta negra. No use lápiz ni rotulador • Marque con un X en la caja al lado de su respuesta • Si hace algún cambio tache la respuesta incorrecta y ponga con una X en la caja al lado de la respuesta correcta • No haga ninguna anotación por separado en este cuestionario 			
Fecha de hoy:			
MES	DÍA	AÑO	
Nombres y Apellidos:			
Fecha de nacimiento:			
Sexo:		Edad:	
Peso:	Talla:	IMC:	Dx Nutricional
1. ¿Cuántas veces durante el día consume alimentos el niño/a? a. Menos de 3 veces al día b. 3 veces al día c. 4 veces al día d. 5 veces al día e. Más de 5 veces al día		5. ¿Con quién consume su desayuno el niño/a? a. Con su familia b. Con sus abuelos. c. Solo(a)	
2. ¿Cuántas veces a la semana toma desayuno el niño/a? a. Nunca b. 1-2 veces a la semana c. 3-4 veces a la semana d. 5-6 veces a la semana e. Diario		6. ¿Cuál es la bebida que acostumbra tomar el niño/a? a. Leche y/o yogur b. Jugos de frutas c. Avena, quinua, soya d. Infusiones y/o café e. Otros, especificar:	
3. ¿Durante qué horario consume mayormente su desayuno el niño/a? a. 4:00 am – 4:59 a. m. b. 5:00 am – 5:59 a. m. c. 6:00 am – 6:59 a. m. d. 7:00 am – 7:59 a. m. e. 8:00 am – 8:59 a. m.		6a. ¿Qué tan seguido toma leche el niño/a? a. Nunca b. 1-2 veces al mes c. 1-2 veces a la semana d. Interdiario e. Diario	
4. ¿Dónde consume su desayuno el niño/a? a. En la casa b. En el restaurante		7. ¿Consume pan el niño/a? a. Sí (pasar a la pgta. 7a) b. No (pasar a la pgta.7b)	

7a. ¿Con qué acostumbra a acompañarlo?

- a. Queso y/o pollo
- b. Palta o aceituna
- c. Embutidos
- d. Mantequilla y/o frituras (huevo frito, tortilla)
- e. Mermelada y/o manjar blanco

7b. En caso de consumir pan, ¿qué consume?**8. ¿Qué tan seguido consume queso el niño/a?**

- a. Nunca
- b. 1 - 2 veces al mes
- c. 1 - 2 veces a la semana
- d. Interdiario
- e. Diario

9. ¿Qué es lo que acostumbra a consumir en media mañana el niño/a?

- a. Frutas (enteras o en preparados)
- b. Hamburguesa
- c. Snacks y/o galletas
- d. Helados
- e. Nada

10. ¿Qué es lo que acostumbra a consumir en media tarde el niño/a?

- a. Frutas (enteras o en preparados)
- b. Hamburguesa
- c. Snacks y/o galletas
- d. Helados
- e. Nada

11. ¿Qué bebidas suele consumir durante el día el niño/a?

- a. Agua natural
- b. Refrescos
- c. Infusiones
- d. Gaseosas
- e. Jugos industrializados

12. ¿Cuántas veces a la semana suele almorzar el niño/a?

- a. Nunca
- b. 1 - 2 veces a la semana
- c. 3 - 4 veces a la semana
- d. 5 - 6 veces a la semana
- e. Diario

13. ¿Durante qué horario consume mayormente su almuerzo el niño/a?

- a. 11:00 a. m. - 11:59 a. m.
- b. 12:00 m. - 12:59 p. m.
- c. 1:00 p. m. - 1:59 p. m.
- d. 2.00 p. m. - 2:59 p. m.
- e. Más de las 3:00 p. m.

14. ¿Dónde consume su almuerzo el niño/a?

- a. En la casa
- b. En el restaurante
- d. En los quioscos
- e. En los puestos de ambulantes

15. ¿Qué suele consumir mayormente en su almuerzo el niño/a?

- a. Comida criolla
- b. Comida vegetariana
- c. Comida light
- d. Pollo a la brasa y / o pizzas
- e. Comida chatarra

16. ¿Con quién consume su almuerzo el niño/a?

- a. Con su familia
- b. Solo(a)

17. ¿Cuántas veces a la semana suele cenar el niño/a?

- a. 1 - 2 veces a la semana
- b. 3 - 4 veces a la semana
- c. 5 - 6 veces a la semana
- d. Diario

18. ¿En qué horarios consume su cena el niño/a?

- a. 5:00 p. m. - 5:59 p. m.
- b. 6:00 p. m. - 6:59 p. m.
- c. 7:00 p. m. - 7:59 p. m.
- d. 8.00 p. m. - 8:59 p. m.
- e. Más de las 9:00 p. m.

19. ¿Dónde consume su cena el niño/a?

- a. En la casa
- b. En el restaurante
- d. En los quioscos
- e. En los puestos de ambulantes

20. ¿Qué suele consumir mayormente en su cena el niño/a?

- a. Comida criolla
- b. Comida vegetariana
- c. Comida light
- d. Pollo a la brasa y / o pizzas
- e. Comida chatarra

21. ¿Con quién consume su cena el niño/a?

- a. Con su familia
- b. Solo(a)

22. ¿Qué tipo de preparación en sus comidas principales suele consumir más durante la semana el niño/a?

- a. Guisado
- b. Sancochado
- c. Frituras
- d. Al horno
- e. A la plancha

23. ¿Cuántas veces suele consumir carne de res o cerdo el niño/a?

- a. Nunca
- b. 1 - 2 veces al mes
- c. 1 - 2 veces a la semana
- d. Interdiario
- e. Diario

24. ¿Cuántas veces suele consumir pollo el niño/a?

- a. Nunca
- b. 1 - 2 veces al mes
- c. 1 - 2 veces a la semana
- d. Interdiario
- e. Diario

25. ¿Cuántas veces suele consumir pescado el niño/a?

- a. Nunca
- b. 1 - 2 veces al mes
- c. 1 - 2 veces a la semana
- d. Interdiario
- e. Diario

26. ¿Cuántas veces suele consumir huevo el niño/a?

- a. Nunca
- b. 1 - 2 veces al mes
- c. 1 - 2 veces a la semana
- d. Interdiario
- e. Diario

26a. ¿El huevo en qué tipo de preparación suele consumir más?

- a. Sancochado
- b. Frito
- c. Escalfado
- d. Pasado
- e. En preparaciones

27. ¿Cuántas veces suele consumir menestras el niño/a?

- a. Nunca (pasar a la pgta. 28)
- b. 1 - 2 veces al mes
- c. 1 - 2 veces a la semana
- d. Interdiario
- e. Diario

27a. ¿Con qué bebida suele acompañar su plato de menestras?

- a. Con bebidas cítricas (limonada, jugo de papaya o naranja)
- b. Con infusiones (té, anís, manzanilla)
- c. Con gaseosas
- d. Con agua

28. ¿Cuántas veces suele consumir ensaladas de verduras el niño/a?

- a. Nunca
- b. 1 - 2 veces al mes
- c. 1 - 2 veces a la semana
- d. Interdiario
- e. Diario

29. ¿Cuántas veces suele consumir mayonesa con sus comidas el niño/a?

- a. Nunca
- b. 1 - 2 veces al mes
- c. 1 - 2 veces a la semana
- d. Interdiario
- e. Diario

30. ¿Suele agregar sal a las comidas preparadas?

- a. Nunca
- b. 1-2 veces al mes
- c. 1 -2 veces a la semana
- d. Interdiario
- e. Diario

31. ¿Cuántas cucharaditas de azúcar le agrega a un vaso y/o taza?

- a. Ninguna
- b. 1 cucharadita
- c. 2 cucharaditas
- d. 3 cucharaditas
- e. Más de 3 cucharaditas

