

**PATRONES DE CRECIMIENTO Y HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN DE LOS  
NIÑOS Y NIÑAS DE 2 A 5 AÑOS DEL PREESCOLAR DE ICOLVEN DE LA  
CIUDAD DE MEDELLÍN DURANTE EL PERIODO 2014**



Autores:

Andrea Valderrama

Abner Torres

Karen Lizeth Dallos

Sara Botero Botero

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA

Facultad de Ciencias de la Salud

Enfermería Profesional

Medellín, Colombia

2014

## NOTA DE APROBACIÓN



CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CENTRO DE INVESTIGACIONES

### NOTA DE ACEPTACIÓN

Los suscritos miembros de la comisión Asesora del Proyecto de Grado: "Patrones de Crecimiento y Hábitos de Alimentación de los Niños y Niñas de 2 a 5 Años del Preescolar de Icolven de la Ciudad de Medellín Durante el Período 2014", elaborado por los estudiantes: SARA BOTERO BOTERO, KAREN LIZETH DALLOS MORA, JESUS TORRES SANDOVAL y ANDREA VALDERRAMA GRANADA, del programa de Enfermería, nos permitimos conceptuar que éste cumple con los criterios teóricos, metodológicos y de redacción exigidos por la Dirección de Investigación y por lo tanto se declara como:

*Aprobado - Bueno*

Medellín, Noviembre 18 de 2014

*Milton Andrés Jara*

Mg (c). Milton Andrés Jara  
Presidente

*Cielo Rebeca Martínez*

Mg. Cielo Rebeca Martínez  
Secretaria

*Sara Botero B*

Sara Botero Botero  
Estudiante

*Karen Lizeth Dallos*

Karen Lizeth Dallos Mora  
Estudiante

*Jesus Torres Sandoval*

Jesus Torres Sandoval  
Estudiante

*Andrea Valderrama G.*

Andrea Valderrama Granada  
Estudiante

Personería Jurídica según Resolución del Ministerio de Educación No. 8529 del 6 de junio de 1983 / NIT 860.403.751-3

Cra. 84 No. 33AA-1 PBX. 250 83 28 Fax. 250 79 48 Medellín <http://www.unac.edu.co>

## **AGRADECIMIENTOS**

Se agradece por su contribución para el desarrollo de esta tesis primeramente a Dios por guiarnos en cada momento educativo, también queremos agradecer a la CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA al apoyar nuestra formación profesional, y además al Instituto Colombo- Venezolano en la oportunidad de aplicar nuestro proyecto de investigación en sus instalaciones y por ultimo a las personas participantes objeto de estudio.

## **SE DEDICA ESTE TRABAJO**

Dedicamos este proyecto a Dios y nuestros padres, quienes han sido un gran apoyo en cada uno de los momentos del desarrollo en este proyecto además a todas y cada una de las personas que contribuyeron en lograr esta meta y que nos han permitido crecer intelectualmente.



## **RESUMEN DEL PROYECTO DE GRADO**

Corporación Universitaria Adventista

Facultad: Ciencias de la Salud

Programa: Enfermería

Título: PATRONES DE CRECIMIENTO Y HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 2 A 5 AÑOS DEL PREESCOLAR DE ICOLVEN DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN DURANTE EL PERIODO 2014

Nombres de los integrantes del grupo:

Andrea Valderrama

Abner Torres

Karen Lizeth Dallos

Sara Botero Botero

Sigla del título académico y nombre del asesor: EP

Cielo Rebeca Martínez

Fecha de terminación del proyecto: 08 de Noviembre de 2014

Problema o necesidad:

En la actualidad, el mundo se enfrenta a una doble carga de mal nutrición que incluye desnutrición y alimentación excesiva. La mal nutrición en cualquiera de sus formas presenta riesgos considerables para la salud humana. Crecientes tasas de sobrepeso y obesidad en todo el mundo están asociadas a un aumento en las enfermedades crónicas como el cáncer, enfermedades cardiovasculares y diabetes, mientras que los niños desnutridos, padecen retraso del desarrollo motor, trastornos de la coordinación muscular y del lenguaje, disminución de la capacidad cognoscitiva y bajo rendimiento escolar;

limitando la capacidad del niño de convertirse en un adulto que pueda contribuir a través de su evolución humana y profesional, al progreso de su comunidad y su país.

Por esta razón, el desarrollo del niño depende de manera directa de las condiciones nutricionales durante su periodo de crecimiento. La baja o deficiente calidad de la dieta en esta etapa crítica del desarrollo infantil pueden provocar alteraciones en su desarrollo.

El crecimiento en los primeros años de vida es muy rápido. Durante el primer año, el niño aumenta su tamaño y triplica su peso de nacimiento, por esta razón sus requerimientos alimentarios son altos en relación a su tamaño, por lo que se requieren llevar un control en la evolución de peso y talla, y evaluar esta ganancia teniendo en cuenta los factores intrínsecos y extrínsecos de carácter biológico. Una buena alimentación, en los dos primeros años de vida del niño, se constituye en la base fundamental de la futura capacidad intelectual de una persona.

Por lo cual, el propósito del presente proyecto es describir los patrones de crecimiento y los hábitos de alimentación de los niños y niñas de 2 a 5 años del Preescolar de ICOLVEN de la ciudad de Medellín durante el periodo 2014.

### Método

La investigación se desarrolló en el Instituto Colombo- Venezolano de la ciudad de Medellín, durante el mes de Abril de 2014; La presente investigación es de enfoque cuantitativo, diseño observacional, tipo descriptivo transversal.

Se utilizó una muestra total de 31 niños y niñas, entre las edades de 2 a 5 años los cuales cursaban estudios en párvulos, pre jardín y transición. Los criterios de inclusión fueron: Niños y niñas de 2 a 5 años estudiantes del preescolar ICOLVEN.

Niños pertenecientes a todas las religiones.

Niños cuyos padres hayan autorizado su participación en el estudio mediante el diligenciamiento del consentimiento informado.

Niños que no tengan enfermedades de base que afecten o condicionen su estado nutricional.

El método utilizado para la recolección de la información fue la encuesta estructurada tipo Likert, aplicando el respectivo consentimiento informado. Previo a esto se realizó una prueba piloto al 61% de la población para validar el instrumento y la confiabilidad del mismo además de la validación por medio de expertos.

También, se tomaron las medidas antropométricas de los niños.

El análisis se realizó con el programa estadístico SPSS Versión 19 y, anterior a esto se construyó una base de datos en Excel para adjuntar la información además se utilizó el software Antro Versión 3.2.2 del 2011 de la OMS con el propósito de clasificar los patrones de crecimiento de los niños.

El análisis de los datos se estableció así: distribuciones de frecuencia y porcentajes para las variables cuantitativas.

## Resultados

La población inicial constaba de 40 niños (as) que cumplían con el requisito de edad, cinco niños fueron excluidos de la investigación debido a que sus padres no autorizaron su inclusión en el estudio y cuatro niños excluidos por datos incompletos. Por lo cual la muestra tomada como objeto de investigación es de 31 niños (as), lo que corresponde a un 80% de la población inicial.

Según el género de los encuestados el 40,6% corresponde al género femenino y el 56,3 % al género masculino siendo la población que más predomina en el estudio. En la distribución de grupos etáreos el 12,5% equivale a niños en edades entre los 2 y 3 años, el 28,1% corresponden a edades entre 3años + 1 mes y 4 años y el 56,3% se encuentra en edades entre 4 años + 1 mes y 5 años el cual representa el mayor porcentaje poblacional.

Los patrones de crecimiento a mencionar son los establecidos por la OMS. En el patrón de talla para la edad se encontró un riesgo de talla baja para la edad del 12,5% y en talla baja 3,1%. En el patrón de peso para la edad el 3,1% de los niños fueron evaluados de bajo peso, en el patrón de IMC el 15,6% con sobrepeso y el 3,1% están en la categoría de los obesos, el 15,6% en riesgo de desnutrición y el 3,1% con desnutrición. En peso para la talla, el riesgo de bajo peso para la talla fue de 12,5%, peso bajo para la talla o

desnutrición aguda 9,4%, sobrepeso 15,6% y 9,4% obesidad. En el grupo de escolares clasificados como bajo peso predominaron los niños mientras que en el grupo de malnutridos por exceso (sobrepeso y obesos) predominaron las niñas.

El 93,8% de la población tiene un régimen omnívoro y solo el 3,1 % corresponde a una dieta ovolacto-vegetariana.

Los hábitos alimentarios presentes en los niños incluidos en el estudio fueron clasificados en un alto consumo que equivale de 5 veces por semana a todos los días de la semana: frutas en un 56,3%, vegetales en un 37,5%, huevo en un 37,5%, consumo de lácteos en un 68,8%, agua en un 93,8%, cereales y granos en un 56,3%, adherencia al consumo de alimentos a horas establecidas el 93,8%, hábito de alimentación familiar al igual que el resto de su familia 81,3% además de consumir alimentos en compañía de sus familiares 87,5%.

Los siguientes alimentos se consumieron en baja cantidad clasificado en nunca a 2 veces por semana: oleaginosas corresponde al 75%, comidas rápidas 87,5%, alimentos a base de soya 62,5%, bebidas cafeinadas u oscuras 90,6% y salsas en un 68,8%.

### Conclusiones

Se concluye que el género representativo fue el masculino con un 56,3 % y que la mayor muestra se encuentra en edades de 49 a 60 meses.

La mitad de la población objeto de estudio se encuentra clasificado en peso para la talla alterado según los patrones de crecimiento planteados por la OMS.

En el patrón de crecimiento de talla para la edad se encontró que el 12,5% de los niños tienen un riesgo de talla baja para la edad y el 3,1% una talla baja para la edad lo cual se asocia al bajo o moderado consumo de vegetales, frutas, oleaginosas, agua y altos consumo de azúcares además el 20% de los niños que tienen talla baja para la edad presentan sobrepeso y en igual proporción obesidad, evidenciando así hábitos de alimentación malsanos según el instrumento aplicado.

La población con régimen ovolacto-vegetariano presenta una adecuado crecimiento y

estado nutricional según los parámetros establecidos por la OMS lo cual se puede comparar con estudios similares y concluir que llevar un régimen ovolacto vegetariano planeado no significa un riesgo para la salud de los menores.

Debido que en el periodo de los 2 a 5 años se forman muchos hábitos de alimentación e higiene que perdurarán toda la vida se concluye que la mayor presencia de población con sobrepeso u obesidad según el IMC se encuentra en el grupo de edad entre 49 a 60 meses evidenciando la inadecuada adquisición de hábitos de alimentación saludable ya que la práctica de hábitos incorrectos predispone a que se presenten problemas de malnutrición por carencia o por exceso.

Los hábitos de alimentación de las familias no son adecuados, pues el 54,9% de la población de estudio presento algún riesgo o alteraciones en los patrones de crecimiento evidenciado por el 81,3% de los niños que consumen igual dieta familiar y en compañía de la misma. A lo anterior se concluye que la adquisición de costumbres y hábitos de alimentación se guían por la cultura familiar más que por las recomendaciones nutricionales dadas por las Instituciones de salud.

La población en general presento un inadecuado consumo de frutas, vegetales y oleaginosas siendo estos grupos de alimentación importantes en el adecuado crecimiento y promoción de la salud.

## INTRODUCCIÓN

La nutrición se define como ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular), es un elemento fundamental de la buena salud. Una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental, y reducir la productividad.

Organización Mundial de la Salud<sup>1</sup>. (1)

La edad preescolar, comprendida entre los 2 a 5 años, es una etapa de progresivos y evidentes cambios en el crecimiento y desarrollo de los niños. Como los niños preescolares tienen una gran actividad física, su gasto energético aumenta considerablemente, por lo tanto la alimentación debe adecuarse al consumo de calorías.

En este periodo, el niño tiene mayor madurez del aparato digestivo. Esto le permite comer la mayoría de alimentos. Desde el punto de vista del desarrollo psicomotor, el niño ha alcanzado un nivel que le permite comer solo. Además, empieza su predilección por ciertos alimentos, porque ya es capaz de reconocer y elegir los alimentos al igual que el adulto.

Así, durante este periodo, se forman muchos hábitos de alimentación e higiene que perdurarán toda la vida. La práctica de hábitos incorrectos, predispone a que se presenten problemas de malnutrición por carencia o por exceso.

Por lo tanto, la nutrición es uno de los pilares de la salud y el desarrollo, además en personas de todas las edades permite reforzar el sistema inmunitario, contraer menos enfermedades y gozar de una salud más robusta. La gente sana es más fuerte, más productiva y está en mejores condiciones de romper el ciclo de pobreza y desarrollar al máximo su potencial.

---

<sup>1</sup> \*OMS: Organización Mundial de la salud

De hecho, la historia demuestra que las sociedades en las que se satisfacen las necesidades en materia de nutrición de las mujeres y los niños ofrecen también más posibilidades de que unas y otros logren mayores avances sociales y económicos. Aproximadamente la mitad del crecimiento económico logrado en el Reino Unido y diversos países de Europa occidental entre 1970 y 1980 ha sido atribuida a la mejor nutrición y las mejores condiciones de salud y saneamiento ambiental imperantes, como resultado de inversiones sociales que, en algunos casos, datan de hasta un siglo antes.

Por el contrario, la desnutrición aumenta la vulnerabilidad de las personas a distintas enfermedades y afecta su sobrevivencia. La niñez desnutrida tiene mayor probabilidad de contraer enfermedades, por lo que a menudo se incorporan tardíamente al sistema educativo y registran un mayor ausentismo escolar. Así mismo, el déficit de micronutrientes, en especial hierro, zinc, yodo y vitamina A, se relaciona con un deterioro cognitivo que se traduce en un menor aprendizaje.

Estas desventajas, sumadas a lo largo del ciclo de vida, dan como resultado personas adultas que no tienen condiciones de desplegar su máximo potencial intelectual, físico y por ende productivo. (2)

Al respecto, Según la OMS los primeros años de vida son los más importantes en el crecimiento de un niño, en esta etapa la alimentación y las prácticas de la familia influyen en el óptimo desempeño de las funciones vitales de los infantes.

En relación con lo mencionado anteriormente, Bueno explica que "Una nutrición adecuada es esencial para el mantenimiento de la salud y para asegurar un crecimiento óptimo" (3). El retraso del crecimiento en los niños tiene relación con el tipo de alimentación que consumen, aquí radica la importancia de tener una dieta balanceada durante el proceso de crecimiento.

Existe diversidad de costumbres y hábitos alimentarios en las familias, dependiendo de la cultura, creencias y acceso a los diversos grupos de alimentos.

Dadas las diferencias entre la alimentación de la población adventista y la no adventista, esta investigación busca describir los patrones de crecimiento y los hábitos de alimentación de los niños y niñas de 2 a 5 años del Preescolar de ICOLVEN de la ciudad de Medellín durante el periodo 2014.

## TABLA DE CONTENIDO

### Contenido

Planteamiento del problema.....	1
1.1. Justificación.....	1
1.2. Planteamiento del problema .....	1
1.3. Pregunta de investigación.....	5
1.4. Objetivo general .....	5
1.5. Objetivos específicos.....	5
1.6. Viabilidad de la investigación .....	5
1.7. Alcance de la investigación .....	6
1.8. Delimitaciones de la investigación:.....	6
1.9. Limitaciones de la investigación. ....	6
Marco teórico .....	7
2.1. Marco conceptual .....	8
2.1.1. Antropometría. ....	8
2.1.2. Estado Nutricional.....	8
2.1.3. Indicador antropométrico. ....	8
2.1.6. Obesidad. ....	10
2.2. Marco referencial.....	10
2.3. Marco institucional.....	16
2.4. Marco legal.....	17
2.5. Marco disciplinar .....	17
2.6. Marco teórico .....	19
2.6.1. Crecimiento.....	20
2.6.2. Recomendaciones Nutricionales.....	25
2.6.3. Tipos de Dieta. ....	30



2.6.4. Valoración nutricional.....	31
2.6.5. Valoración del Crecimiento. ....	31
2.6.6. Instrumentos para la valoración del crecimiento .....	33
Metodología .....	40
3.1. Descripción de la población .....	40
3.2. Enfoque y tipo de estudio.....	40
3.3. Área de estudio.....	40
3.4. Muestra.....	41
3.5. Criterios de inclusión y exclusión .....	41
3.5.1. Criterios de inclusión. Niños y niñas de 2 a 5 años estudiantes del preescolar ICOLVEN. ....	41
3.5.2. Criterios de exclusión. Niños y niñas de básica primaria, básica secundaria y educación media del ICOLVEN. ....	41
3.6. Instrumentos para la recolección de datos .....	42
3.7. Análisis de confiabilidad de los instrumentos .....	42
3.8. Estrategia de análisis de datos .....	42
3.9. Aspectos éticos .....	43
3.10. Cronograma de actividades.....	44
análisis de la información.....	45
conclusiones y recomendaciones .....	76
5.1. Conclusiones .....	77
5.2. Recomendaciones.....	77
Bibliografía: .....	78
Anexos: .....	92

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Clasificación del Indicador Talla/ Edad.....	34
Tabla 2. Clasificación del indicador Peso/ Talla.....	36
Tabla 3. Clasificación de indicador Peso para la Edad.....	38
Tabla 4. Clasificación del indicador IMC para la Edad.....	39
Tabla 5. Cronograma de actividades.....	44
Tabla 6. Frecuencia de edad.....	46
Tabla 7. Frecuencia de Género.....	47
Tabla 8. Frecuencia de Régimen alimenticio de los encuestados.....	48
Tabla de frecuencia 9. Niños que reciben suplemento vitamínico.....	49
Tabla 10. Peso para la talla.....	50
Tabla 11. Peso para la Edad.....	51
Tabla 12. Talla para la Edad.....	52
Tabla 13. IMC para la edad.....	53
Tabla 14. Desnutrición global.....	54
Tabla 15. Desnutrición crónica.....	55
Tabla 16. Frecuencia de consumo de frutas.....	56
Tabla 17. Consumo de vegetales.....	57
Tabla 18. Frecuencia de consumo de oleaginosas.....	58
Tabla 19. Frecuencia de consumo de huevo.....	59
Tabla 20. Frecuencia consumo de carnes.....	59
Tabla 21. Frecuencia consumo de enlatados.....	60
Tabla 22. Frecuencia consumo carnes frías.....	61
Tabla 23. Frecuencia consumo comidas rápidas.....	62
Tabla 24. Frecuencia consumo lácteos.....	62
Tabla 25. Frecuencia consumo azúcares.....	63
Tabla 26. Frecuencia de consumo de cereales.....	64
Tabla 27. Frecuencia consumo cereales.....	65
Tabla 28. Frecuencia consumo alimento a base de soya.....	66
Tabla 29. Frecuencia consumo agua.....	67
Tabla 30. Frecuencia consumo bebidas azucaradas, cafeinadas y gaseosas.....	68
Tabla 31. Frecuencia consumo aderezos o salsas.....	69

Tabla 32. Frecuencia consumo igual alimentación familiar .....	70
Tabla 33. Frecuencia consumo en horarios establecidos .....	71
Tabla 34. Frecuencia consumo de alimentos en compañía de la familia.....	72

## INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Porcentaje de ingesta diaria de calorías distribuidas en cinco tomas.....	29
Gráfico 2. Talla para la edad, Niños de 2 a 5 años .....	34
Gráfica 3.Talla para la edad, Niñas de 2 a 5 años.....	34
Gráfica 4. Peso para la Talla en niños de 2 a 5 años.....	35
Gráfica 5. Peso para la Talla en niñas de 2 a 5 años.....	36
Gráfica 6. Peso para la Edad en niños de 2 a 5 años .....	37
Gráfica 7. Peso para la Edad en niñas de 2 a 5 años .....	37
Gráfica 8. Índice de masa corporal en niñas de 2 a 5 años.....	38
Gráfica 9. Índice de masa corporal en niños de 2 a 5 años.....	39
Gráfica 10.Población del estudio .....	46
Gráfica 11.. Edad de los participantes del estudio .....	47
Gráfica 12. Porcentaje de Género .....	48
Gráfica 13. Porcentaje de Régimen alimenticio .....	49
Gráfica 14. Porcentaje de Suplemento Vitamínico.....	50
Gráfica 15. Peso para la talla .....	51
Gráfica 16. Peso para la edad.....	52
Gráfica 17. Talla para la edad .....	53
Gráfica 18. IMC para la Edad.....	54
Gráfica 19. Desnutrición Global.....	55
Gráfica 20. Desnutrición Crónica .....	56
Gráfica 21. Porcentaje de consumo de frutas.....	57
Gráfica 22. Consumo de vegetales.....	58
Gráfica 23. Consumo de huevo.....	59
Gráfica 24. Consumo de carnes .....	60
Gráfica 25. Porcentaje de consumo de enlatados.....	60
Gráfica 26. Porcentaje consumo carnes frias.....	61
Gráfica 27. Porcentaje consumo comidas rápidas.....	62
Gráfica 28. Porcentaje consumo lácteos.....	63
Gráfica 29. Porcentaje consumo de azúcares, bebidas oscuras y gaseosas.....	64
Gráfica 30. Porcentaje consumo cereales.....	65

Gráfica 31. Porcentaje de consumo granos.....	66
Gráfica 32. Frecuencia consumo de alimentos a base de soya.....	67
Gráfica 33. Porcentaje consumo de agua.....	68
Gráfica 34. Porcentaje consumo bebidas cafeinadas, azúcares y gaseosas.....	69
Gráfica 35. Porcentaje consumo aderezos o salsas.....	70
Gráfica 36. Porcentaje consumo igual alimentación familiar.....	71
Gráfica 37. Porcentaje consumo alimentos a horas establecidas.....	72
Gráfica 38. Porcentaje consumo alimentos en compañía de la familia.....	73
Gráfico 39. Número de niños con alteraciones del estado nutricional.....	75
Gráfico 40. Alteraciones de los patrones de crecimiento según género.....	76

## ÍNDICE DE ABREVIATURAS

IMC: Índice de masa corporal

OMS: Organización Mundial de la Salud

P/T: Peso para la Talla

T/E Talla por la Edad

P/E Peso para la Edad

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1. Justificación**

La adecuada alimentación en los cinco primeros años de vida del ser humano cumple un papel fundamental para el óptimo crecimiento y desarrollo en el niño, por consiguiente es importante valorar los patrones de crecimiento y los hábitos de alimentación en la primera infancia, con el propósito de formular intervenciones sobre los factores de riesgo que puedan comprometer el crecimiento y desarrollo del niño.

Se pretende con los resultados obtenidos de la investigación servir de base para proponer estrategias que influirán en el futuro inmediato y mediano del grupo de estudio, y que podrán ser replicadas en otras comunidades de similares características además de aumentar la identificación de factores que influyen en los problemas de salud pública.

### **1.2. Planteamiento del problema**

En los países industrializados se han producido cambios en el estilo de vida con respecto a los hábitos, usos y gustos alimentarios, muchas personas siguen una dieta caracterizada por el consumo excesivo de calorías, y por frecuentes desequilibrios entre nutrientes. El consumo de alimentos de origen animal sigue aumentando, con el consiguiente incremento de grasas saturadas y colesterol en la dieta. La tendencia de consumir productos refinados y con muy poco valor nutritivo se ha convertido en un problema que afecta la salud de la población actualmente.

(4) En la actualidad, “el mundo se enfrenta a una doble carga de mal nutrición que incluye desnutrición y alimentación excesiva. La mal nutrición en cualquiera de sus formas presenta riesgos considerables para la salud humana. (4) Crecientes tasas de sobrepeso y

obesidad en todo el mundo están asociadas a un aumento en las enfermedades crónicas como el cáncer, enfermedades cardiovasculares y diabetes, mientras que los niños desnutridos (5) padecen retraso del desarrollo motor, trastornos de la coordinación muscular y del lenguaje, disminución de la capacidad cognoscitiva y bajo rendimiento escolar; limitando la capacidad del niño de convertirse en un adulto que pueda contribuir a través de su evolución humana y profesional, al progreso de su comunidad y su país.

Para el año 2000 “la cifra de niños con desnutrición y retraso en desarrollo fue de 33% “ (5) , lo cual indica que la nutrición infantil sigue siendo un problema grave de salud pública. Un niño con desnutrición entra en la edad adulta con un alto riesgo de tener sobrepeso y a desarrollar enfermedades crónicas; y en el 2011, “más de dos tercios de los niños menores de 5 años con sobrepeso residían en países de ingresos bajos-medios”. Según la ONU, los datos indican que “43 millones de niños menores de 5 años en el mundo tienen exceso de peso u obesidad y más de 100 millones padecen de desnutrición” (6). En los países en desarrollo la desnutrición infantil alcanza proporciones alarmantes.

La mayoría de las personas creen que están bien alimentadas por el hecho de comer en gran cantidad o hacer un plan de comida sin muchos excesos de grasa. Alimentarse no es lo mismo que nutrirse, debido a que esta acción va condicionada a múltiples factores; como la cultura, economía, seguridad alimentaria.

Según la UNICEF,” a nivel mundial, uno de cada cuatro niños menores de 5 años (165 millones, o el 26% en 2011) sufre desnutrición crónica” (7). La desnutrición crónica, o baja estatura para la edad, se asocia con un anormal desarrollo del cerebro, lo que es probable que tenga consecuencias negativas en la vida de un niño a largo plazo.

Debido a la situación de alerta con los desequilibrios nutricionales la ONU propuso 2 Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM) para su cumplimiento desde 1990 hasta 2015 en base a la contribución para la salud de los menores de cinco años, el primero ODM es erradicar la pobreza extrema y el hambre como meta: “Reducir en el mundo a la mitad la proporción de hombres que padecen hambre. Y actualmente su indicador: En el mundo hay 842 millones de personas desnutridas y 99 millones son menores de cinco años (8) ”.

También, propuso el cuarto ODM “Reducir la mortalidad en menores de 5 años con un indicador actual de: 6 millones niños mueren anualmente (9).

“América Latina y el Caribe es, en promedio, la región con menor porcentaje de niños menores de cinco años afectados por desnutrición crónica: un 12% (de 2007 a 2011)” (7). Sin embargo, algunos de nuestros países muestran tasas muy elevadas y dispares. Guatemala continúa siendo el país de la región con tasas más altas de desnutrición crónica, es el quinto país del mundo con una mayor prevalencia de desnutrición crónica entre 2007 y 2011: con un 48%. Sólo es superado por Burundi (58%), Timor-Leste (58%), Níger (51%) y Madagascar (50%). Le siguen Colombia (puesto 37°), Perú (38°), Venezuela (43°), Bolivia (47°), Nicaragua (52°) y El Salvador (53°). En cuanto a la mortalidad de niños menores de 5 años, la tasa de América Latina y el Caribe (19 por cada 1.000 nacidos vivos).

Un informe realizado por el periódico del Espectador, manifiesta que “Colombia se ubica en la posición 37 de una clasificación de 81 países en vía de desarrollo cuyos niños tienen retraso de crecimiento debido a la mala alimentación, en total el país tiene a 595 mil menores de 5 años desnutridos” (10).

La mortalidad por desnutrición en el Departamento de Antioquia, en menores de cinco años, registra una tasa de 20.33 por 100.000 que representa el 4.48% de la mortalidad infantil. En este Departamento, la desnutrición se mantiene entre las diez primeras causas de muerte en los menores de 4 años y en los niños menores de un año, la situación es aún más grave, pues la tasa de mortalidad para 1998 fue de 58.6 por 100.000. En algunas zonas como Urabá, la tasa de mortalidad por desnutrición es una de las más altas del departamento, siendo casi tres veces mayor que el promedio departamental (58.39 por 100.0000). (11)

La desnutrición y la falta de micronutrientes fundamentales en la dieta, son la causa de la muerte de más de cinco millones de niños en el mundo cada año. Tanto la desnutrición como el bajo peso al nacer (menos de 2.500 gramos) afectan el desarrollo cognitivo, el desempeño escolar, la productividad en la edad adulta, así como la morbilidad y mortalidad.



La OMS y la universidad de las naciones unidas realizaron un estudio multicentrico internacional sobre el patrón del crecimiento de base comunitaria sobre 8000 niños de Brasil, estados unidos, china, la india, noruega y Omán. Se demostró que las diferencias del crecimiento infantil hasta los 5 años depende más de la nutrición, las prácticas de alimentación, el medio ambiente la atención sanitaria, que de factores genéticos o étnicos.

El desarrollo del niño depende de manera directa de las condiciones nutricionales durante su periodo de crecimiento, la baja o deficiente calidad de la dieta en esta etapa crítica del desarrollo infantil pueden provocar alteraciones en su desarrollo.

El crecimiento en los primeros años de vida es muy rápido. Durante el primer año, el niño aumenta su tamaño y triplica su peso de nacimiento, por esta razón sus requerimientos alimentarios son altos en relación a su tamaño, por lo que se requieren llevar un control en la evolución de peso y talla, y evaluar esta ganancia teniendo en cuenta los factores intrínsecos y extrínsecos de carácter biológico. Una buena alimentación, en los dos primeros años de vida del niño, se constituye en la base fundamental de la futura capacidad intelectual de una persona.

Colombia en su Encuesta Nacional de la Situación Nutricional (ENSIN) en el 2010 describió que la desnutrición crónica se encuentra en un 13,2% y la Meta: 8% viendo la disminución desde 1990 la cual fue 26,1% relacionándose con baja escolaridad en madres, nivel del SISBEN 1 y 2, además la desnutrición global se encuentra en un 3,4% acercándose a la meta 2,6%.

Por último, en el mes de septiembre de 2014 la OMS y la FAO (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura) en el 2do Congreso Internacional de Nutrición establecieron que “1 de cada 9 personas se va a dormir con hambre y 500 millones tienen obesidad (12) ”.

“No existe en el universo conocido ninguna estructura tan compleja, tan perfecta y a la vez tan bella, como el cuerpo humano en buen estado de salud. Conocer sus características únicas resulta fundamental para poder cuidarlo y disfrutar de él durante toda la vida” (13).

Hace más de dos mil años, Hipócrates precursor de la medicina, acuñó al aforismo la siguiente frase: “que tu alimento sea tu medicina, y tu medicina tu alimento” (14).

### **1.3.Pregunta de investigación**

¿Cuáles son los hábitos de alimentación y los patrones de crecimiento de los niños y niñas de 2 a 5 años del Preescolar de ICOLVEN de la ciudad de Medellín, durante el periodo 2014 con los parámetros de crecimiento establecidos por la OMS?

### **1.4.Objetivo general**

Describir los patrones de crecimiento y los hábitos de alimentación de los niños y niñas de 2 a 5 años del Preescolar de ICOLVEN de la ciudad de Medellín durante el periodo 2014.

### **1.5.Objetivos específicos**

Determinar los hábitos de alimentación de los niños de 2 a 5 años del Preescolar de ICOLVEN de la ciudad de Medellín durante el periodo 2014.

Enunciar el estado nutricional de niños y niñas de 2 a 5 años del Preescolar de ICOLVEN de la ciudad de Medellín, de acuerdo a las tablas de crecimiento de la OMS, durante el periodo 2014.

Describir el estado nutricional de los niños con régimen alimenticio diferente al omnívoro.

### **1.6.Viabilidad de la investigación**

La realización de la investigación fue viable ya que se contó con recursos económicos

como dinero disponible para impresiones de encuestas, consentimientos informados, pasajes para consultar información bibliográfica en biblioteca Universidad de Antioquia. Además recurso humano como docentes asesores de investigación y personal investigativo. También recursos físicos en instrumentos como báscula digital, tallímetros, disponibilidad de material bibliográfico en biblioteca de la Universidad de Antioquia y lo más importante el lugar para y las personas para ser posible la realización de investigación.

### **1.7. Alcance de la investigación**

Con la presente investigación se desea describir los hábitos alimenticios y los patrones de crecimiento, teniendo en cuenta los parámetros de la OMS y la cultura alimenticia de la población valorada, para identificar el estado actual de los niños en dichas áreas y actuar como agente de cambio si los hallazgos lo ameritan.

### **1.8. Delimitaciones de la investigación:**

Esta investigación abordará el estado de crecimiento y nutricional en infantes de 2 a 5 años que se encuentran actualmente estudiando en el Preescolar de ICOLVEN.

### **1.9. Limitaciones de la investigación.**

No se realizaron más de dos tomas debido a que el tipo de estudio de esta investigación es transversal, por lo tanto no se puede dar diagnóstico de peso para la edad, ya que se requiere requeriría como mínimo 2 tomas de las medidas antropométricas para poder concluir.

El instrumento usado para la recolección de los datos de los infantes, fue diseñado sin incluir el espacio para ser diligenciado con la talla y peso al nacer de los niños, por los padres de familia, por ello no se pueden sacar conclusiones con respecto a las variables peso para la edad actual.

Poca disponibilidad de tiempo en los cuidadores de los niños y niñas objeto de investigación para contestar adecuadamente la encuesta de valoración de hábitos nutricionales.

## **MARCO TEÓRICO**

## **2.1.Marco conceptual**

Se hace necesario tener presentes los siguientes conceptos para comprender con claridad la investigación.

**2.1.1. Antropometría.** Según la real academia Española: Antropo que proviene del griego y significa “hombre” y metría del griego medida y significa “medida o medición (15)”. 1. f. “Tratado de las proporciones y medidas del cuerpo humano” (16).

Además “Se refiere a la medición de las proporciones del cuerpo humano, en cuanto a tamaño y composición corporal”. (17)

También, “La antropometría es una técnica incruenta y poco costosa, portátil y aplicable en todo el mundo para evaluar el tamaño, las proporciones y la composición del cuerpo humano. Refleja el estado nutricional y de salud y permite predecir el rendimiento, la salud y la supervivencia”. (18)

**2.1.2. Estado Nutricional.** Es el resultado de la relación entre la ingesta de energía y nutrientes y el gasto dado por los requerimientos nutricionales para la edad, sexo, estado fisiológico y actividad física. (17)

**2.1.3. Indicador antropométrico.** Es la combinación de dos variables o parámetros, ejemplos peso/talla; talla/edad, entre otros.

**2.1.3.1. Longitud/talla para la edad.** También denominado desnutrición crónica. Un indicador de crecimiento que relaciona la longitud o talla de un niño para la edad.

**2.1.3.2. Peso bajo para la edad.** También denominado desnutrición global. Indica bajo peso para una edad específica, considerando un patrón de referencia. El indicador P/E se encuentra por debajo de -2 desviaciones estándar. Refleja desnutrición pasada y presente.

**2.1.3.3. Peso bajo para la talla.** También denominado desnutrición aguda. Indica bajo peso con relación a la talla (P/T), sin tener en cuenta la edad. El indicador P/T se encuentra por debajo de -2 desviaciones estándar.

**2.1.3.4. Peso muy bajo para la talla:** También denominado desnutrición aguda severa. El indicador P/T se encuentra por debajo de -3 desviaciones estándar.

**2.1.4. Desarrollo.** Abarca tanto a la maduración en los aspectos físicos, cognitivos, lingüísticos, socio afectivos y temperamentales como el desarrollo de la motricidad fina y gruesa.

**2.1.5. Desnutrición.** Es el resultado del consumo insuficiente de alimentos. La desnutrición puede ser crónica, aguda y desnutrición según peso para la edad.

La desnutrición implica tener un peso corporal menor a lo normal para la edad, tener una estatura inferior a la que corresponde a la edad (retraso en el crecimiento), estar peligrosamente delgado o presentar carencia de vitaminas y/o minerales (malnutrición por carencia de micronutrientes o mejor conocida como hambre oculta). (19)

Una persona con desnutrición se encuentra por debajo de la línea de puntuación  $z-2$  o  $-3$  de peso para la edad, peso para la longitud/talla o IMC para la edad o de longitud/talla para la edad.

**2.1.6. Obesidad.** Obeso proviene del latín *obesus*, que padece de obesidad o excesivamente gordo. Se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. (20) OMS 2012

Una persona obesa tiene un peso para la longitud/talla o IMC para la edad por encima de la línea de puntuación  $z$  3.

## **2.2. Marco referencial**

La desnutrición es en gran medida una emergencia invisible. (21) "Cerca de 12 millones de niños menores de 5 años que mueren anualmente de enfermedades susceptibles, sobre todo en los países en desarrollo, más de 6 millones, o el 55%, perecen por causas relacionadas directa o indirectamente con la desnutrición".

Muchos niños padecen diversos tipos de desnutrición, de manera que las cifras tienden a superponerse. Además los cálculos indican que en el mundo hay 226 millones de niños que sufren corta talla ya que su estatura es menor que el promedio entre los niños de su edad, así mismo (21), se calcula que unos 67 millones de niños sufren emaciación, lo que significa que tienen un peso inferior al que corresponde a su estatura, y unos 183 millones de niños tienen un peso inferior a lo que les corresponde según su edad.

(22) Las cifras en Colombia también son alarmantes por ejemplo en el año 2000, Antioquia tuvo índices de desnutrición más altos que el promedio nacional mientras en Colombia un total de 13.5% de niños menores de siete años presentaron desnutrición crónica, en el departamento un 15.6% y en Medellín un 8.4%.

Debido a la necesidad de controlar y prevenir la presencia de estas alteraciones en los menores y las repercusiones que trae en la vida adulta se han realizado múltiples estudios relacionados con el estado nutricional y hábitos de vida de los infantes con el propósito de aplicar estrategias para contrarrestar la malnutrición en esta etapa de la vida.

(23) Para el año 1997, Nathan, Hackett, A.F. y Kirby, se enfocaron en realizar un estudio

longitudinal del crecimiento de parejas de niños vegetarianos y omnívoros, con edades entre 7-11 años, en el noroeste de Inglaterra. Su objetivo era evaluar la capacidad de una dieta libre de carne para apoyar el crecimiento normal de los niños, vegetarianos y omnívoros de Inglaterra. Fueron incorporados principalmente a través de las escuelas y todas las mediciones se tomaron en sus hogares: altura, peso, pliegues cutáneos del brazo superior y mediciones de la circunferencia braquial medio – superior, se tomaron al inicio del estudio y un año más tarde.

Dentro de los Resultados se puede resaltar que de todas las medidas antropométricas analizadas, sólo el incremento en altura prevista de los vegetarianos era ligeramente superior a la de los omnívoros. Esta diferencia fue sólo aparente después de medir la altura del padre, el hábito de fumar de la madre y el número de hermanos. Una tendencia a que los vegetarianos son más delgados que los omnívoros no fue significativa al nivel del 5 %. Se concluyó entonces que estos niños que siguieron una dieta libre de carne y los estilos de vida tradicionales crecieron al menos tan bien como los niños que comían carne.

Por consiguiente, (24)Un estudio realizado en el año 2000, Thane y Bates enfocaron su interés en estudiar una población de niños preescolares vegetarianos, su objetivo era valorar la ingesta dietética en relación con el estado nutricional en niños de 1.5 a 4.5 años que consumían carne y los niños que no lo hacían. Los niños (n = 1.351) se clasificaron como "omnívoros" o "vegetarianos", según si consumen carne o productos cárnicos durante un registro en la dieta de 4 días además de eso tomaron muestras sanguíneas para análisis nutricional.

Con resultados se obtuvo que el 3% de los niños eran “vegetarianos” los cuales consumían una mayor proporción de la leche y los productos lácteos además el consumo de energía tiende a ser bajo en ambos grupos de edad también el porcentaje de la energía de la proteína y la grasa eran más bajos, mientras que a partir de los hidratos de carbono fue mayor en comparación con los omnívoros.

La ingesta de colesterol fueron más bajas, de manera significativa para los niños más pequeños y de micronutrientes eran superior (vitaminas C y E, potasio) o inferior (niacina



y sodio) en los vegetarianos más jóvenes en comparación con los omnívoros. La Ingesta de energía ajustados de hierro y zinc no fueron significativamente diferentes de los omnívoros, aunque ambas tomas fueron bajas en muchos niños.

Los índices de estado nutricional hematológicos y bioquímicos mostraron algunas diferencias. La ferritina sérica fue menor en los vegetarianos mientras que las Vitaminas antioxidantes (A, C y E) fueron mayor en los vegetarianos además de vitamina B12 y el estado nutricional más que adecuado.

En conclusión la ingesta y el estado de nutricional fueron generalmente adecuadas en los niños en edad preescolar que no comían carne. Aunque los niveles de ferritina sérica fueron inferiores (sobre todo en los vegetarianos menores de 3 años de edad), los niveles más bajos de grasa, colesterol y sodio, y una mayor ingesta de vitaminas antioxidantes y los índices de estado eran potencialmente beneficiosos. Dada una dieta equilibrada, la ingesta de nutrientes adecuados y la situación puede mantenerse sin consumir carne.

(25) Otro estudio realizado en el año 2001 en niños vegetarianos de Hong Kong cuyo objetivo era valorar el estado nutricional de niños chinos lacto- ovo- vegetarianos entre 4-14 años, se realizaron mediciones antropométricas, exámenes de sangre venosa en ayunas para los lípidos séricos, datos hematológicos, hierro, vitamina B12 y folato, densidad mineral ósea de la columna vertebral.

La media  $\pm$  desviación estándar consumo diario de energía fue de  $1.600 \pm 425$  kcal. En comparación con la de la dieta local omnívoro, la dieta vegetariana era más cerca de la dieta saludable recomendada con menos grasa (20-23 %), más fibra (5.8 a 8.7 g / día) y mejor proporción de ácidos grasos poliinsaturados. El crecimiento y la densidad mineral ósea de los niños vegetarianos eran comparables a la población general omnívora. Dos niños tenían deficiencia de hierro y dos niños tenían anemia. El estado del calcio, como se refleja en la densidad mineral ósea, no se vio afectado. Ácido fólico y vitamina B12 en suero estaban dentro del rango normal. Seis hombres (25%) y cuatro niñas (15%) eran obesos. Tres de ellos tenían hiperlipidemia.

En conclusión, la dieta vegetariana china de Hong Kong parece saludable,

proporcionando hierro adecuado y la nutrición de la vitamina B12, pero la prevalencia de obesidad fue alta.

De la misma manera; (26) Alicia B. y colaboradores en el año 2005 en un estudio con objetivo era evaluar el estado nutricional de 711 niños entre los 3 y 14 años de bajos recursos socioeconómicos en el contexto de la transición nutricional tomando medidas antropométricas. Los resultados determinaron que las prevalencias de sobrepeso y obesidad fueron del 17%, las de bajo peso/edad, baja talla/edad y bajo peso/talla no superaron el 3%. En conclusión, el bajo porcentaje de desnutrición en contraste con la alta prevalencia de sobrepeso reflejaría lo observado en otros estudios de poblaciones transicionales de América Latina, donde la desnutrición está siendo reemplazada por la obesidad, particularmente en los sectores más pobres de la sociedad.

En concordancia al presente proyecto de investigación; (27) Bejarano y Alexandra en el año 2011 realizaron una investigación bajo la interrogante ¿Cómo influye los hábitos alimentarios en el estado nutricional de los niños y niñas en edad preescolar (2-5 años) en una población de la ciudad de Ambato?. Para la realización se tomaron fichas de datos donde se evaluaban peso – talla de acuerdo a la edad para realizar el análisis respectivo basándose en los parámetros de crecimiento del niño y niña.

Como resultado de la investigación se concluye que el 30 % de los niños fueron evaluados de bajo peso, el 23 % con sobrepeso y el 20 % están en la categoría de los obesos. En el grupo de escolares clasificados como bajo peso predominaron las niñas mientras que en el grupo de malnutridos por exceso (sobrepeso y obesos) predominaron los niños. No hubo diferencias significativas en la valoración nutricional de la talla/edad entre los diferentes grupos de edades estudiadas.

Los hábitos alimentarios presente en los niños incluidos en el estudio pueden valorarse de inadecuados pues predominaron los alimentos fritos (100%) en su alimentación cotidiana seguida de carbohidratos(90%) y alimentos ricos en dulces y paneras, seguido de dulces y helados con un 93% y refrescos y gaseosas con un 83%. Los padres de familias encuestados demostraron pocos o escasos conocimientos sobre aspectos relacionados con

la nutrición de sus hijos/hijas lo que puede estar influyendo de forma negativa en los hábitos alimentarios y en el estado nutricional de sus hijos/hijas.

Asimismo, Durán y colaboradores en el año 2009 (28), describió la situación nutricional en niños de 6-72 meses de la República Argentina. Según las regiones y nivel socioeconómico, utilizando los índices peso/edad, talla/edad y peso/talla, según OMS. Se valoró ingesta cuantitativamente y cualitativamente, y la distribución de hemoglobina, ferritina sérica, retinol plasmático y vitamina D, con su correspondiente prevalencia de déficit.

En los resultados arrojados por la investigación, se observó 8,0% de acortamiento, 1,3% de emaciación y 10,4% de obesidad. La prevalencia de anemia fue 16,5% en menores de 6 años y 35,3% en niños de 6-23 meses. La prevalencia de deficiencia subclínica de vitamina A en niños de 2-5 años fue 14,3%, y 2,8% de los niños de 6-23 meses en la región Patagonia presentaron déficit de vitamina D. Se observaron inadecuaciones alimentarias en nutrientes críticos. Los niños que pertenecen a hogares de bajo nivel socioeconómico presentaron mayor prevalencia de condiciones de inadecuación nutricional.

En muchos países en desarrollo, se elevan las prevalencias de sobrepeso y de obesidad en niños con el incremento del riesgo de enfermedades crónicas. Debido a la anterior problemática en el año 2007; (29) Groeneveld, solomons y collen, realiza un estudio transversal en con el objetivo de evaluar las prevalencias de retraso en el crecimiento, peso bajo, sobrepeso y obesidad en escolares de 8 a 10 años de edad de niveles socioeconómicos (NSE) alto o bajo en Quetzaltenango, la segunda mayor ciudad de Guatemala.

La muestra fue de 583 niños de escuelas primarias privadas y públicas. Para evaluar el retraso en el crecimiento, el peso bajo, el sobrepeso y la obesidad se utilizaron como

referencias las puntuaciones z propuestos por los Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos de América en 2000.

Los resultados derivados de la investigación expresaron que la talla, el peso y el índice de masa corporal medios fueron significativamente mayores en los 327 niños de NSE alto que en los 256 niños de NSE bajo en todos los grupos de edad y sexo. La prevalencia de retraso en el crecimiento fue significativamente mayor en los niños con NSE bajo que en los de NSE alto (27,0% frente a 7,3%;  $P < 0,01$ ), al igual que la prevalencia de peso bajo (14,1% frente a 4,6%,  $P < 0,01$ ). En contraste, la prevalencia de sobrepeso fue mayor en los niños con NSE alto que en los de NSE bajo (17,7% frente a 10,5%,  $P < 0,01$ ), al igual que la prevalencia de obesidad (14,4% frente a 2,3%,  $P < 0,01$ ).

Las prevalencias de retraso en el crecimiento en los niños de NSE bajo y de sobrepeso y obesidad en los de NSE alto fueron mucho mayores que las referencias establecidas por los CDC en el año 2000. En conclusión, Se encontraron elevadas prevalencias de retraso en el crecimiento y de peso corporal excesivo en esta población urbana de Guatemala, con notables contrastes entre las clases sociales. La obesidad en los niños de familias con ingresos elevados indica que la ciudad está experimentando la transición nutricional, con las implicaciones que con lleva para los riesgos de enfermedades crónicas en el futuro. Se requieren intervenciones nutricionales y de salud para reducir esos riesgos

La prevalencia de la obesidad infantil sigue aumentando en todo el mundo. Sus consecuencias son dramáticas, ya que se asocia a una mayor probabilidad de muerte prematura y discapacidad en la edad adulta. Visto que es uno de los mayores retos de la salud para el siglo XXI.

(30) Margarita lourenco y Celia santos en el presente año 2014 realizaron un estudio con el objetivos de clasificar el estado nutricional de los niños de edad preescolar que acuden a los jardines de infancia seleccionados; y caracterizar los hábitos alimentarios de los niños de edad preescolar que acuden a los jardines de infancia.

La Metodología fue enfocada a un estudio no experimental, descriptivo y transversal, desarrollado en un centro de salud de Sintra (Portugal), en el programa de salud escolar. La muestra estuvo formada por 300 niños. Los resultados derivados por la investigación expresó que de 154 niños y 146 niñas; 140 niños tienen 3 años y 160 tienen 4 años; 92 niños (30,6%) tienen sobrepeso. De estos, 41 tienen preobesidad (13,6%) y 51 obesidad (17,0%). Los alimentos más consumidos pertenecen al grupo de las carnes, pescados y huevos. En conclusión; La prevalencia de niños con sobrepeso en nuestra muestra es alta. Asimismo, se ha comprobado que existe una representación distorsionada en la rueda de los alimentos, pues hay un consumo excesivo de productos que pertenecen al grupo de las carnes, pescados y huevos.

(31) En la provincia de los ríos (Ecuador), en enero y diciembre del año 2007, Valencia, Berro y Quintana, realizaron un estudio descriptivo de corte transversal, con el objetivo de evaluar el estado nutricional de un grupo de niños menores 5 años. El universo de trabajo estuvo conformado por 140 niños atendidos en un consultorio en la ciudad de Babahoyo. Para evaluar el estado nutricional mediante indicadores antropométricos se emplearon las variables: peso (en kilogramos) y talla (en centímetros). Para la expresión e interpretación de los datos antropométricos se utilizó el cómputo de puntuaciones Z. Los índices Z del peso para la talla, talla para la edad, peso para la edad e índice de masa corporal se calcularon en el programa Anthro 2005.

Las anteriores referencias, son algunas de las investigaciones e investigadores que han puesto su enfoque a observar y analizar este problema de salud pública que afecta a la población infantil con altos porcentajes de desnutrición y obesidad. Con las investigaciones se busca interpretar factores de riesgo que promueven al desequilibrio nutricional y que de la misma manera generar soluciones que disminuyan los valores elevados de malnutrición en la infancia.

### **2.3. Marco institucional**

La Corporación Universitaria Adventista, en concordancia con los principios ideológicos del PEI (Proyecto Educativo Institucional) los perfiles de la Institución tendrán como

fundamento los principios, valores y los criterios establecidos en las Sagradas Escrituras. En el perfil institucional se encuentra la concepción clara de la investigación como instrumento para la búsqueda de la verdad como tarea sustantiva tanto a nivel institucional como a nivel individual.

Declara como su misión: Propiciar y fomentar una relación transformadora con Dios en el educando por medio de la formación integral en las diferentes disciplinas del conocimiento, preparando profesionales competentes, éticamente responsables, con un espíritu de servicio altruista a Dios y a sus semejantes, dentro del marco de la cosmovisión bíblico cristiana que sustenta la Iglesia Adventista del Séptimo Día.

Y como su visión: Con la dirección de Dios, ser una comunidad universitaria adventista con proyección internacional, reconocida por su alta calidad, su énfasis en la formación integral, la cultura investigativa y la excelencia en el servicio, que forma profesionales con valores cristianos, comprometidos como agentes de cambio con las necesidades de la sociedad y su preparación para la eternidad

#### **2.4. Marco legal**

En la Resolución 2121 de 2010 dada por el Ministerio de la Protección social y de Salud, habla del motivo por la cual se adoptan los Patrones de Crecimiento publicados por la Organización Mundial de la Salud, en el 2006 y 2007 para los niños, niñas y adolescentes de 0 a 18 años de edad y se dictan otras disposiciones.

También cabe mencionar la ley 1098 de 2006, la cual establece el Código de Infancia y Adolescencia que vela por el cumplimiento de los derechos y dignidad humana de los menores de 18 años, garantizando un armonioso desarrollo.

#### **2.5. Marco disciplinar**

Para el desarrollo de esta investigación se plantea la Teoría de la Transculturalidad por la Enfermera Madeleine Leininger que tuvo origen durante su trabajo en el centro de orientación infantil en la década de 1950, ella percibió la falta de comprensión de los factores culturales por parte del personal que influían en el comportamiento de los niños ya que ellos eran de culturas distintas. Las teorías psicoanalíticas y estrategias terapéuticas no parecían cubrir las necesidades de los niños que procedían de distintos lugares.

Por lo tanto, inicio un doctorado en antropología cultural, social y psicológica en la Universidad de Washington Seattle, también estudio un gran número de culturas y considero la importancia que esa área del saber debería ser para la enfermería. Al convivir con el pueblo Gadsup y diferentes culturas y darse cuenta de las diferencias existentes continuó con la realización de la teoría de la diversidad y universalidad.

Su propósito es descubrir las particularidades y las universalidades de los cuidados de los humanos según la visión del mundo, las estructura social y otras dimensiones y después descubrir formas de proporcionar cuidados culturalmente congruentes a personas de culturas diferentes o similares para mantener o recuperar su bienestar, salud afrontamiento con la muerte de una manera culturalmente adecuada.

La teoría se ha usado en el área de investigación con su método de etnoenfermería que sirve para captar en punto de vista interno de las culturas y analizarse los complejos cuidados y los fenómenos naturales además en formación a enfermeros sobre la importancia del conocimiento de las culturas para brindar cuidados adecuados y así también aplicarlos en el ámbito clínico y en el cuidado sanitario basado en la cultura.

También está diseñada para descubrir el cuidado seguro, congruente y responsable además de relacionarse con factores de estructura social, el lenguaje, cuidados genéricos y profesionales, etnohistoria y contexto ambiental buscando un cuidado de diversas culturas de manera congruente que apoyen el bienestar, la salud y las formas de vida satisfactorias para las personas.

Esta teoría plantea la importancia del cuidado según la cultura de la población objeto, por lo tanto según el contexto, practicas, costumbres se verá reflejado en la alimentación que

reciben los niños participes de la investigación lo cual será como resultado el estado nutricional. Por eso esta teoría da valor al mantenimiento del cuidado para las culturas, por medio de la preservación- mantenimiento del cuidado cultural y la acomodación-negociación del cuidado cultural, reorientación o reestructuración de los cuidados culturales llevando a prácticas seguras y culturalmente coherentes para la población objeto.

## **2.6. Marco teórico**

Todos los seres humanos son diferentes en cada una de las esferas, por tanto, las necesidades nutricionales individuales varían de acuerdo con las diferencias genéticas y metabólicas además que va a ayudar a determinar el adecuado o no crecimiento. Para los recién nacidos y los niños, los objetivos básicos son un crecimiento satisfactorio y evitar las situaciones deficitarias.

Ya que las alteraciones del crecimiento y hábitos de vida poco saludables conllevan a desarrollar enfermedades como la obesidad infantil la cual constituye una de las principales alteraciones nutricionales detectadas en el siglo actual. Según datos obtenidos por la OMS, se afirma que: La obesidad infantil es uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI. El problema es mundial y está afectando progresivamente a muchos países de bajos y medianos ingresos, sobre todo en el medio urbano. La prevalencia ha aumentado a un ritmo alarmante.

Se calcula que en 2010 hay 42 millones de niños con sobrepeso en todo el mundo, de los que cerca de 35 millones viven en países en desarrollo. Los niños obesos y con sobrepeso tienden a seguir siendo obesos en la edad adulta y tienen más probabilidades de padecer a edades más tempranas enfermedades no transmisibles como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares. El sobrepeso, la obesidad y las enfermedades conexas son en gran medida prevenibles. (32)



**2.6.1. Crecimiento.** Se define crecimiento como "Aumento del tamaño y el número de las células" (33). Es pues, una noción anatómica cuantitativa susceptible, por tanto debe ser evaluada numéricamente y se refleja, por ejemplo, en ganancia de peso, talla y perímetros corporales.

Durante la infancia se ven características específicas de crecimiento, por lo tanto, si se detecta un patrón anormal en dichas características se puede sospechar una posible alteración o enfermedad como lo pueden ser el sobrepeso o la desnutrición.

El ser humano desde el momento de la concepción inicia un proceso de crecimiento que está sujeto a cambios fisiológicos, mentales y espirituales. En la niñez estos cambios están determinados por factores intrínsecos como la herencia genética, y extrínsecos como el medio ambiente y la nutrición.

El crecimiento es un proceso continuo, pero durante la infancia hay dos periodos de crecimiento rápido: la lactancia y la pubertad. Para valorar si el crecimiento es adecuado el médico por lo general vigila el peso, talla, circunferencia cefálica. Es así como se entrelazan y van de la mano el crecimiento y la nutrición.

También se añade que:

El crecimiento en estatura es un proceso dinámico que comienza en el momento de la concepción y finaliza en la edad adulta. La tasa y capacidad de crecimiento están genéticamente codificadas en el momento de la concepción, pero es la compleja interacción entre factores hormonales, estado nutricional y salud los que determinan la expresión de los genes. (34)

Además, el crecimiento es un fenómeno complejo durante el cual el ser humano además de aumentar su masa corporal, madura morfológicamente y adquiere progresivamente plena capacidad funcional.

El crecimiento es un proceso determinado genéticamente, modulado por un conjunto de factores no genéticos. Los distintos datos antropométricos, el ritmo madurativo y el tamaño y forma definitiva son el resultado final de la interacción entre genes y ambiente, que se inicia durante la vida uterina y se mantiene a lo largo de toda la infancia.

Además de eso el crecimiento depende de otros múltiples factores intrínsecos y extrínsecos, de carácter biológico, como lo son: psicológico y social, a saber: El potencial genético de cada individuo constituye el conjunto de características únicas llamado "identidad". En el momento de la fecundación, cuando se unen los gametos del padre y de la madre, queda determinada la identidad biológica que se expresará a través de la vida (ontogénesis). Este programa genético es "único" en cada individuo y no se repite, los factores neuroendocrinos son los que establecen el máximo potencial de crecimiento que un ser humano puede lograr dentro de su normalidad (genotipo) el que en salud nunca podrá superar el individuo

Por consiguiente se describirán factores que modifican o que influyen en el crecimiento adecuado:

**2.6.1.1. Educación a cuidadores o madres y Crecimiento.** Entre los factores familiares, se encuentra la madre, quien es identificada como la principal cuidadora en el hogar. En apoyo a lo anterior:

La madre desempeña un papel determinante en los primeros años de vida del niño, dentro del seno familiar; es la madre la que llena desde el inicio sus necesidades más elementales, tanto físicas como psicológicas. Ella le administra alimento, le da abrigo y lo protege del ambiente, le brinda afecto y administra los estímulos que proporcionan al niño la madurez adecuada a su aparato perceptual (caricias, arrullos cantos, etcétera). (35).

Morla nos habla acerca de la educación a las cuidadoras principales del hogar y afirma lo siguiente: "La educación de las madres en cuanto a los nutrientes que deberían integrar a la alimentación de sus hijos en los diferentes periodos es otro factor a considerar en este aspecto" (36).

Dada la influencia de la madre o primer cuidador en el desarrollo integral del menor en sus primeros años de vida, es importante que las madres tengan una educación más amplia de sobre la alimentación balanceada y hábitos de vida saludables. Por tal motivo otro autor sustenta que:

El mejoramiento de las pautas alimentarias de la madre y su hijo, así como la preservación, detención y tratamiento oportuno de desnutrición, la vigilancia del crecimiento y el desarrollo, el control de las enfermedades diarreicas y respiratorias y de las evitables por medio de las inmunizaciones; constituyen los componentes básicos de atención primaria del niño... las acciones sistemáticas en mantener la alimentación y nutrición han tenido en general, carácter poco práctico dado que tradicionalmente se han orientado a la curación de enfermedades y no a su prevención. (37)

Teniendo en cuenta lo anterior donde se plantea la importancia de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, el Estado Colombiano desde salud pública fomenta la atención primaria en salud que cubre además de la promoción de la salud la protección específica, con el objetivo de promover un estado óptimo de salud y proteger al hombre específicamente contra agentes productores de enfermedad cuidándolo de ambientes negativos.

Ya que, se reconoce que es más rentable promocionar la salud que curar enfermedades, así teniendo en cuenta múltiples factores como “estilo de vida, medio ambiente, genético-biológico y servicios de salud, la alimentación saludable, son de suma importancia para mantener el completo bienestar físico, mental, social y espiritual” (38)

#### **2.6.1.2. Proceso salud- enfermedad y Crecimiento.**

Por último, otro factor que influye en el crecimiento es el proceso salud-enfermedad, debido a que todas las enfermedades infecciosas con graves manifestaciones sistémicas pueden dar lugar a abortos, nacidos muertos o partos prematuros. Ciertos agentes afectan al feto en mayor o menor grado sin relación con la gravedad de la infección materna y tienen efectos graves sobre la vida, desarrollo fetal y la aparición de malformaciones congénitas, repercutiendo todo esto en el crecimiento saludable de los infantes.

**2.6.1.3. Nutrición y Crecimiento.** En todos los seres vivos un aporte adecuado de nutrientes es fundamental para garantizar un crecimiento y desarrollo normal, exceptuando los primeros seis meses de vida, cuando el aporte de leche materna suple los requerimientos necesarios para garantizar un crecimiento y estado de salud normal, la introducción de otros alimentos debe suplir los nutrientes que se requieran para el rápido crecimiento de los niños.

AIEPI (Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia) apoya que:

La promoción de una alimentación saludable y de una buena actividad física en los niños no solamente contribuye a mejorar su salud mental, social y física, sino además a optimizar su bienestar y su potencial habilidad de aprendizaje y proporciona las bases para mejorar la salud a través del curso de la vida. Al promocionar la salud y la alimentación se previenen los estados de desnutrición y las deficiencias nutricionales de macro y micronutrientes, así como se reduce el riesgo de enfermedades crónicas degenerativas relacionadas con la dieta, tales como enfermedad cardiovascular, diabetes tipo II, cáncer, obesidad y osteoporosis, aumentando así la expectativa de vida, en términos tanto de tiempo de supervivencia como de calidad de vida. Por esta razón, son de vital importancia todos los esfuerzos y programas dirigidos hacia el logro de una alimentación segura y de hábitos de comida saludable. (39)

Así pues, tanto los factores ambientales como los factores nutricionales, “determinan el crecimiento porque están en relación directa con la absorción de nutrientes, su aprovechamiento y su utilización por el organismo para la realización de los procesos que producen el aumento de tejidos. (40)”

Una buena nutrición ayuda a prevenir las enfermedades agudas y crónicas y a desarrollar las posibilidades físicas y mentales; además, debe proporcionar reservas para el estrés. Aunque las dietas que aportan buena nutrición varían mucho entre sí, “los excesos leves de nutrientes de calorías pueden ser tan indeseables como los déficits leves” (41).

Por esto, es muy importante una alimentación equilibrada, ya que esta fomenta un normal crecimiento y desarrollo de los niños además:

La nutrición desempeña un papel fundamental en el crecimiento y la cambiante composición del cuerpo. El crecimiento y la maduración se inician en el momento de la concepción y cesan con el fin de la pubertad. El crecimiento prenatal forma parte de un continuo proceso genético y de desarrollo modificado por variables maternas; durante el crecimiento posnatal, este proceso depende más de factores familiares, socioeconómicos y ambientales. (42)

Al ver el crecimiento durante las etapas se describe que durante los primeros tres años, se le conoce como la etapa preescolar y se caracteriza por que se presenta un ritmo de crecimiento lento del niño y al tiempo una estabilización en el peso. Al completar los tres años de edad se completa la dentición y los demás órganos alcanzan a madurar aproximándose a los órganos de un adulto. El desarrollo fisiológico, la regulación del hambre y la saciedad permite que el niño tolere una alimentación variada, y se adquiere un alto grado de autonomía y curiosidad respecto al entorno, la boca es la principal fuente para experimentar y conocer su medio.

En esta etapa se pierde un alto grado de masa grasa y agua corporal, adquiriendo masa ósea y muscular, y ocurre una reducción en el apetito causando un grave problema al momento de consumir alimentos.

La siguiente etapa que va desde los 3-4 años hasta los 10-12 años en niñas y 12-14 en niños, se le conoce como etapa escolar. En esta etapa es importante una dieta equilibrada en cuanto a la proporción de nutrientes y de gran variedad en cuanto a la cantidad de alimento. Para eso es necesario conocer las actitudes de los niños ante los alimentos, los rasgos de personalidad de cada edad y el conocimiento de una buena dieta alimenticia que sea adecuada y se adapte a los requerimientos. Es importante que la dieta aporte la cantidad de energía suficiente para las actividades propias de la edad.

Las mujeres crecen más rápido que los hombres, esto se ve evidenciado en las tablas de crecimiento y desarrollo establecidas por la OMS. También, otro autor sostiene:

“El crecimiento y desarrollo óseo está condicionado por el crecimiento de las aéreas que se osifican y por la calcificación de las mismas. Estas partes no tienen algún ritmo de crecimiento, la aparición de la unión de los centros de osificación, siguen una secuencia definida, lo que permite estimar el crecimiento normal o anormal” (43).

No obstante, no simplemente el sexo o la genética está estrictamente relacionada al crecimiento, sino que existen ciertos factores que la determinan, los cuales pueden ser variantes dependiendo de la cultura y la sociedad. Con relación a lo anteriormente mencionado se afirma que:

El desarrollo físico de un niño está íntimamente relacionado con salud y nutrición. Por tanto, es sumamente importante observar cualquier desviación de los parámetros estándar dentro de los lineamientos que se consideran normales.

Durante los primeros cinco años de vida el cerebro de un niño crece hasta en un 85%, por lo que la nutrición y otros elementos, como la estimulación temprana, afecto y ejercicio, determinarán la programación metabólica del menor para siempre.

**2.6.2. Recomendaciones Nutricionales.** Algunos de estos factores determinan una ingesta de nutrientes, otros su aprovechamiento, y algunos más incluyen en ambos procesos. Dentro de los nutrientes se encuentran los cuales proporcionan carbohidratos también llamados glúcidos, hidratos de carbono o sacáridos, elementos principales en la alimentación, que se encuentran principalmente en azúcares, almidones y fibra, cuya función principal es el aporte energético.

Según un estudio de la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA), los hidratos de carbono deben aportar entre el 45% y el 60% de la energía total desde el primer año de vida hasta los dieciocho años de edad. La ingesta de alimentos que contienen elevadas cantidades de azúcar aumentan el riesgo de aparecer caries dental, y se recomiendan azúcares en forma de almidón que incluyan fibra, evitando el consumo de azúcares simples. La ingesta de azúcar de más del 20% de la energía total, aumentan las concentraciones de triglicéridos y colesterol en suero, dando lugar a efectos adversos.

Las grasas, también llamadas lípidos conjuntamente con las anteriormente mencionadas, constituyen la mayor fuente de energía del organismo.

Durante la etapa de los tres primeros años de vida las necesidades de energía disminuyen desacelerando la velocidad de crecimiento ya que al presentarse menos apetito se reducen estas necesidades. En etapa se presenta el negativismo a consumir ciertos alimentos, por lo que es necesario estructurar una buena dieta en la que se aconseja una distribución de calorías a lo largo del día (25% al desayuno, 30% al almuerzo, 15% en la merienda y 30% en la cena), asegurándose lo más variado posible.

Las normas nutricionales deben ser flexibles y adaptadas a cada niño, escogiendo otras opciones de preparación del alimento en cuestión, por ejemplo: distintas texturas y colores, diferentes sabores, etc. Es importante promover hábitos saludables como comer en familia, en un ambiente relajado o si es en la guardería con la compañía de otros niños.

Por su parte los minerales, los cuales son elementos químicos imprescindibles para el normal funcionamiento metabólico; estos desempeñan un papel importantísimo en el organismo, ya que son necesarios para la elaboración de tejidos, síntesis de hormonas y en la mayor parte de las reacciones químicas en las que intervienen las enzimas. Las vitaminas, que son sustancias químicas no sintetizables por el organismo, presentes en pequeñas cantidades en los alimentos, son indispensables para la vida, la salud, la actividad física y cotidiana. Las vitaminas no producen energía y por tanto no implican calorías. Intervienen como catalizador en las reacciones bioquímicas provocando la liberación de energía.

Otros nutrientes no menos importante son las fibras, las cuales son sustancias esenciales para que la dieta se considere sana y equilibrada, presentes principalmente en pan, cereales integrales y sus derivados, así como en frutos secos, legumbres, verduras y hortalizas.

La EFSA recomienda que la ingesta dietética de fibra en niños sea similar a la de adultos, ajustando la cantidad a la energía ingerida en función de la edad del niño. Se considera que para tener una función laxante adecuada se requiere una ingesta de 2g/MJ (aproximadamente 8,3 g/1.000 kcal) de fibra en niños mayores de un año.

Finalmente, y el agua, sustancia imprescindible y totalmente necesaria para llevar a cabo cada una de las funciones del organismo, por lo tanto influyente en el sistema digestivo, en la síntesis y degradación de los alimentos.

Las proteínas constituyen el principal nutriente para la formación de los músculos del cuerpo, por lo que también son indispensables en la nutrición. . Los requerimientos de proteínas en niños incluyen dos componentes: el de mantenimiento y el de crecimiento.

El requerimiento de proteínas, se define como la ingesta mínima que proporciona un balance de nitrógeno positivo para el crecimiento de niños que tienen un índice de masa corporal apropiada, un balance energético y una actividad física moderada. (44)

Además de la nutrición adecuada es importante motivar a los niños a la ingestión de las comidas y para eso es recomendable que todos estos nutrientes pudieran presentarse en platos atractivos y llamativos. Al respecto el siguiente autor aconseja

Es necesario que los alimentos sean variados, de presentación atractiva nutritivos. El momento de la comida debe ser una experiencia compartida en familia, en horarios regulares y en el sitio destinado para comer... Es conveniente un clima emocional tranquilo, libre de presiones y chantajes, evitando conflictos y sobornos para obligar al niño a comer. También, en esta edad se debe consumir unas cinco comidas al día... No son aconsejables los premios o castigos para comer. (45)

En los últimos años, la alimentación de los escolares ha sufrido cambios estrechamente relacionados con los hábitos alimentarios, donde prevalece el consumo de alimentos con alto contenido calórico ricos en grasas y azúcares.

La alimentación de la gran mayoría de niños incluye desde el punto de vista nutricional



un desayuno deficiente, influyendo directamente en el rendimiento mental y físico. Por ello, se aconseja que el desayuno sea equilibrado y contenga alimentos del grupo de los lácteos, cereales y frutas. Algunas de las recomendaciones para mejorar la dieta de los niños escolares se resumen a continuación:

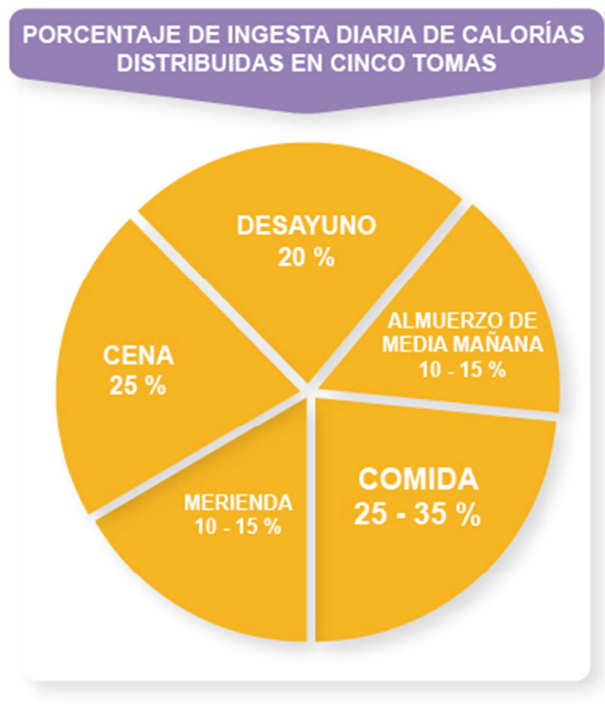
La familia debe ejercer un papel fundamental en la adquisición de hábitos saludables, puesto que el niño aprende por imitación y es un momento crucial en la consolidación de patrones alimentarios, que serán decisivos en la edad adulta.

Es aconsejable que el horario de las comidas sea regular, adaptado a los horarios de la familia y que se alcancen los requerimientos energéticos diarios mediante las 3 comidas principales y 2-3 secundarias, considerando el desayuno como una de las comidas principales.

Es importante resaltar que una de las comidas más importantes del día es el desayuno y como muestra la, debe cubrir el 25% de la ingesta diaria. Uno de los mayores inconvenientes para que el niño desayune correctamente por la mañana, son los horarios estrictos que provocan apresuramiento y el niño todavía está somnoliento.

La no realización de un desayuno en condiciones origina falta de atención y en consecuencia una bajada del rendimiento escolar. Los estudios llevados a cabo demuestran que en España entre el 10 y el 15% de los escolares no desayuna y entre un 20 y un 30% lo hacen de forma incorrecta. Por tanto, es importante que los padres organicen el horario de forma que el niño pueda desayunar correctamente.

A lo largo del día el reparto de calorías varía, de forma que estas se distribuyen habitualmente en 4 o 5 tomas. La distribución en 4 comidas sería la siguiente: 25% en el desayuno, 30%-35% en la comida, 15% en la merienda y 25-30% en la cena. A la opción de 5 tomas correspondería un 20% en el desayuno, 10-15% en el almuerzo, un 25-35% en la comida, 10-15% en la merienda y un 25% en la cena.



Grafica 1. Porcentaje de ingesta diaria de calorías distribuidas en cinco tomas. Fuente: Guía de comedores escolares. AESAN, 2008.

La dieta debe planificarse de manera que incluya alimentos de todos los grupos, de forma que queden cubiertas todas las necesidades nutricionales. Dependiendo de la edad del niño, puede ser aconsejable modificar la textura de los alimentos en forma de puré u otras formas culinarias que faciliten la ingesta.

Potenciar el consumo de pescado, como fuente principal de ácidos grasos omega-3 y aconsejar el empleo de aceite de oliva, principalmente el virgen por sus propiedades antioxidantes (rico en poli fenoles y tocoferoles). Además, se aconseja el consumo de frutos secos como nueces, cacahuets, almendras y pistachos, entre otros, por contener ácidos grasos monoinsaturados y poliinsaturados. Aumentar el consumo de fibra natural por ingesta de frutas y verduras (5 raciones diarias), legumbres y cereales integrales.

Se recomienda disminuir la ingesta de grasas saturadas y colesterol, evitando consumir alimentos ricos en grasas animales (tocino, manteca de cerdo, mantequilla, etc.) y grasas vegetales (aceite de coco y palma). h) Reducir el consumo de azúcares refinados y procesados (golosinas y dulces) y aumentar el consumo de cereales no azucarados. La

ingesta de lácteos en las diferentes edades, debe ser suficiente para cubrir las necesidades de calcio. j) Reducir el consumo de sal, limitando la ingesta de alimentos precocinados, salsas y aperitivos con alto contenido en sal.

Sustituir las bebidas azucaradas tipo refrescos, bebidas carbonatadas, zumos artificiales por agua natural. Se desaconseja una alimentación donde predominen las grasas y azúcares (bollería industrial, patatas fritas, golosinas), por su alto contenido calórico y su contribución al desarrollo de sobrepeso y obesidad en el niño.

**2.6.3. Tipos de Dieta.** Existen diversos tipos de dietas alimentarias constituidas por alimentos de cierto tipo y caracterizadas por su variedad las cuales se dividen a grandes rasgos en omnívora y Vegetariana.

Estas se encuentran a disposición de la población en general siendo conocidas desde hace ya varios años, pero en la población Adventista son características puesto que su sistema religioso imparte métodos y estrategias para llevar a cabo estilos de vida saludable los cuales hacen de si esta una característica notable y de diferencia a nivel global.

A nivel mundial la población adventista del séptimo día se caracteriza por tener una filosofía de cuidado integral a su cuerpo para lo cual se basan en los escritos bíblicos por ejemplo en la cita de 1 Corintios 6:19 la cual dice: "¿O ignoráis Que vuestro Cuerpo es Templo del Espíritu Santo, el Cual está en vosotros, el Cual tenéis de Dios, Y Que no Vuestros sois?" (46). Por tal razón, cada miembro es consciente del cuidado que debe tener con sus hábitos alimenticios y prácticas de estilo de vida.

Teniendo en cuenta a Daniel 1:8: "Y Daniel propuso en su corazón no contaminarse con la porción de la comida del rey, ni con el vino que él bebía; pidió, por tanto, al jefe de los eunucos no le obligase a que se contaminarse" (47).

Por ello, a cada creyente se inculcan prácticas alimenticias que sean agradables a Dios, ya que Él desea que cada ser humano tenga salud, por tal razón en esta comunidad se adoptan patrones de alimentación balanceada mayormente a base de alimentos naturales y sanos como lo son los vegetales, frutas, verduras, granos, cereales, grasas insaturadas y

disminuyendo o quitando de la dieta los derivados de animales como cárnicos, lácteos, huevos, también grasas saturadas, condimentos y alimentos refinados y procesados.

Hay que tener en cuenta que no toda la población sigue la misma dieta, debido a que existen diversas formas entre éstas. El vegetarianismo consiste en abstenerse del consumo o uso de productos de origen animal, mientras por el contrario, la dieta carnívora consiste en el consumo de carne. En la dieta ovo vegetariana se realiza la abstención de todo tipo de carnes, y se consumen cereales, legumbres, setas, frutas, verduras, también se permite el consumo de huevos (ovo-). Los ovo-vegetarianos no consumen productos lácteos justo al contrario que los lacto-vegetarianos que no consumen huevos. El Ovo lácteo-vegetariano, es una de las formas más comunes de vegetarianismo. También está la dieta pescovegetariana, en la que se consumen alimentos de origen vegetal acompañados de pescado u otro marisco.

#### **2.6.4. Valoración nutricional**

La valoración nutricional por los profesionales de salud es muy importante pues así se brinda educación a la comunidad y padres de familia sobre los factores que influyen en el crecimiento óptimo del niño y de esta forma potencializar al máximo su capacidad de crecimiento. Por lo tanto:

La valoración nutricional es una parte esencial de la evaluación completa en salud. Su propósito es ver relación con el equilibrio entre el consumo de nutrientes y sus necesidades. La valoración nutricional amplia incluye información con respecto al consumo de alimentos, valoración clínica del estado nutricional, mediciones antropométricas, datos socio-demográficos y estado bioquímico. (48)

#### **2.6.5. Valoración del Crecimiento.**

Los parámetros que se tienen en cuenta para valorar el crecimiento de los niños y niñas son las medidas antropométricas “La monitorización del crecimiento es fundamental para la supervisión de la salud, ya que un crecimiento adecuado es uno de los mejores indicadores de salud y progresión adecuada del niño” (49).

Las medidas antropométricas son:

**2.6.5.1. Talla.** En talla la media de crecimiento es “de 6.25 a 7.5 cm al año. Y como media, la talla de un niño de 4 años es de 101.25 cm. También muestra la media del aumento de peso la cual es de 2.3 Kg al año. Así que como media, un niño de 4 años debiera pesar 16.8 Kg” (50).

Además:

La talla baja por razones nutricionales o socioeconómicas esconde una patología global del desarrollo físico y funcional, con repercusiones en el desarrollo social. Así un desnutrido grave que ha alcanzado la edad de cuatro años, puede presentar la talla de un niño de tres años, el perímetro torácico de un niño de dos, un perímetro cefálico de uno de un año y medio, una capacidad de lenguaje de un niño de 14 meses, un peso y una conducta motora de un niño de un año. (51)

**2.6.5.2. Peso.** El peso es otro punto de referencia en salud. El neonato promedio pesa 3.25 kg y la calidad del medio uterino influye en el peso. El peso al nacimiento usualmente se duplica hacia los 5 ó 6 meses de edad y se triplica alrededor del año de edad, el aumento ponderal se nivela aproximadamente 1.81 Kg a 2.72 Kg por año hasta el alargamiento en la talla durante la pubertad. (52)

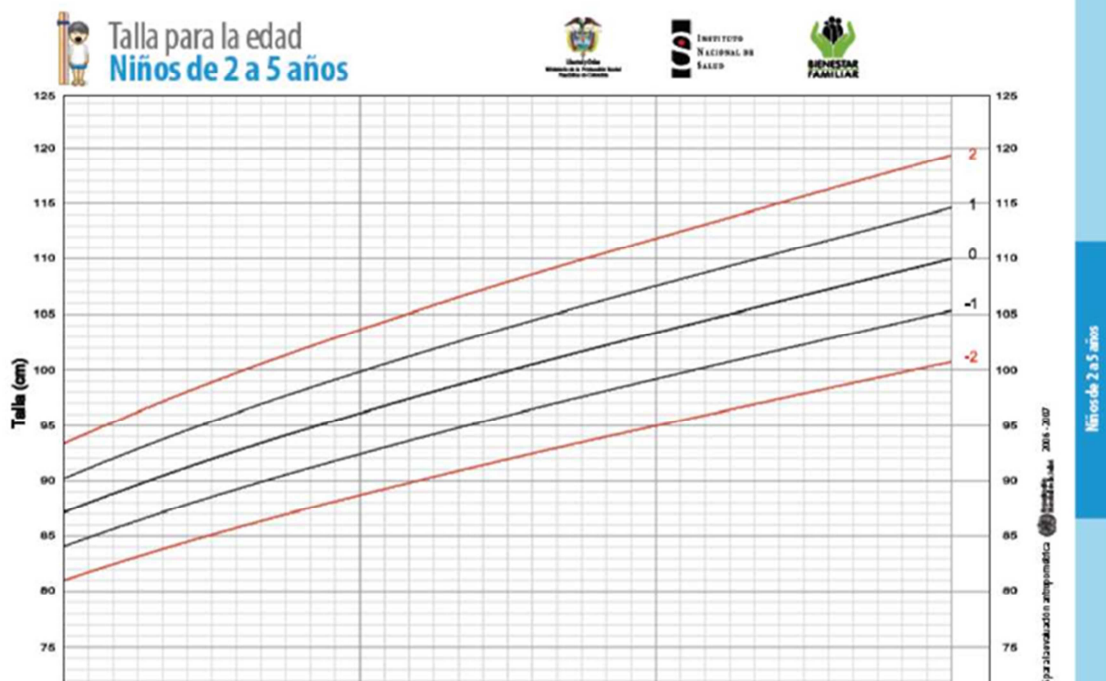
Debido a cantidades de características especiales importantes a tener en cuenta, existen unas que determinan e influyen de manera más directa en estas edades, como por ejemplo:

- El ritmo de crecimiento físico se vuelve más lento y se estabiliza durante estos años. El aumento medio de peso se mantiene alrededor de 2,3 kg al año y el peso medio a los 3 años es 14,6 kg; a los 4 años de 16,7 kg, y a los 5 años de 18,7 kg.
- El aumento de estatura también se mantiene constante con un incremento anual de 6,75 a 7,5 cm, la estatura media de los 3 años son 95 cm; a los 4 años 103 cm, y a los 5 años 110 cm. (53).

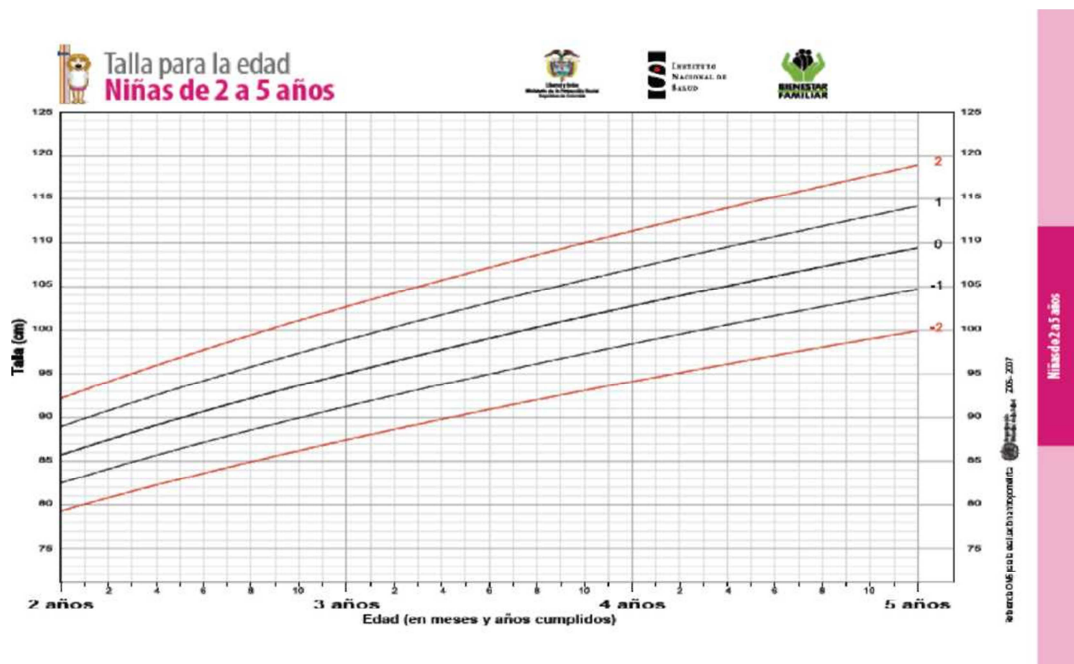
## 2.6.6. Instrumentos para la valoración del crecimiento

En el año 2006 la OMS modificó las gráficas para la evaluación de los patrones del crecimiento teniendo en cuenta que los niños a nivel mundial deben tener los mismos estándares de crecimiento y dice: Los nuevos patrones de crecimiento infantil de la OMS proporcionan ahora información sobre el crecimiento idóneo de los niños y demuestran, por vez primera, que los niños nacidos en regiones diferentes del mundo a los que se ofrecen unas condiciones de vida óptimas cuentan con el potencial de crecer y desarrollarse hasta estaturas y pesos para la edad similares (54).

En el 2010 el Ministerio de Protección Social en Colombia por medio de la resolución 2121 adopta estos patrones de crecimiento para la evaluación de los niños en el país. AIEPI (Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia) Libro Clínico.



Grafica 2. Talla para la edad, Niños de 2 a 5 años



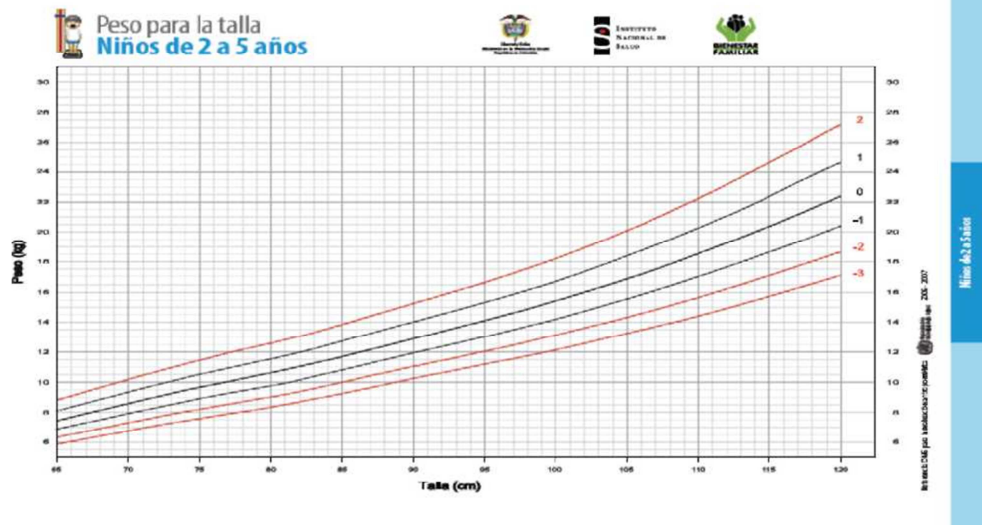
Fuente: Ministerio de la

Gráfica 3. Talla para la edad Niñas de 2 a 5 años

Tabla 1. Clasificación del Indicador Talla/ Edad

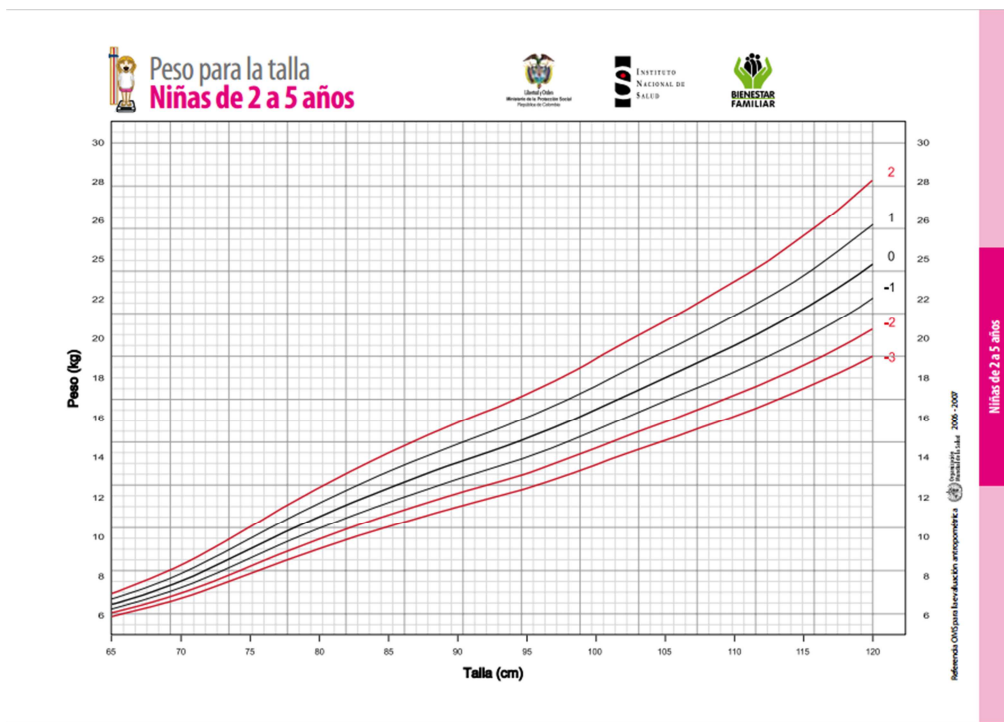
Punto de corte Desviaciones Estándar (D.E)	Denominación
< 2	Talla baja para la edad o retraso en talla
> -2 a <-1	Riesgo de talla baja
>-1	Talla adecuada para la edad

### Peso para la talla, Niños de 2 a 5 años.



Gráfica 4. Peso para la Talla en niños de 2 a 5 años

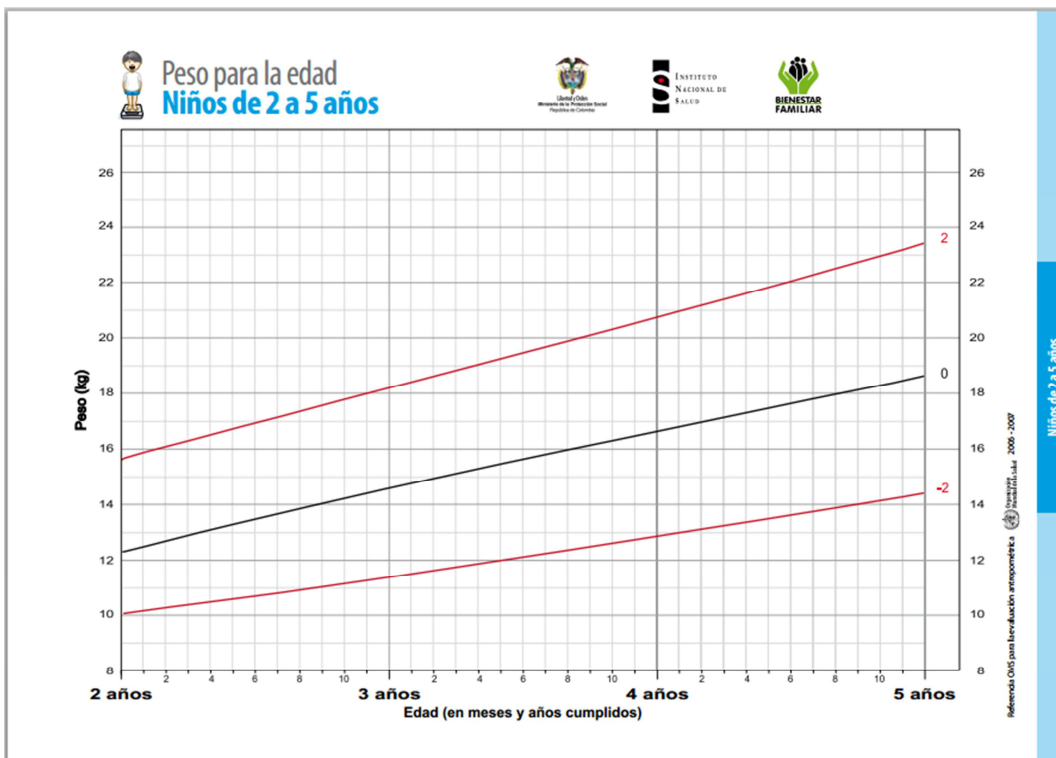




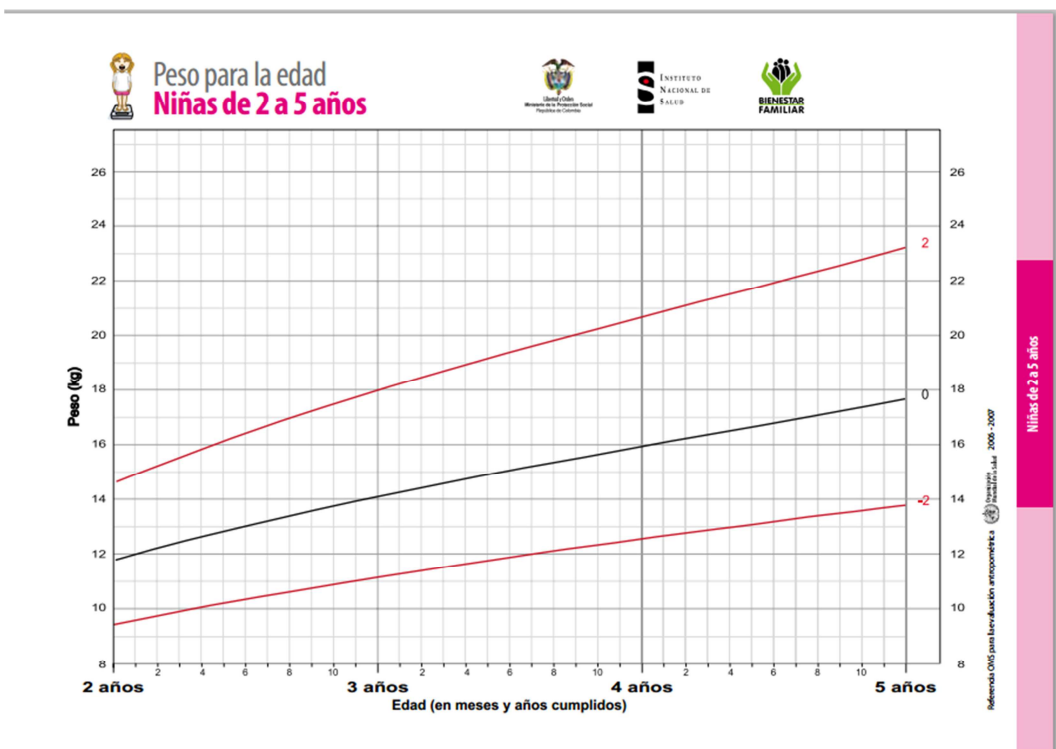
Gráfica 5. Peso para la Talla en niñas de 2 a 5 años

Tabla 2. Clasificación del indicador Peso/ Talla.

Punto de corte Desviaciones Estándar (D.E)	Denominación
	Peso muy bajo para la talla o Desnutrición aguda severa
<-2	Peso bajo para la talla o Desnutrición Aguda
> 2 a <1	Riesgo peso bajo para la talla
>-1 y <1	Peso adecuado para la talla
>1 y <2	Sobrepeso
>2	Obesidad



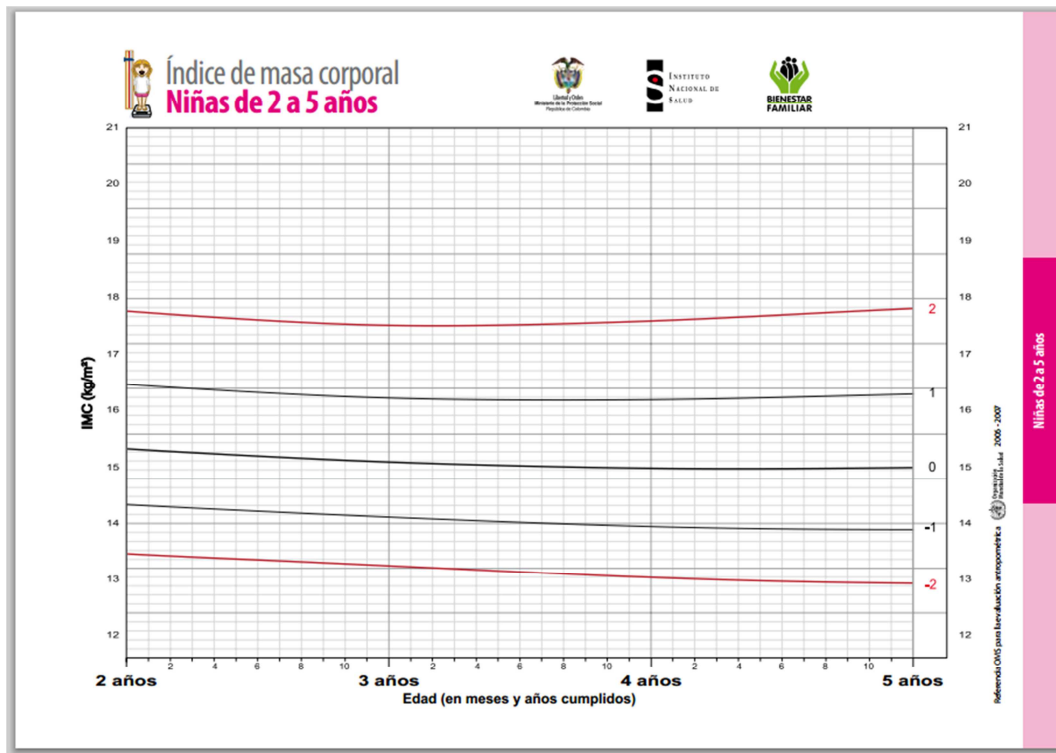
Gráfica 6. Peso para la Edad en niños de 2 a 5 años



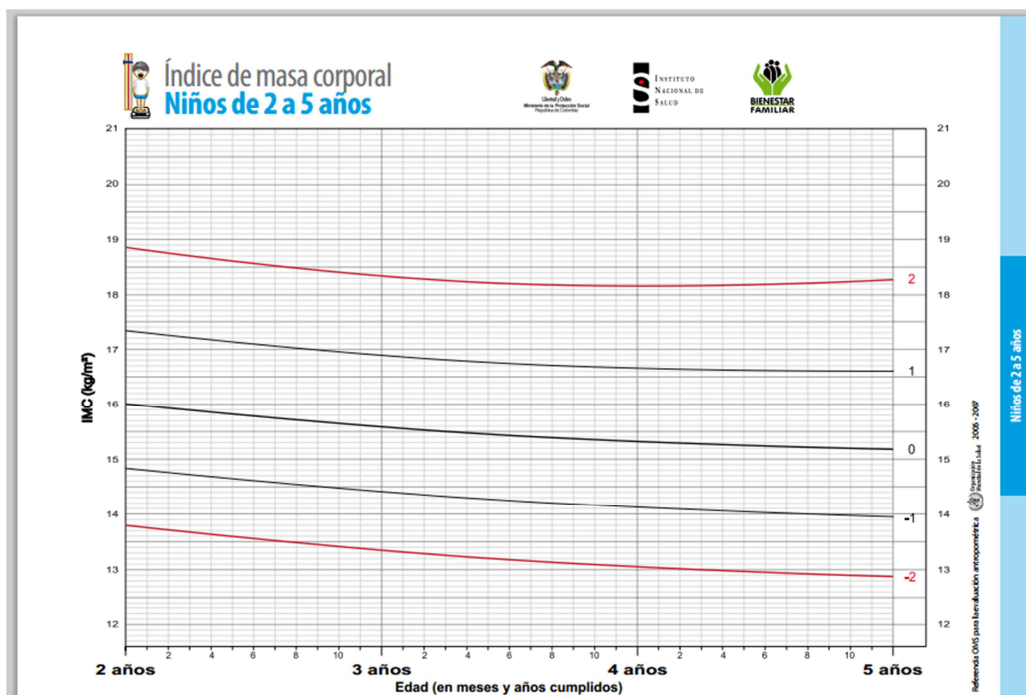
Gráfica 7. Peso para la Edad en niñas de 2 a 5 años

Tabla 3. Clasificación de indicador Peso para la Edad.

Punto de corte Desviaciones Estándar (D.E.)	Denominación
<-3	Peso muy bajo para la edad o Desnutrición global severa
<-2	Peso bajo para la edad o Desnutrición Global
≥ -2 a <-1	Riesgo peso bajo para la edad
≥-1 y ≤1	Peso adecuado para la edad



Gráfica 8. Índice de masa corporal en niñas de 2 a 5 años



Gráfica 9. Índice de masa corporal en niños de 2 a 5 años

Tabla 4. Clasificación del indicador IMC para la Edad

Punto de corte Desviaciones estándar (D.E)	Denominación
>1 y <2	Sobrepeso
>2	Obesidad

## **METODOLOGÍA**

### **3.1. Descripción de la población**

La muestra escogida cumple con los criterios de edad lo cual es importante para la investigación debido a que se puede inferir en el estado nutricional de los menores y sus hábitos nutricionales y así contribuir a la generación de recomendaciones que influyan en el adecuado crecimiento de los menores además de disminuir factores de riesgo para su edad y prevención de enfermedades.

Se tomó estudiantes de Jardín y Preescolar del Colegio ICOLVEN ya que están en un proceso de crecimiento y formación continua, además por la asequibilidad y disponibilidad de los directores del Centro Educativo.

En la muestra se evidencia que un 40,6% de la población representa el género femenino y un 56,3% equivale al género masculino, lo cual se demuestra mayor proporción de hombres.

Del 100% de la muestra objeto de investigación el 12,5% corresponde a niños entre edades de 2 a 3 años, el 2,1% equivale a niños de 3 años+1 mes a 4 años además el 56,3% corresponde a niños entre 4 años +1 mes y 5 años.

### **3.2. Enfoque y tipo de estudio**

La presente investigación es de enfoque cuantitativo, diseño observacional, tipo descriptivo transversal.

### **3.3. Área de estudio**

La investigación será realizada en el área Metropolitana de Medellín (Colombia), en el Instituto Colombo-Venezolano (ICOLVEN) ubicado en el Barrio La Castellana; Institución que ofrece programas educativos desde preescolar hasta educación media.

### **3.4. Muestra**

La población de estudio, que a su vez será tomada como muestra se conformó por 31 niños y niñas entre las edades de 2 a 5 años que estudian en el Preescolar del ICOLVEN.

Unidad de análisis

Para esta investigación, la unidad de análisis la conforma niños en los programas de Párvulos, Pre-jardín, Jardín y Transición que conforma el preescolar ICOLVEN.

### **3.5. Criterios de inclusión y exclusión**

#### **3.5.1. Criterios de inclusión. Niños y niñas de 2 a 5 años estudiantes del preescolar ICOLVEN.**

Niños pertenecientes a todas las religiones.

Niños cuyos padres hayan autorizado su participación en el estudio mediante el diligenciamiento del consentimiento informado.

Niños que no tengan enfermedades de base que afecten o condicionen su estado nutricional.

#### **3.5.2. Criterios de exclusión. Niños y niñas de básica primaria, básica secundaria y educación media del ICOLVEN.**

Niños cuyos padres no hayan autorizado su participación en el estudio mediante el diligenciamiento del consentimiento informado.

Niños que tengan enfermedades de base que afecten o condicionen su estado nutricional.

Diligenciamiento de la encuesta de hábitos de alimentación incompleta.

### **3.6. Instrumentos para la recolección de datos**

Por medio de una encuesta usando la escala tipo Likert se recolecto la información sobre los principales hábitos de alimentación ofrecidos a los niños participes de la investigación la cual contempla datos de caracterización como género, fecha de nacimiento, tipo de régimen alimenticio. El contenido de la encuesta se estructura por grupos de alimentos como cárnicos, verduras, frutas, oleaginosas, lácteos, etc que componen la dieta cotidiana de los niños.

Se clasifico de 1 a 3 con la siguiente puntuación según la frecuencia de consumo del grupo de alimento a la semana: 1: Bajo, nunca a 2 veces por semana, 2 Moderado: 3 veces a la semana y 3: Alto cuatro veces a todos los días a la semana. Anexo 1.

Se realizó el viernes 11 de abril la toma de las medidas antropométricas en los salones correspondientes al lugar de clase de los menores, se pesó con una báscula digital estando los niños sin calzado además se midieron con un tallímetros de pared, en la encuesta diligenciada por los padres estaba el espacio para los datos de medidas antropométricas para evitar error.

### **3.7. Análisis de confiabilidad de los instrumentos**

El instrumento utilizado fue validado por expertos en el área de pediatría y de salud como Médico Pediatra y Enfermero Profesional.

### **3.8. Estrategia de análisis de datos**

Considerando que el presente proyecto es de enfoque descriptivo, cuantitativo, transversal; como estrategias para el análisis de la información se utiliza el programa de Excel 2010 y los softwares de IBM, SPSS Statistics Versión 19 y Antro Versión 3.2.2 del 2011, software de la OMS; después de haberse recolectado la información, se dispone a ser organizada en una base de datos haciendo útil el programa de Excel; consecutivamente son ingresados en los software de SPSS y Antro, para luego ser analizados.

### **3.9.Aspectos éticos**

Todos los seres humanos nacemos libres y con los mismos derechos. Deben ser tratados con idéntico respeto, fraternidad y dignidad. Estos principios consignados en la declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, guían a la investigación en cualquier ciencia o disciplina.

De acuerdo con la declaración de Helsinki de 1964 y los principios éticos y el código de conducta de la América Psychological Association, los participantes en una investigación tienen los siguientes derechos:

Estar enterados del propósito de la investigación, el uso que se hará de los resultados y los efectos que puede tener en sus vidas.

Negarse a participar en el estudio y renunciar en cualquier momento que así lo considere conveniente, así como negarse a suministrar información.

Toda información facilitada por ellos, su anonimato debe ser garantizada. Basado en lo anterior, los participantes serán informados sobre los aspectos que se desarrollaran; primero se obtendrá los debidos permisos para acceder al lugar de parte del personal autorizado. Segundo, se analizara y cumplirá con las reglas del sitio recordando que somos invitados, por lo cual la obligación de ser amable, cooperativos, cordiales y respetuosos con la población investigada. A su vez firmaran un consentimiento informado, que demuestre que su participación es voluntaria y libre, además tendrá conocimiento del uso que se le dará a los datos consignados en el instrumento. Por último se conservara en todo momento el anonimato de quienes suministran la información.

Además la Declaración de Helsinki de la AMM que escribe principios éticos para realizar investigaciones médicas en seres humanos para Colombia se establece la ley 008430 de 1993 en la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.



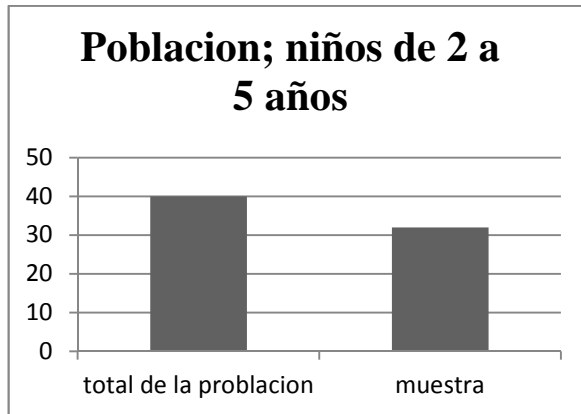
### 3.10. Cronograma de actividades

Tabla 5. Cronograma de actividades

Fecha de Reunión	Hora de Reunión		Lugar de Reunión	Descripción
Domingo, 2 de marzo del 2014	1:00:00 p. m.	4:00:00 p. m.	Biblioteca UNAC	Justificación del proyecto
Domingo, 9 de marzo del 2014	1:00:00 p. m.	4:00:00 p. m.	Biblioteca UNAC	Planteamiento del problema
Domingo, 16 de marzo del 2014	1:00:00 p. m.	4:00:00 p. m.	Biblioteca UNAC	Viabilidad, alcance y limitaciones de la investigación
Domingo, 23 de marzo del 2014	1:00:00 p. m.	4:00:00 p. m.	Biblioteca UNAC	Marco teórico
Domingo, 30 de marzo del 2014	1:00:00 p. m.	4:00:00 p. m.	Biblioteca UNAC	Descripción de la población a analizar
Domingo, 6 de abril del 2014	1:00:00 p. m.	4:00:00 p. m.	Biblioteca UNAC	Selección de la muestra
Viernes, 11 de abril del 2014	1:00:00 p. m.	4:00:00 p. m.	Biblioteca UNAC	Recolección de datos
Domingo, 20 de abril del 2014	1:00:00 p. m.	4:00:00 p. m.	Biblioteca UNAC	Tabulación de los datos
Domingo, 27 de abril del 2014	1:00:00 p. m.	4:00:00 p. m.	Biblioteca UNAC	Enfoque de la investigación
Domingo, 4 de Mayo del 2014	1:00:00 p. m.	4:00:00 p. m.	Biblioteca UNAC	Análisis de la confiabilidad de instrumentos de medición
Domingo, 11 de Mayo del 2014	1:00:00 p. m.	4:00:00 p. m.	Biblioteca UNAC	Estrategias de análisis de datos
Domingo, 18 de Mayo del 2014	1:00:00 p. m.	4:00:00 p. m.	Biblioteca UNAC	Análisis de la confiabilidad de instrumentos de medición
Domingo, 25 de Mayo del 2014	1:00:00 p. m.	4:00:00 p. m.	Biblioteca UNAC	Estrategias de análisis de datos
Domingo, 1 de Junio del 2014	1:00:00 p. m.	4:00:00 p. m.	Biblioteca UNAC	Análisis de la información
Domingo, 8 de junio del 2014	1:00:00 p. m.	4:00:00 p. m.	Biblioteca UNAC	Cronograma de actividades
domingo, 06 de julio de 2014	1:00:00 p. m.	4:00:00 p. m.	Biblioteca UNAC	Justificación del proyecto
domingo, 13 de julio de 2014	1:00:00 p. m.	5:00:00 p. m.	Biblioteca UNAC	Planteamiento del problema

domingo, 20 de julio de 2014	1:00:0 0 p. m.	5:00:0 0 p. m.	Biblioteca UNAC	Viabilidad, alcance y limitaciones de la investigación
domingo, 27 de julio de 2014	1:00:0 0 p. m.	5:00:0 0 p. m.	Biblioteca UNAC	Marco teórico
domingo, 03 de agosto de 2014	1:00:0 0 p. m.	5:00:0 0 p. m.	Biblioteca UNAC	Marco Referencial
domingo, 10 de agosto de 2014	1:00:0 0 p. m.	5:00:0 0 p. m.	Biblioteca UNAC	Marco Institucional
domingo, 17 de agosto de 2014	1:00:0 0 p. m.	5:00:0 0 p. m.	Biblioteca UNAC	Metodología
domingo, 24 de agosto de 2014	1:00:0 0 p. m.	5:00:0 0 p. m.	Biblioteca UNAC	Descripción de la población a analizar
domingo, 31 de agosto de 2014	1:00:0 0 p. m.	5:00:0 0 p. m.	Biblioteca UNAC	Enfoque de la investigación
domingo, 07 de septiembre de 2014	1:00:0 0 p. m.	5:00:0 0 p. m.	Biblioteca UNAC	Análisis de la confiabilidad de instrumentos de medición
domingo, 14 de septiembre de 2014	1:00:0 0 p. m.	4:00:0 0 p. m.	Biblioteca UNAC	Análisis de la confiabilidad de instrumentos de medición
domingo, 21 de septiembre de 2014	1:00:0 0 p. m.	5:00:0 0 p. m.	Biblioteca UNAC	Análisis de la confiabilidad de instrumentos de medición
domingo, 28 de septiembre de 2014	1:00:0 0 p. m.	5:00:0 0 p. m.	Biblioteca UNAC	Estrategias de análisis de datos
domingo, 05 de octubre de 2014	1:00:0 0 p. m.	5:00:0 0 p. m.	Biblioteca UNAC	Análisis de la información
domingo, 12 de octubre de 2014	1:00:0 0 p. m.	5:00:0 0 p. m.	Biblioteca UNAC	Cronograma de actividades
Domingo, 19 octubre del 2014	1:00:0 0 p. m.	5:00:0 0 p. m.	Biblioteca UNAC	Análisis de la información
Domingo, 26 octubre del 2014	1:00:0 0 p. m.	5:00:0 0 p. m.	Biblioteca UNAC	Análisis de la información
Domingo, 02 noviembre del 2014	1:00:0 0 p. m.	5:00:0 0 p. m.	Biblioteca UNAC	Normas Vancouver
Domingo, 09 de noviembre del 2014	1:00:0 0 p. m.	5:00:0 0 p. m.	Biblioteca UNAC	Organización final del trabajo

## ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

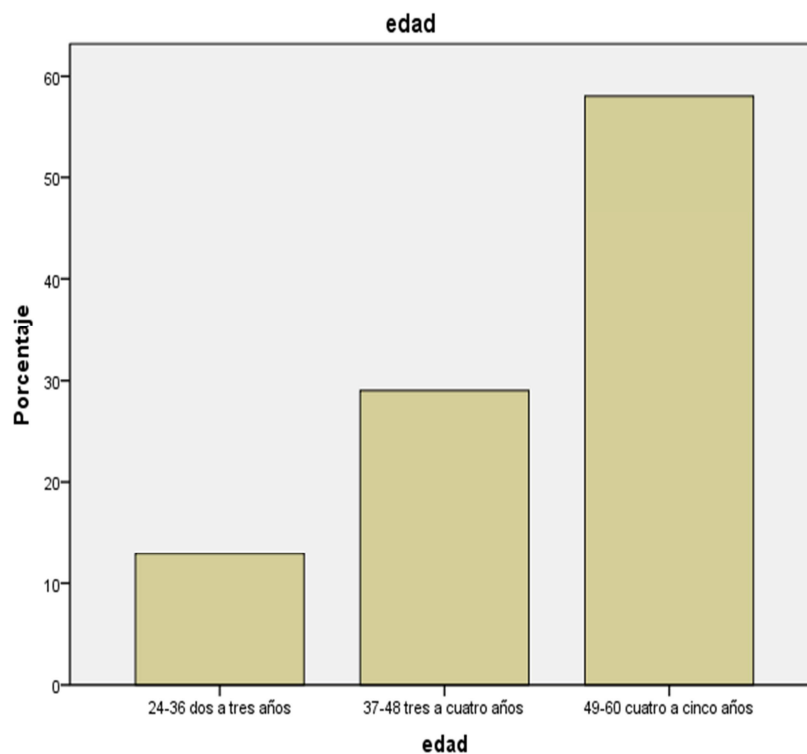


Gráfica 10. Población del estudio

La población inicial constaba de 40 niños (as) que cumplían con el requisito de edad, cinco niños fueron excluidos de la investigación debido a que sus padres no autorizaron su inclusión en el estudio y tres niños excluidos por datos incompletos. Por lo cual la muestra tomada como objeto de investigación es de 32 niños (as), lo que corresponde a un 80% de la población inicial.

Tabla 6. Frecuencia de edad

		<b>Edad</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	24-36 meses- dos a tres años	4	12,5	12,9	12,9
	37-48 meses- tres a cuatro años	9	28,1	29,0	41,9
	49-60 meses- cuatro a cinco años	18	56,3	58,1	100,0
	Total	31	96,9	100,0	
Perdidos	Sistema	1	3,1		
Total		32	100,0		

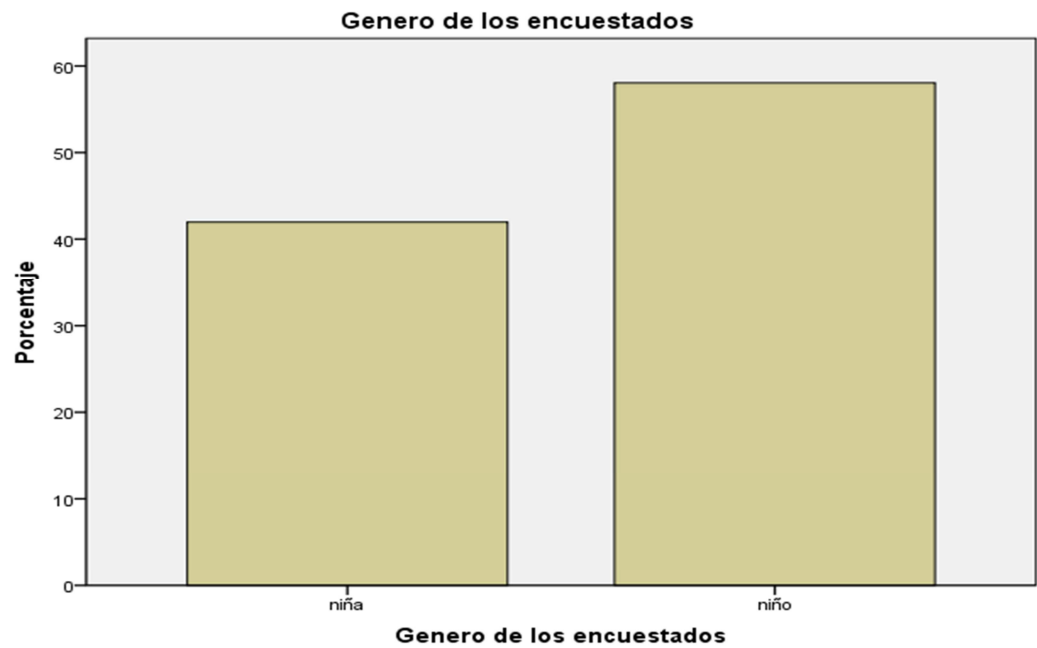


Gráfica 11. Edad de los participantes del estudio

El 12,5% equivale a niños en edades entre los 2 y 3 años, el 28,1% corresponden a edades entre 3 años + 1 mes y 4 años y el 56,3% se encuentra en edades entre 4 años + 1 mes y 5 años el cual representa el porcentaje poblacional más representativo.

Tabla 7. Frecuencia de Género

Genero de los encuestados					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Niña	13	40,6	41,9	41,9
	Niño	18	56,3	58,1	100,0
	Total	31	96,9	100,0	
Perdidos	Sistema	1	3,1		
Total		32	100,0		



Gráfica 12. Porcentaje de Género

Según el género de los encuestados el 40,6% corresponde al femenino y el 56,3 % corresponde al género masculino siendo la población que más predomina en el estudio.

Tabla 8. Frecuencia de Régimen alimenticio de los encuestados

		<b>Régimen alimenticio</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Omnívoro	30	93,8	96,8	96,8
	Ovolacto-vegetaria no	1	3,1	3,2	100,0
	Total	31	96,9	100,0	
Perdidos	Sistema	1	3,1		
Total		32	100,0		

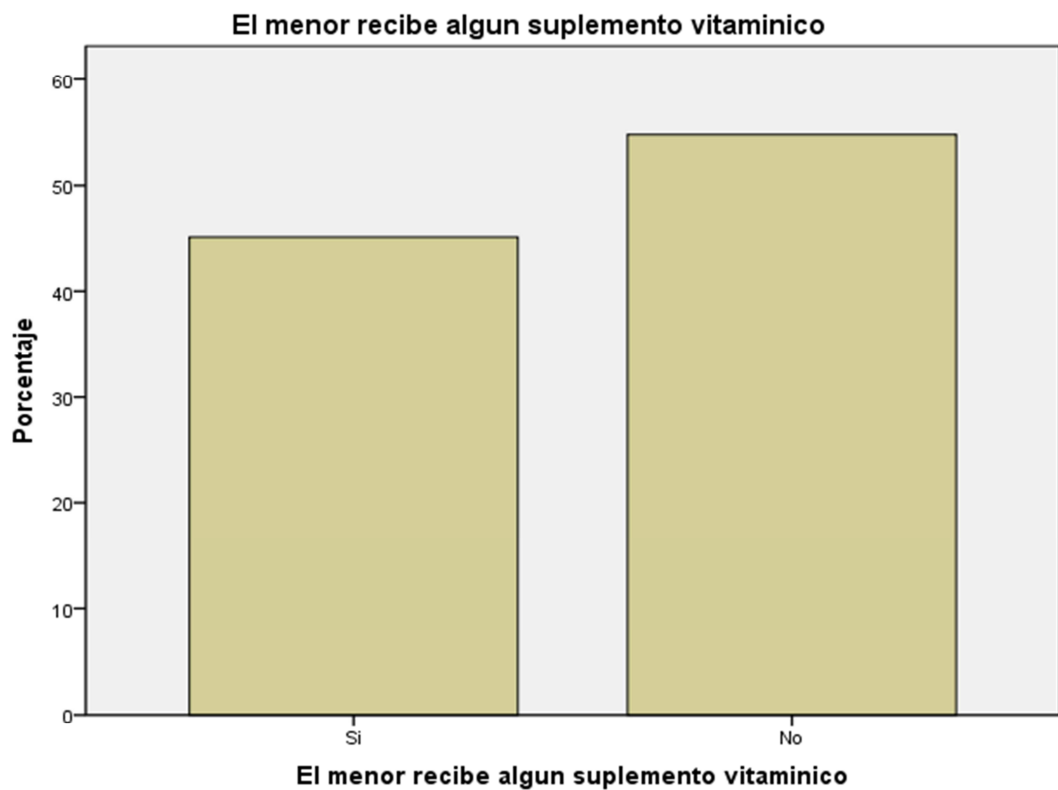


Gráfica 13. Porcentaje de Régimen alimenticio

El 93,8% corresponde a población con régimen alimenticio omnívoro lo cual evidencia el consumo de carnes rojas, blancas y el consumo de alimentos de origen animal y el 3,1 % corresponde a la población con régimen alimenticio ovo lacto-vegetariano los cuales sustituyen los alimentos de origen animal por productos de origen vegetal.

Tabla de frecuencia 9. Niños que reciben suplemento vitamínico

		<b>suplemento vitamínico</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	14	43,8	45,2	45,2
	No	17	53,1	54,8	100,0
	Total	31	96,9	100,0	
Perdidos	Sistema	1	3,1		
Total		32	100,0		

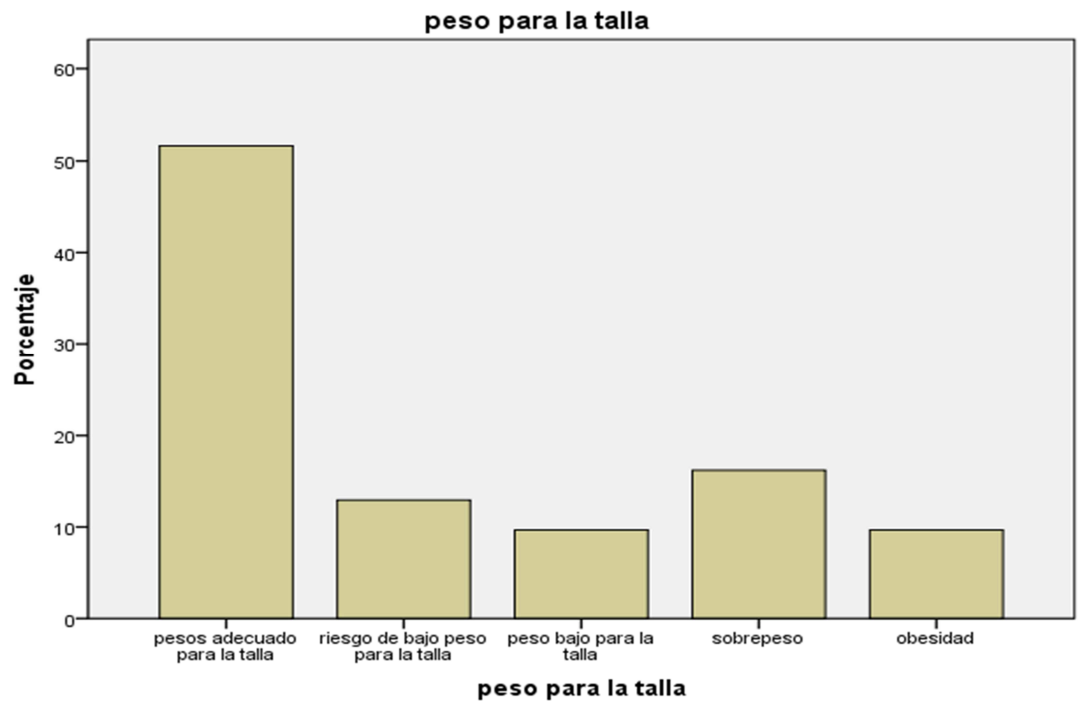


Gráfica 14. Porcentaje de Suplemento Vitamínico

El 43,8% corresponde a niños(as) que reciben suplemento vitamínico y el 53,1% de niños que no reciben ningún suplemento vitamínico.

Tabla 10. Peso para la talla

		<b>peso para la talla</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	pesos adecuado para la talla	16	50,0	51,6	51,6
	riesgo de bajo peso para la talla	4	12,5	12,9	64,5
	peso bajo para la talla	3	9,4	9,7	74,2
	sobrepeso	5	15,6	16,1	90,3
	Obesidad	3	9,4	9,7	100,0
	Total	31	96,9	100,0	
Perdidos	Sistema	1	3,1		
Total		32	100,0		



Gráfica 15. Peso para la talla

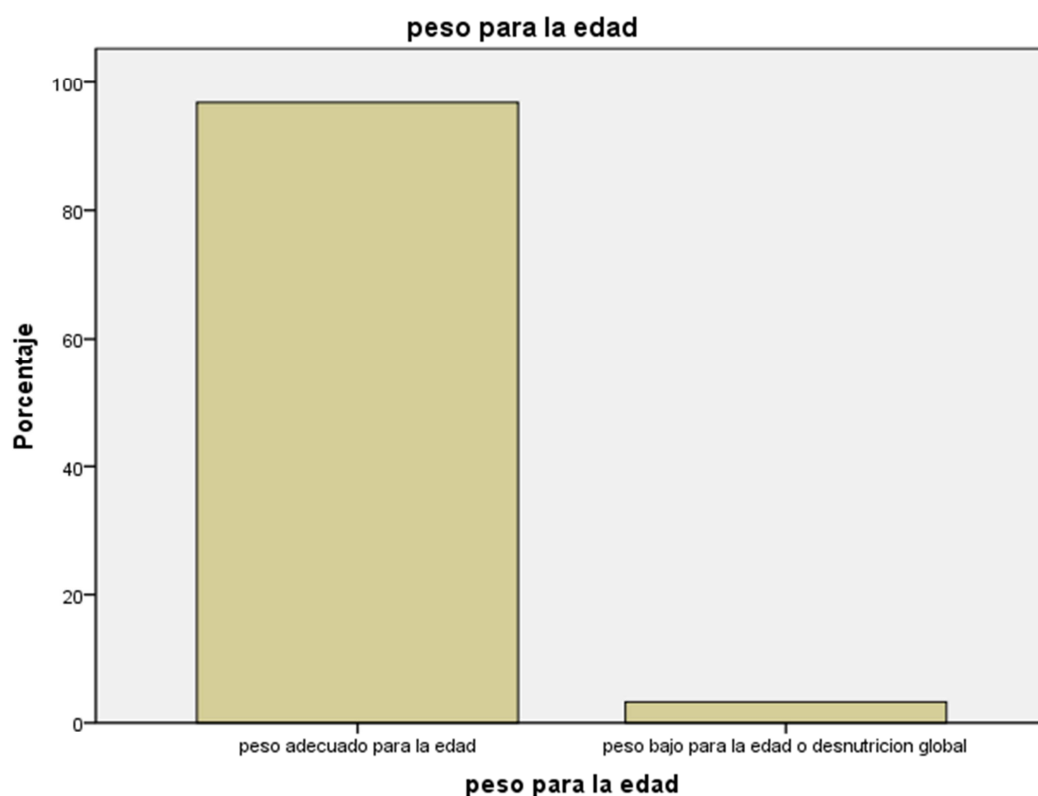
El 50% corresponde a niños(as) con pesos adecuado para la talla, el 12,5% corresponde a niños(as) con riesgo de bajo peso para la talla, el 9,4% corresponde a niños(as) con bajo peso para la talla, el 15,6% corresponde a niños(as) con sobrepeso y el 9,4% de niños con obesidad.

Tabla 11. Peso para la Edad.

**peso para la edad**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	peso adecuado para la edad	30	93,8	96,8	96,8
	peso bajo para la edad o desnutrición global	1	3,1	3,2	100,0
	Total	31	96,9	100,0	
Perdidos	Sistema	1	3,1		
	Total	32	100,0		



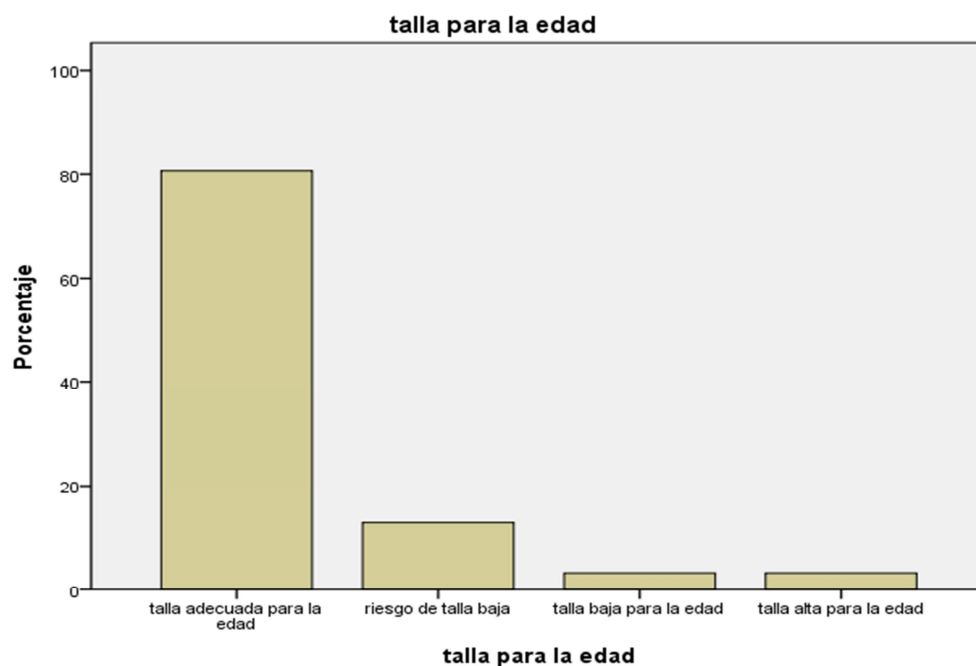


Gráfica 16. Peso para la edad

La población que corresponde al 93,8% se encuentra con peso adecuado para la edad y el 3,1% corresponde a niños(as) con peso bajo para la edad o desnutrición global.

Tabla 12. Talla para la Edad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	talla adecuada para la edad	25	78,1	80,6	80,6
	riesgo de talla baja	4	12,5	12,9	93,5
	talla baja para la edad	1	3,1	3,2	96,8
	talla alta para la edad	1	3,1	3,2	100,0
	Total	31	96,9	100,0	
Perdidos	Sistema	1	3,1		
	Total	32	100,0		

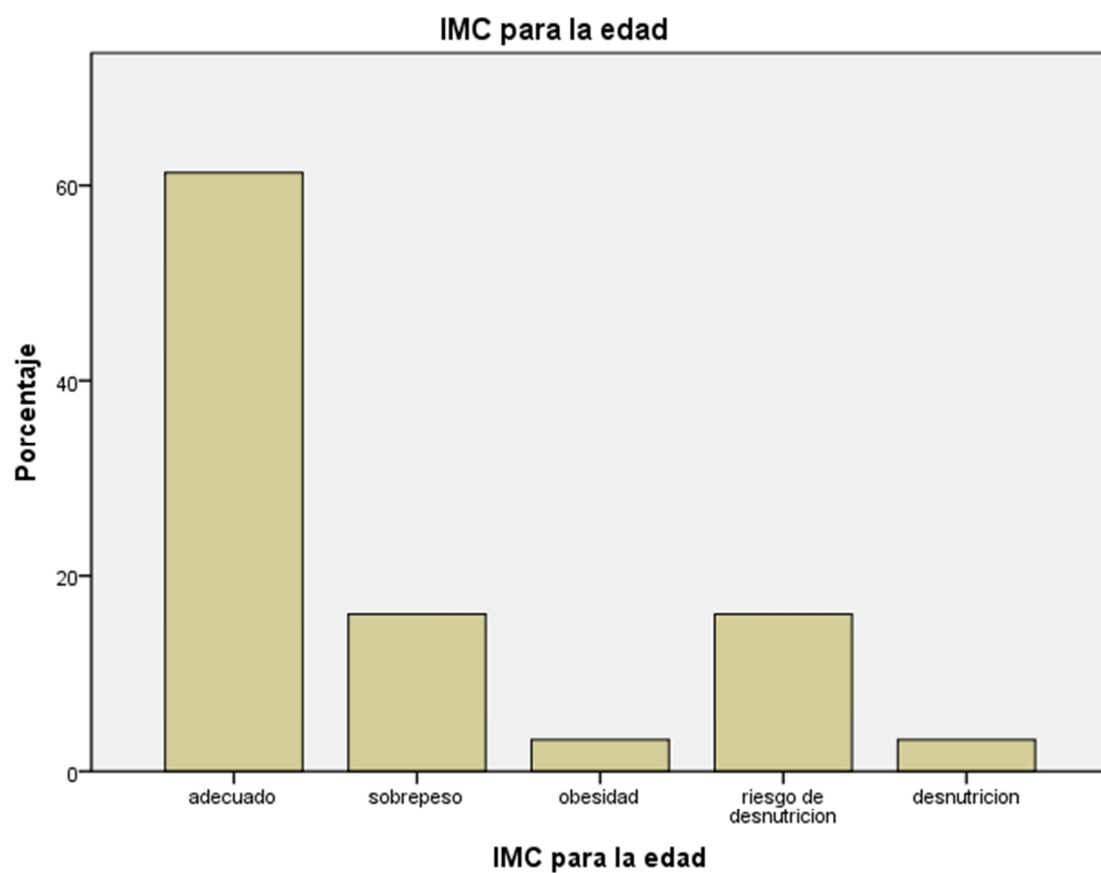


Gráfica 17. Talla para la edad

El 78,1% corresponden a niños (as) con talla adecuada para la edad, el 12,5% niños con riesgo de talla baja para la edad, el 3,1% niños con talla baja para la edad y el 3,1% niños con talla alta para la edad.

Tabla 13. IMC para la edad.

		<b>IMC para la edad</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	adecuado	19	59,4	61,3	61,3
	sobrepeso	5	15,6	16,1	77,4
	obesidad	2	6,2	3,2	80,6
	riesgo de desnutrición	5	15,6	16,1	96,8
	Desnutrición	1	3,1	3,2	100,0
	Total	31	96,9	100,0	
Perdidos	Sistema	1	3,1		
Total		32	100,0		

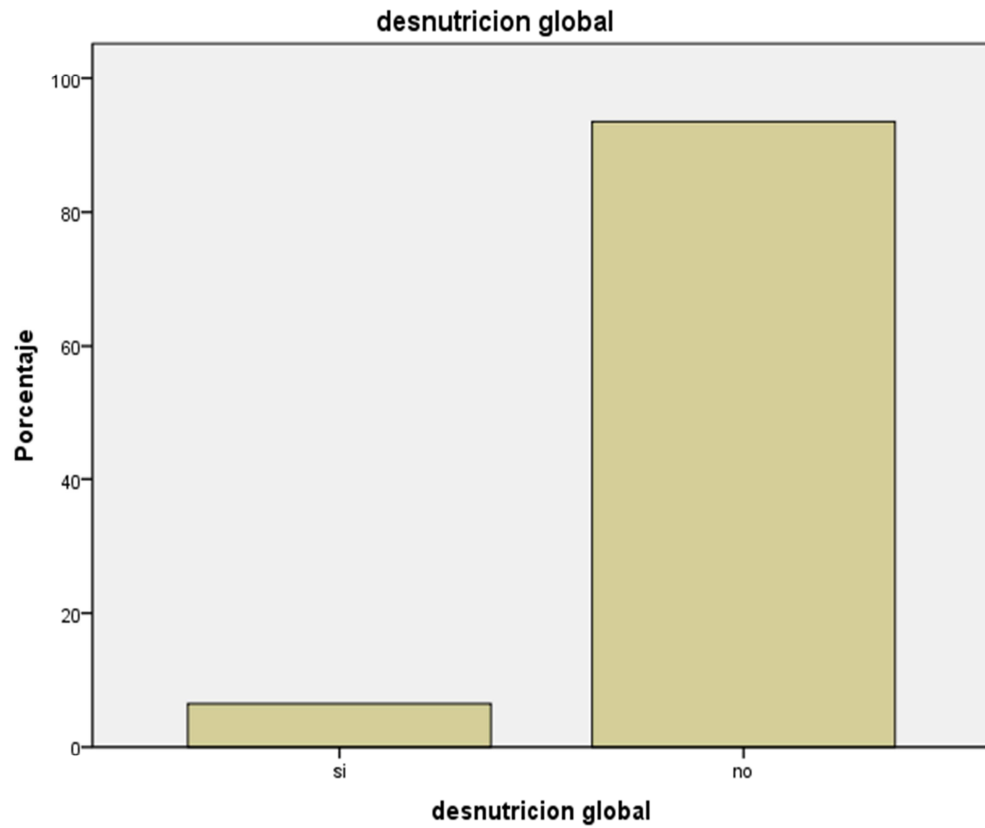


Gráfica 18. IMC para la Edad

Los niños (as) con IMC adecuado para la edad corresponde al 59,4%, sobrepeso 15,6%, obesidad 6,2% y el 15,6% niños(as) con riesgo de desnutrición.

Tabla 14 Desnutrición global

		<b>desnutrición global</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	2	6,3	6,5	6,5
	No	29	90,6	93,5	100,0
	Total	31	96,9	100,0	
Perdidos	Sistema	1	3,1		
Total		32	100,0		



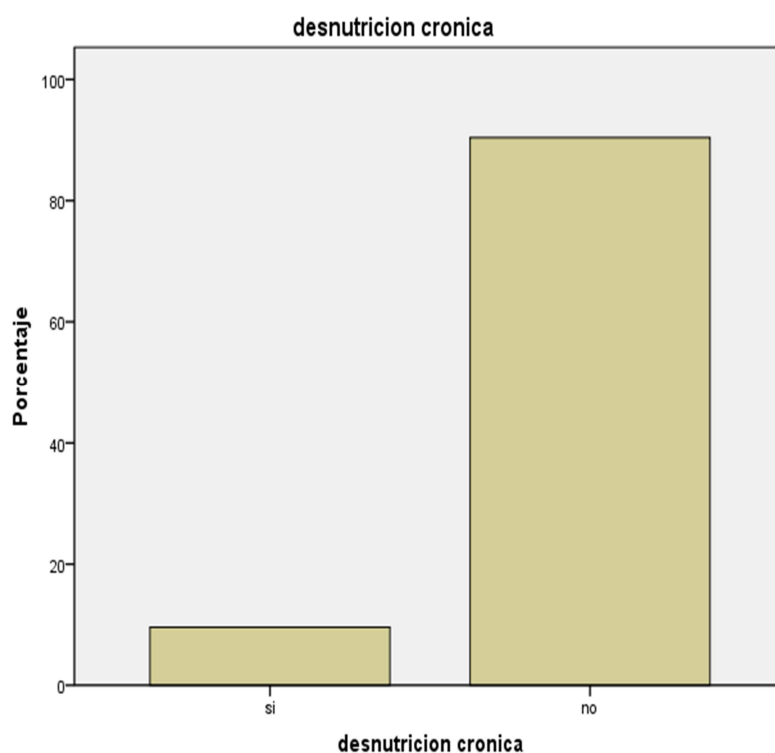
Gráfica 19. Desnutrición Global

Del 100% de la muestra, el 6,3% corresponde a niños (as) con desnutrición global y el 93,7% de niños que no presentan desnutrición global.

Tabla 15. Desnutrición crónica.

**desnutrición crónica**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	3	9,4	9,7	9,7
	No	28	87,5	90,3	100,0
	Total	31	96,9	100,0	
Perdidos	Sistema	1	3,1		
Total		32	100,0		



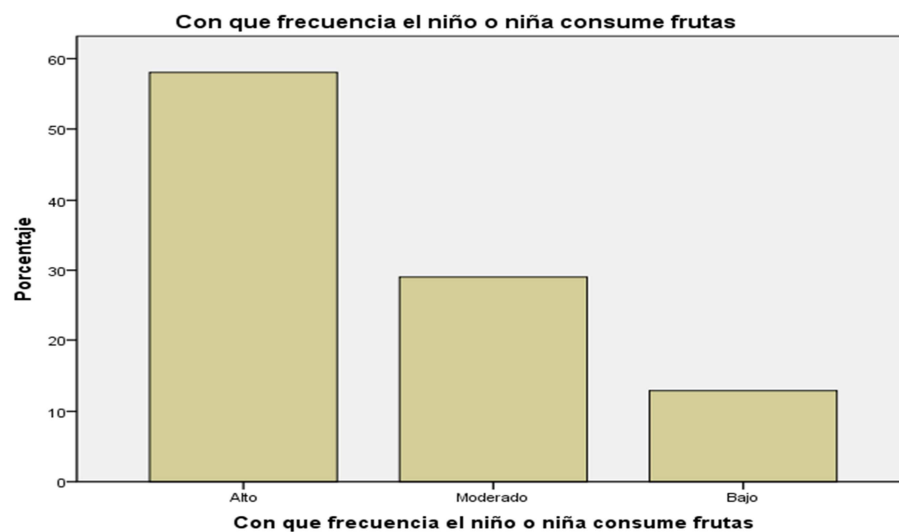
Gráfica 20. Desnutrición Crónica

Del 100% de la muestra, el 9,4% corresponde a niños con desnutrición crónica y el 87,5% niños que no presentan desnutrición crónica.

Tabla 16. Frecuencia de consumo de frutas

		Consumo de frutas			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Alto	18	56,3	58,1	58,1
	Moderado	9	28,1	29,0	87,1
	Bajo	4	12,5	12,9	100,0
	Total	31	96,9	100,0	
Perdidos	Sistema	1	3,1		
Total		32	100,0		

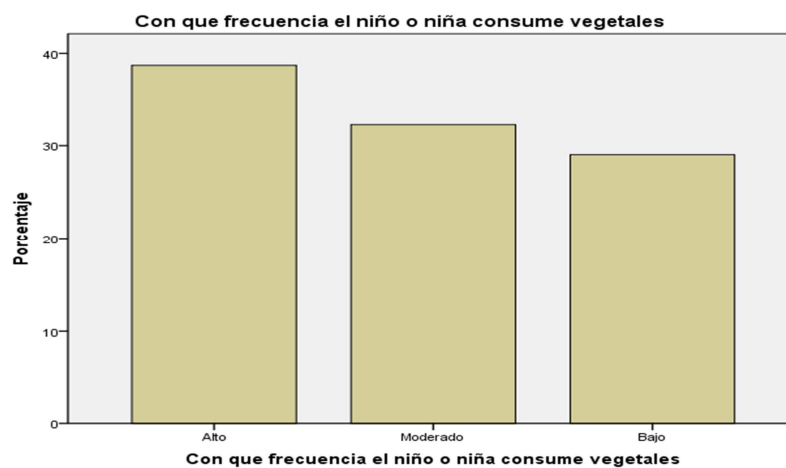
El 56,3% corresponde a niños que su consumo es alto en frutas, el 28,1% moderado consumo de frutas y el 12,5% bajo consumo de frutas.



Gráfica 21. Porcentaje de consumo de frutas.

Tabla 17. Consumo de vegetales

<b>Consumo de vegetales</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Alto	12	37,5	38,7	38,7
	Moderado	10	31,3	32,3	71,0
	Bajo	9	28,1	29,0	100,0
	Total	31	96,9	100,0	
Perdidos	Sistema	1	3,1		
Total		32	100,0		



Gráfica 22. Consumo de vegetales.

El más alto consumo de vegetales se encuentra en un 37,5%, moderado consumo de vegetales 31,3% y bajo consumo de vegetales 28,1%.

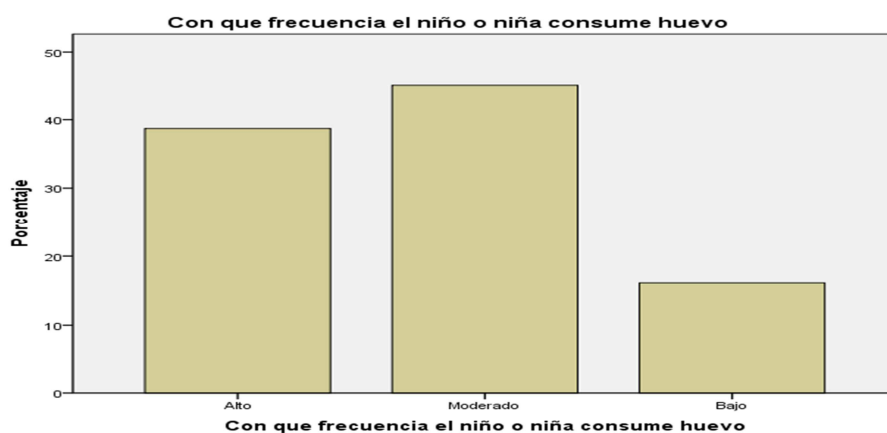
Tabla 18. Frecuencia de consumo de oleaginosas.

Consumo de oleaginosas					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Alto	2	6,3	6,5	6,5
	Moderado	5	15,6	16,1	22,6
	Bajo	24	75,0	77,4	100,0
	Total	31	96,9	100,0	
Perdidos	Sistema	1	3,1		
Total		32	100,0		

El consumo alto de oleaginosas corresponde al 6,3%, el consumo moderado 15,6% y el bajo consumo de oleaginosa corresponde al 75%.

Tabla 19. Frecuencia de consumo de huevo

		Consumo de huevo			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Alto	12	37,5	38,7	38,7
	Moderado	14	43,8	45,2	83,9
	Bajo	5	15,6	16,1	100,0
	Total	31	96,9	100,0	
Perdidos	Sistema	1	3,1		
Total		32	100,0		



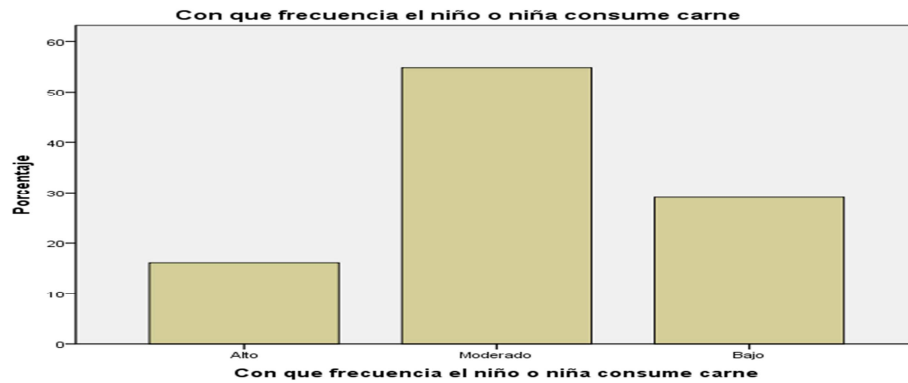
Gráfica 23. Consumo de huevo

Del 100% de la muestra, el 37,5% corresponde a niños (as) con consumo alto en huevo, 43,8% moderado consumo de huevo y el 15,6% al bajo consumo de huevo.

Tabla 20. Frecuencia consumo de carnes

		Consumo de carne			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Alto	5	15,6	16,1	16,1
	Moderado	17	53,1	54,8	71,0
	Bajo	9	28,1	29,0	100,0
	Total	31	96,9	100,0	
Perdidos	Sistema	1	3,1		
Total		32	100,0		



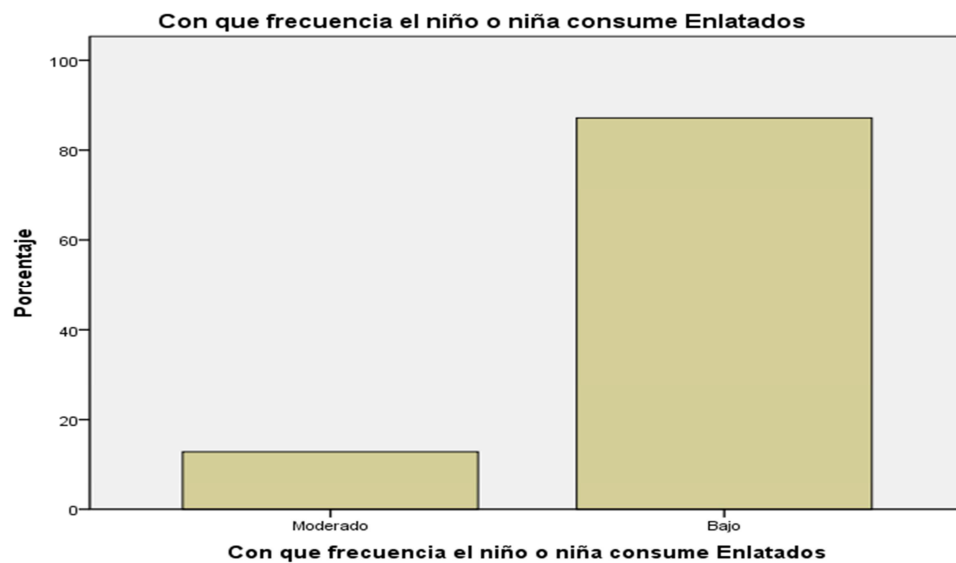


Gráfica 24. Consumo de carnes

Del 100% de los niños, el 15,6% el consumo de carne es alto, el 53,1% su consumo es moderado y el 28,1% su consumo es bajo.

Tabla 21. Frecuencia consumo de enlatados

		Consumo de Enlatados			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Moderado	4	12,5	12,9	12,9
	Bajo	27	84,4	87,1	100,0
	Total	31	96,9	100,0	
Perdidos	Sistema	1	3,1		
Total		32	100,0		

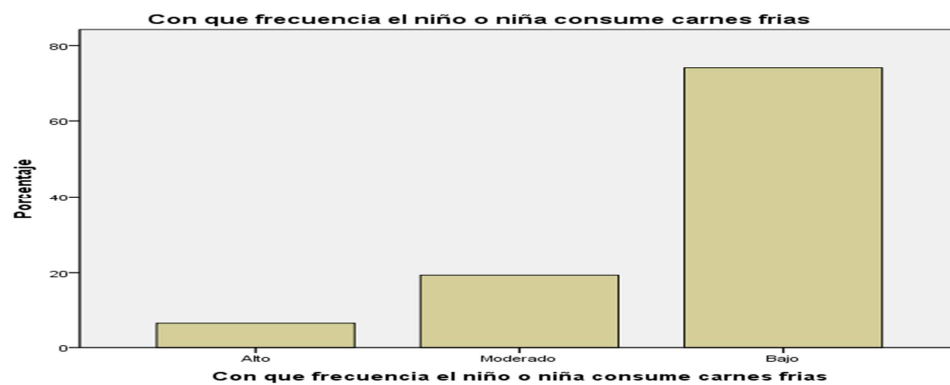


Gráfica 25. Porcentaje de consumo de enlatados.

Del 100% de los niños, el 12,5% el consumo de enlatados es moderado y el 84,4% el consumo de enlatados es bajo.

Tabla 22. Frecuencia consumo carnes frías.

		Consumo de carnes frías			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Alto	2	6,3	6,5	6,5
	Moderado	6	18,8	19,4	25,8
	Bajo	23	71,9	74,2	100,0
	Total	31	96,9	100,0	
Perdidos	Sistema	1	3,1		
Total		32	100,0		

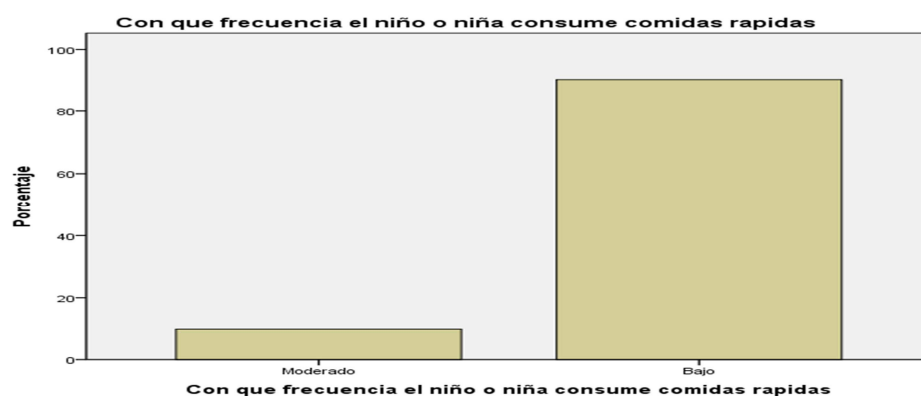


Gráfica 26. Porcentaje consumo carnes frías.

El 6,3% de la población, consumen en alta cantidad carnes frías, el 18,8% de la población consumen moderadamente las carnes frías y el 71,9% consume en baja cantidad carnes frías.

Tabla 23. Frecuencia consumo comidas rápidas

		<b>Comidas rápidas</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Moderado	3	9,4	9,7	9,7
	Bajo	28	87,5	90,3	100,0
	Total	31	96,9	100,0	
Perdidos	Sistema	1	3,1		
Total		32	100,0		

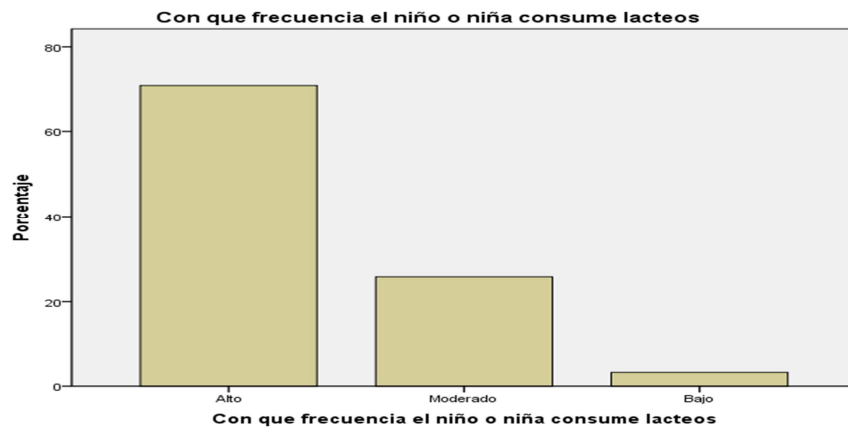


Gráfica 27. Porcentaje consumo comidas rápidas.

El 9,4% de la población consume comidas rápidas en moderada cantidad y el 87,5% de la población consume comida rápida en baja cantidad.

Tabla 24. Frecuencia consumo lácteos

		<b>Consumo de lácteos</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Alto	22	68,8	71,0	71,0
	Moderado	8	25,0	25,8	96,8
	Bajo	1	3,1	3,2	100,0
	Total	31	96,9	100,0	
Perdidos	Sistema	1	3,1		
Total		32	100,0		

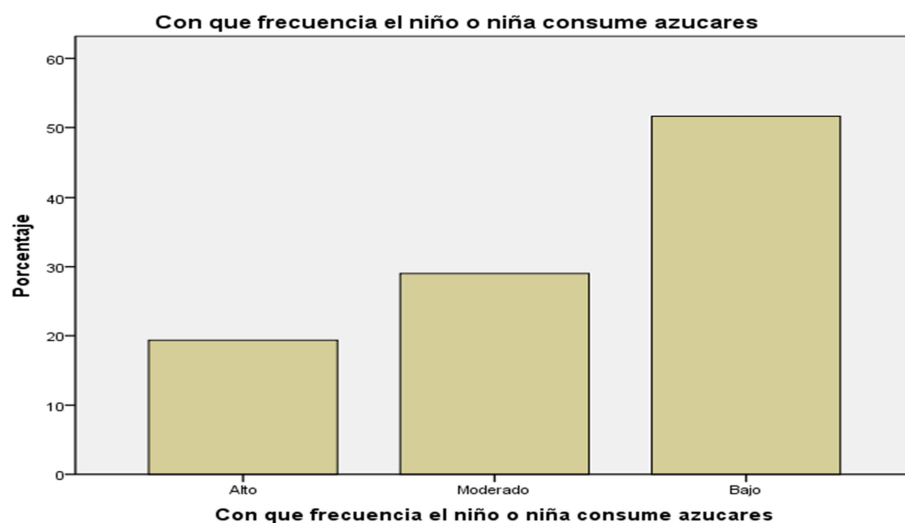


Gráfica 28. Porcentaje consumo lácteos.

El 68,8% de la población consume lácteos en alta cantidad, el 25% consume lácteos en moderada cantidad y el 3,1% consume lácteos en baja cantidad.

Tabla 25. Frecuencia consumo azúcares

		Consumo de azúcares			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Alto	6	18,8	19,4	19,4
	Moderado	9	28,1	29,0	48,4
	Bajo	16	50,0	51,6	100,0
	Total	31	96,9	100,0	
Perdidos	Sistema	1	3,1		
Total		32	100,0		

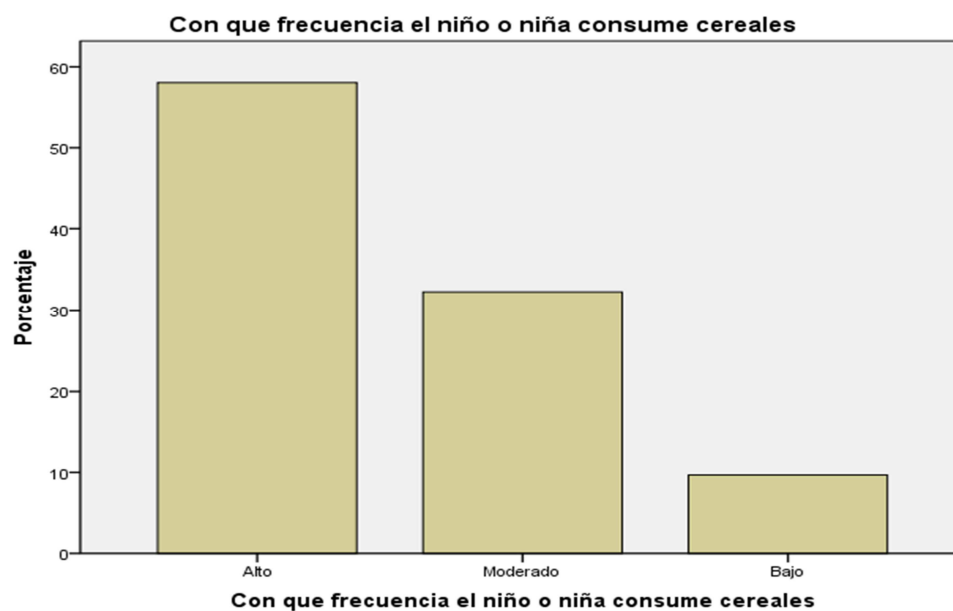


Grafica 29. Porcentaje consumo de azucares, bebidas oscuras y gaseosas.

El 18,8% de la población consume azucares en alta cantidad, el 28,1% consume azucares en moderada cantidad y el 50% consume azucares en baja cantidad.

Tabla 26. Frecuencia de consumo de cereales.

		Consumo de cereales			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Alto	18	56,3	58,1	58,1
	Moderado	10	31,3	32,3	90,3
	Bajo	3	9,4	9,7	100,0
	Total	31	96,9	100,0	
Perdidos	Sistema	1	3,1		
Total		32	100,0		

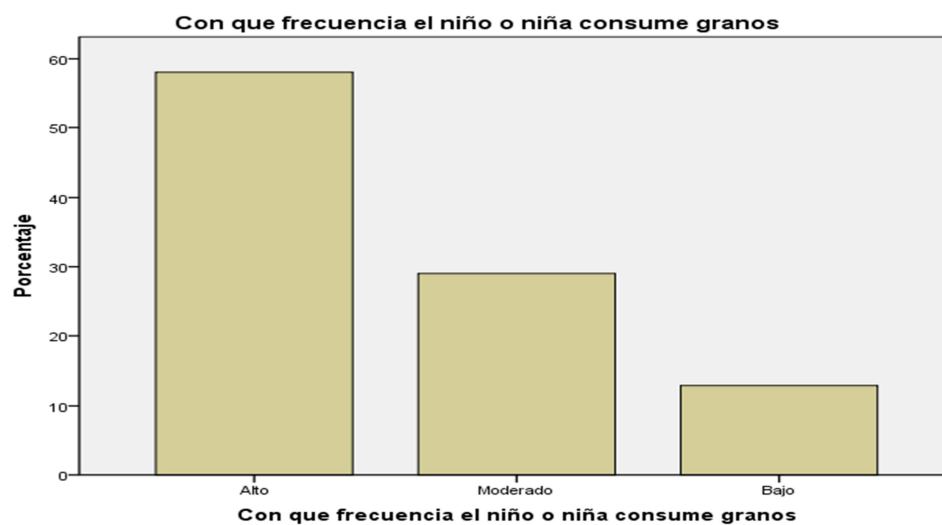


Gráfica 30. Porcentaje consumo cereales.

El 56,3% de la población consume cereales en alta cantidad, el 31,3% consumen cereales en moderada cantidad y el 9,4% consumen cereales en baja cantidad.

Tabla 27. Frecuencia consumo cereales

		<b>Consumo de granos</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Alto	18	56,3	58,1	58,1
	Moderado	9	28,1	29,0	87,1
	Bajo	4	12,5	12,9	100,0
	Total	31	96,9	100,0	
Perdidos	Sistema	1	3,1		
Total		32	100,0		

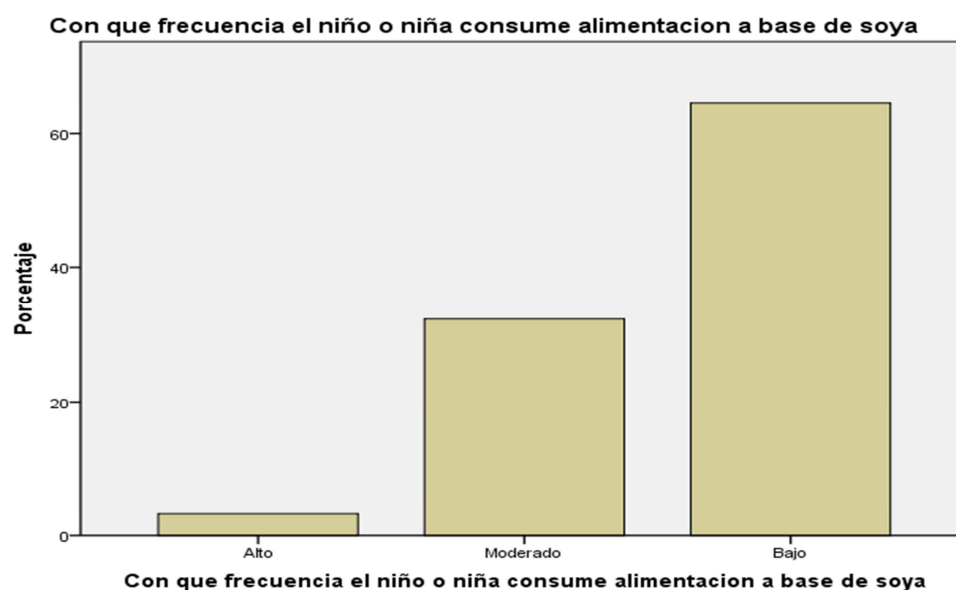


Gráfica 31. Porcentaje de consumo granos.

El 56,3% de la población consume granos en alta cantidad, el 28,1% consumen granos en moderada cantidad y el 12,5% consume cereales en baja cantidad.

Tabla 28. Frecuencia consumo alimento a base de soya

		<b>Consumo de alimentación a base de soya</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Alto	1	3,1	3,2	3,2
	Moderado	10	31,3	32,3	35,5
	Bajo	20	62,5	64,5	100,0
	Total	31	96,9	100,0	
Perdidos	Sistema	1	3,1		
Total		32	100,0		



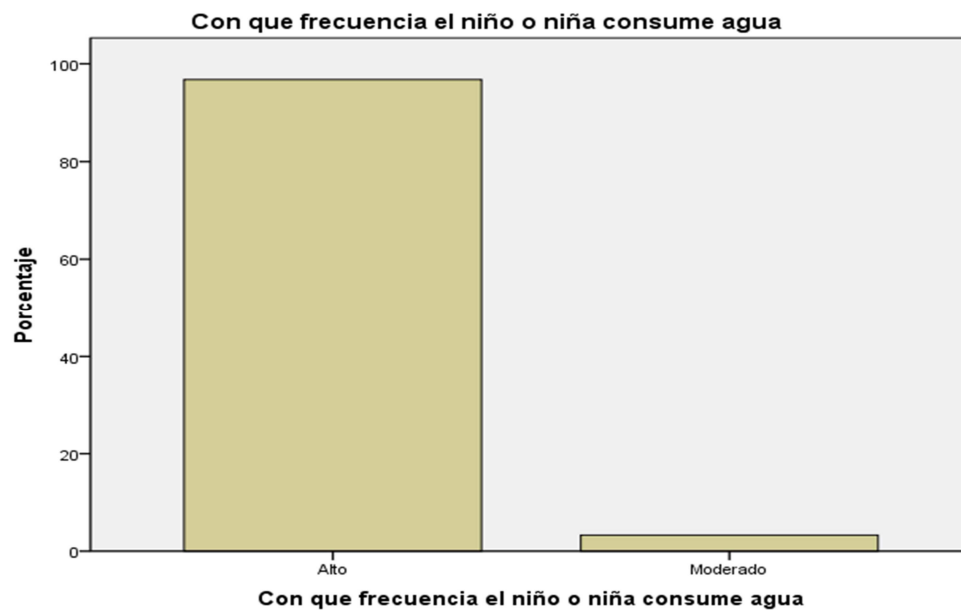
Gráfica 32. Frecuencia consumo de alimentos a base de soya

El 3,1% de la población consume alimentos a base de soya en alta cantidad, el 31,3% consume alimentos a base de soya en moderada cantidad y el 62,5% consume alimentos a base de soya en baja cantidad.

Tabla 29. Frecuencia consumo agua

		<b>Consumo de agua</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Alto	30	93,8	96,8	96,8
	Moderado	1	3,1	3,2	100,0
	Total	31	96,9	100,0	
Perdidos	Sistema	1	3,1		
Total		32	100,0		



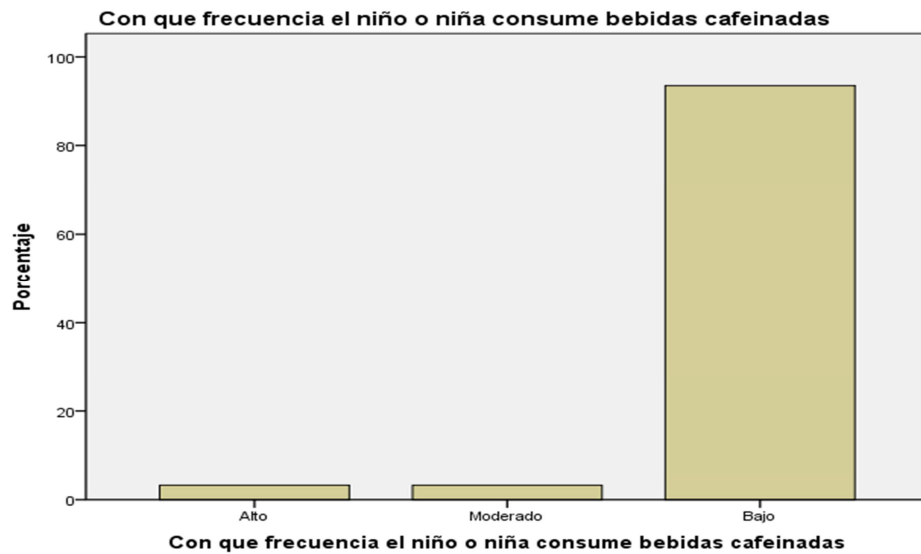


Gráfica 33. Porcentaje consumo de agua.

El 93,8% de la población consumen agua en alta cantidad y el 3,1% consume agua en moderada cantidad.

Tabla 30. Frecuencia consumo bebidas azucaradas, cafeinadas y gaseosas

		<b>Consumo de bebidas cafeinadas</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Alto	1	3,1	3,2	3,2
	Moderado	1	3,1	3,2	6,5
	Bajo	29	90,6	93,5	100,0
	Total	31	96,9	100,0	
Perdidos	Sistema	1	3,1		
Total		32	100,0		

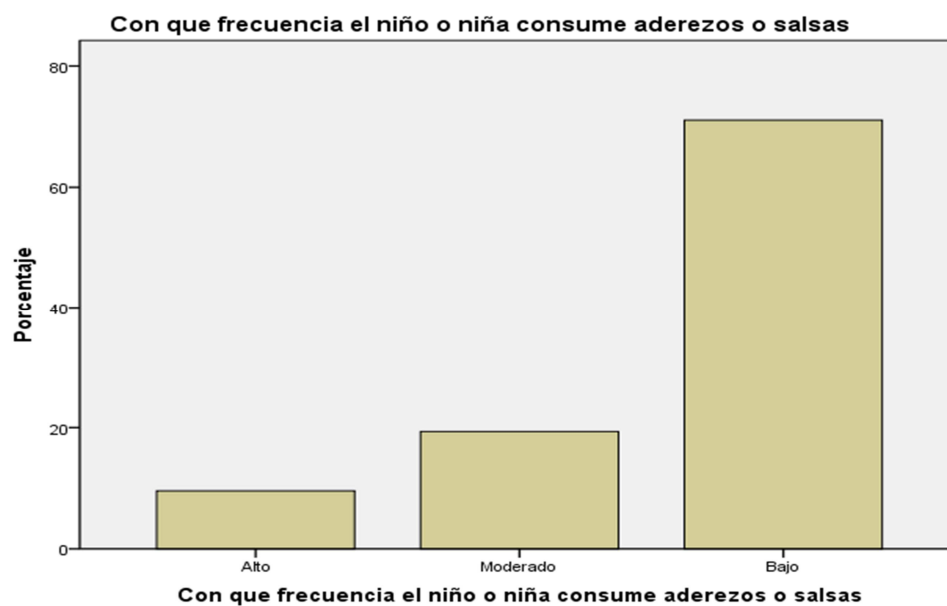


Gráfica 34. Porcentaje consumo bebidas cafeinadas, azucares y gaseosas

El 3,1% de la población consume bebidas cafeinadas en alta cantidad al igual que en moderada cantidad y el 90,6% consume bebidas cafeinadas en baja cantidad.

Tabla 31. Frecuencia consumo aderezos o salsas

		<b>Consumo de aderezos o salsas</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Alto	3	9,4	9,7	9,7
	Moderado	6	18,8	19,4	29,0
	Bajo	22	68,8	71,0	100,0
	Total	31	96,9	100,0	
Perdidos	Sistema	1	3,1		
Total		32	100,0		

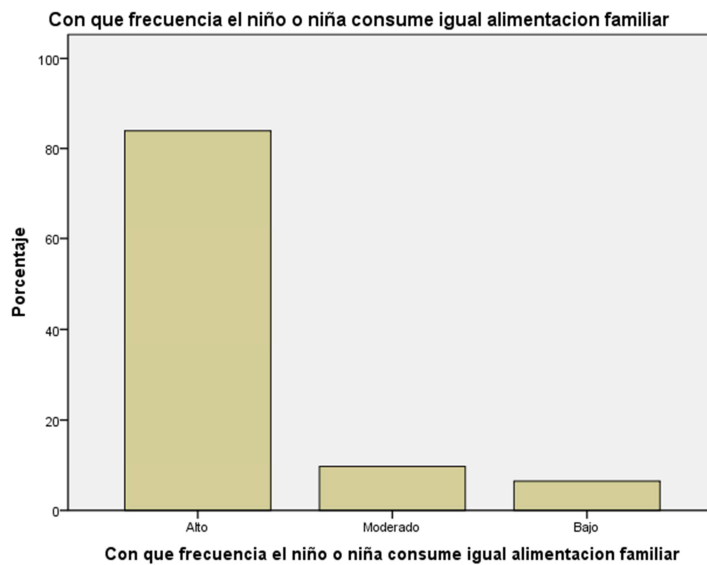


Gráfica 35. Porcentaje consumo aderezos o salsas.

El 9,4% de la población consume salsas en alta cantidad, el 18,8% consume salsas en moderada cantidad y el 68,8% en baja cantidad.

Tabla 32. Frecuencia consumo igual alimentación familiar

		<b>Consumo igual alimentación familiar</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Alto	26	81,3	83,9	83,9
	Moderado	3	9,4	9,7	93,5
	Bajo	2	6,3	6,5	100,0
	Total	31	96,9	100,0	
Perdidos	Sistema	1	3,1		
Total		32	100,0		

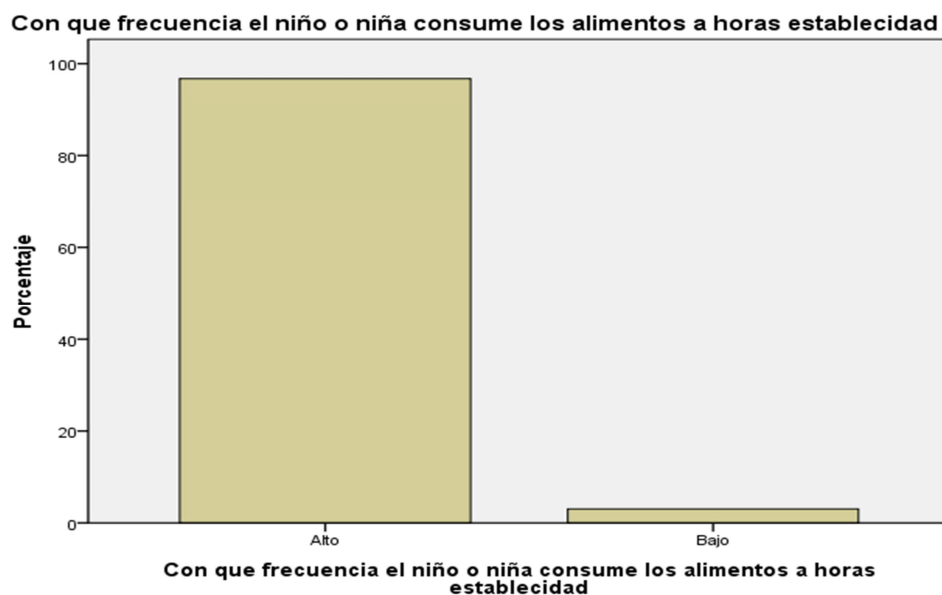


Gráfica 36. Porcentaje consumo igual alimentación familiar.

El 81,3% de los niños tiene un alto hábito de alimentación familiar al igual que el resto de su familia, el 9,4% tiene un moderado hábito de igual alimentación familiar y el 6,3% tiene bajo hábito de igual alimentación familiar.

Tabla 33. Frecuencia consumo en horarios establecidos

Consumo de alimentos a horas establecidas					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Alto	30	93,8	96,8	96,8
	Bajo	1	3,1	3,2	100,0
	Total	31	96,9	100,0	
Perdidos	Sistema	1	3,1		
Total		32	100,0		

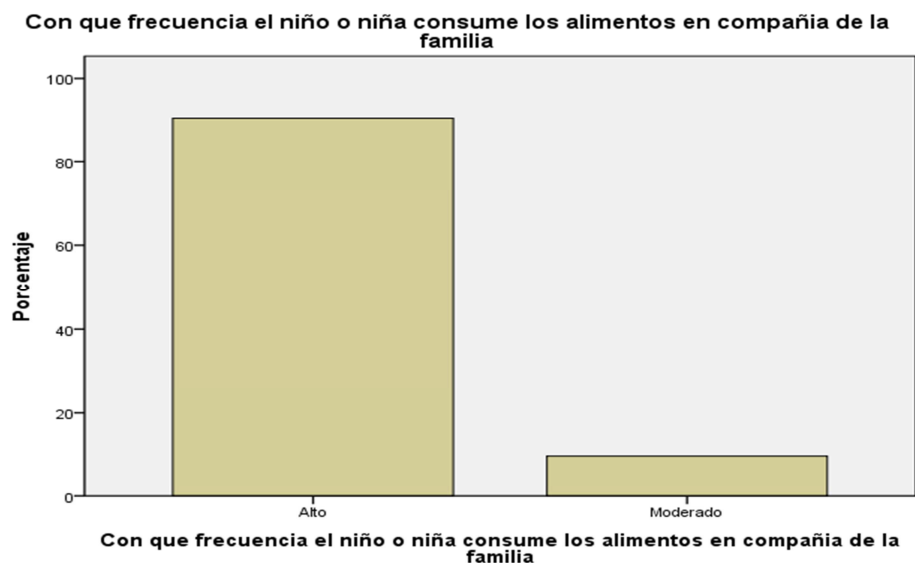


Gráfica 37. Porcentaje consumo alimentos a horas establecidas.

El 93,8% de los niños tienen una alta adherencia al consumo de alimentos a horas establecidas y el 3,1% tienen una baja adherencia al consumo de alimentos a horas establecidas.

Tabla 34. Frecuencia consumo de alimentos en compañía de la familia

		<b>Consumo de alimentos en compañía de la familia</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Alto	28	87,5	90,3	90,3
	Moderado	3	9,4	9,7	100,0
	Total	31	96,9	100,0	
Perdidos	Sistema	1	3,1		
Total		32	100,0		



Gráfica 38. Porcentaje consumo alimentos en compañía de la familia.

El 87,5% de la población consume sus alimentos en compañía de sus familiares de 5 a 7 días a la semana y el 9,4% de la población consume sus alimentos en compañía de sus familiares de 3 veces a la semana.

### Principales Resultados

La población inicial que constaba de 40 niños (as) que cumplían con el requisito de edad, cinco niños fueron excluidos de la investigación debido a que sus padres no autorizaron su inclusión en el estudio y cuatro niños excluidos por datos incompletos. Por lo cual la muestra tomada como objeto de investigación es de 31 niños (as), lo que corresponde a un 80% de la población inicial.

Según el género de los encuestados el 40,6% corresponde al género femenino y el 56,3 % al género masculino siendo la población que más predomina en el estudio. En la distribución de grupos etáreos el 12,5% equivale a niños en edades entre los 2 y 3 años, el 28,1% corresponden a edades entre 3años + 1 mes y 4 años y el 56,3% se encuentra en edades entre 4 años + 1 mes y 5 años el cual representa el mayor porcentaje poblacional.

Los patrones de crecimiento a mencionar son los establecidos por la OMS. En el patrón de talla para la edad se encontró un riesgo de talla baja para la edad del 12,5% y en talla baja 3,1%. En el patrón de peso para la edad el 3,1% de los niños fueron evaluados de bajo peso, en el patrón de IMC el 15,6% con sobrepeso y el 3,1% están en la categoría de los obesos, el 15,6% en riesgo de desnutrición y el 3,1% con desnutrición. En peso para la talla, el riesgo de bajo peso para la talla fue de 12,5%, peso bajo para la talla o desnutrición aguda 9,4%, sobrepeso 15,6% y 9,4% obesidad. En el grupo de escolares clasificados como bajo peso predominaron los niños mientras que en el grupo de malnutridos por exceso (sobrepeso y obesos) predominaron las niñas.

El 93,8% de la población tiene un régimen omnívoro y solo el 3,1 % corresponde a una dieta ovolacto-vegetariana.

Los hábitos alimentarios presentes en los niños incluidos en el estudio fueron clasificados en un alto consumo que equivale de 5 veces por semana a todos los días de la semana: frutas en un 56,3%, vegetales en un 37,5%, huevo en un 37,5%, consumo de lácteos en un 68,8%, agua en un 93,8%, cereales y granos en un 56,3%, adherencia al consumo de alimentos a horas establecidas el 93,8%, hábito de alimentación familiar al igual que el resto de su familia 81,3% además de consumir alimentos en compañía de sus familiares 87,5%.

Los siguientes alimentos se consumieron en baja cantidad clasificado en nunca a 2 veces por semana: oleaginosas corresponde al 75%, comidas rápidas 87,5%, alimentos a base de soya 62,5%, bebidas cafeinadas u oscuras 90,6% y salsas en un 68,8%.

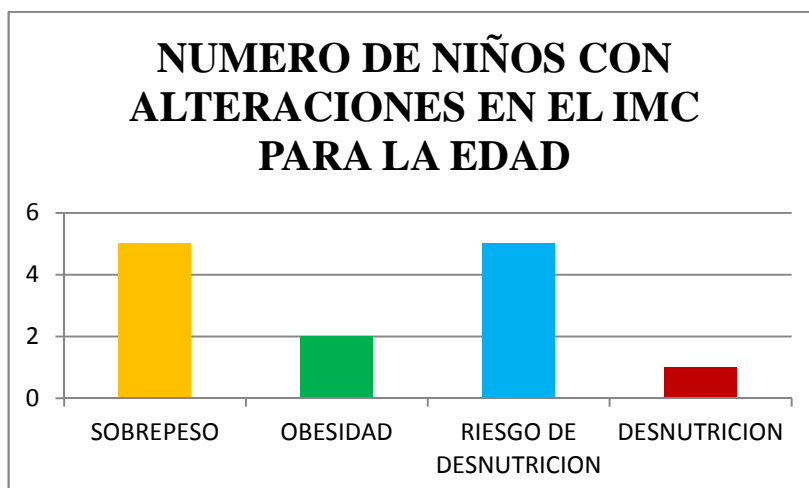


Gráfico 39. Número de niños con alteraciones del estado nutricional

Del 100% de la muestra el 43,5% presento algún tipo de alteración en el IMC distribuidos de la siguiente manera; un 15.6% presento sobrepeso, un 6.2% presentaron obesidad, el 15.6% presento riesgo de desnutrición y 3.1% presento edad desnutrición.

Según el análisis de las variables el bajo consumo de vegetales, oleaginosas, alimentos a base de soya, alto consumo de lácteos y salsas esta relacionadas con el sobrepeso encontrado en el 15.6% de la muestra. El 6.2% de los niños que presentaron obesidad se relacionan con el bajo consumo de frutas, oleaginosas, cereales y agua; alto consumo de huevo, lácteos, bebidas cafeinadas, moderado consumo de granos.

El 16,1% que corresponde a niños con riesgo de desnutrición, se relacionan con el moderado y bajo consumo de frutas, moderado y bajo consumo de alimentos a base de soya y de salsas, bajo consumo de vegetales y oleaginosas y alto consumo de azúcares. Y el 3,1% de la muestra presentaron desnutrición relacionado con; bajo consumo de vegetales y oleaginosas, carnes, granos y alimentos a base de soya, moderado consumo de salsa y alto consumo de carnes frías.

La mayoría de las alteraciones en los patrones de crecimiento (P/T, P/E; T/E, IMC/E), se presentan en el género masculino.



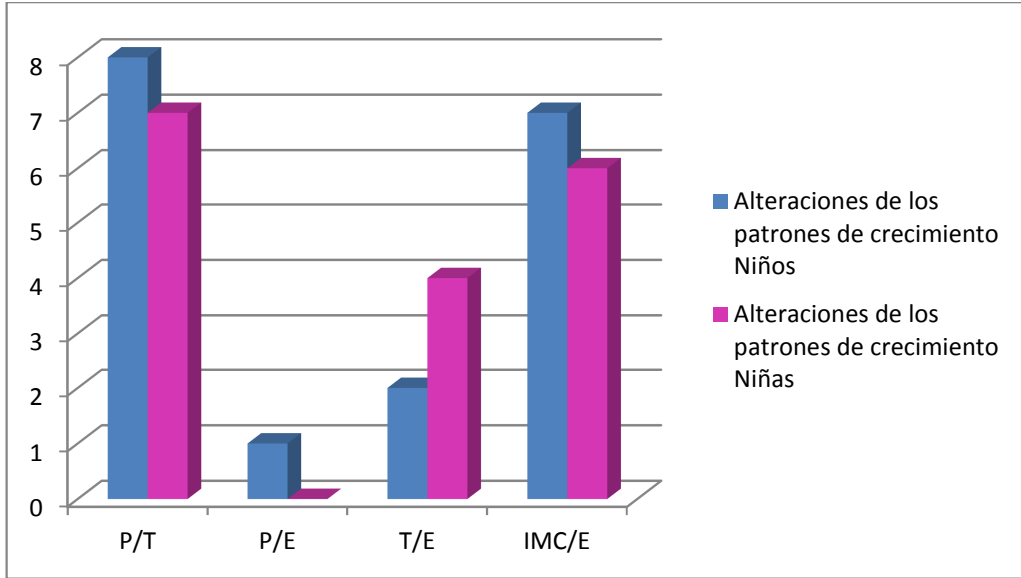


Gráfico 40. Alteraciones de los patrones de crecimiento según género

En el patrón de peso para la talla, peso para la edad e IMC se evidencia mayor alteración en niños a diferencia de talla para la edad donde es notable las alteraciones en las niñas. Se destaca menor consumo de vegetales, oleaginosas, agua, frutas, altos consumo de azucares en niños.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

## **5.1. Conclusiones**

Se concluye que el género representativo fue el masculino con un 56,3 % y que la mayor muestra se encuentra en edades de 49 a 60 meses.

La mitad de la población objeto de estudio se encuentra clasificado en peso para la talla alterado según los patrones de crecimiento planteados por la OMS.

En el patrón de crecimiento de talla para la edad se encontró que el 12,5% de los niños tienen un riesgo de talla baja para la edad y el 3,1% una talla baja para la edad además en los hábitos de alimentación se halló bajo o moderado consumo de vegetales, frutas, oleaginosas, agua y altos consumo de azúcares también el 20% de los niños que tienen talla baja para la edad presentan sobrepeso y en igual proporción obesidad, evidenciando así hábitos de alimentación malsanos según el instrumento aplicado.

La población con régimen ovo-lacto-vegetariano presenta un adecuado crecimiento y estado nutricional según los parámetros establecidos por la OMS.

Debido que en el periodo de los 2 a 5 años se forman hábitos de alimentación e higiene que perdurarán toda la vida se concluye que la mayor presencia de población con sobrepeso u obesidad según el IMC se encuentra en el grupo de edad entre 49 a 60 meses.

La población en general presentó un inadecuado consumo de frutas, vegetales y oleaginosas siendo estos grupos de alimentación importantes en el adecuado crecimiento y promoción de la salud.

## **5.2. Recomendaciones**

Se recomienda aumentar el consumo de frutas, verduras, cereales y granos, y disminuir el consumo de azúcares refinados, ya que una dieta saludable constituye uno de los pilares fundamentales para garantizar un crecimiento sano y saludable.

Hacer partícipes a los padres o cuidadores en la adquisición de hábitos saludables y

patrones de alimentación adecuados, debido a la importancia de los primeros cinco años de vida del ser humano para el desarrollo de hábitos protectores.

Se recomienda a la institución educativa realizar actividades intramurales, que contribuyan a la formación de hábitos de alimentación saludable en los menores de 5 años, con el propósito de incrementar el consumo de alimentos sanos que disminuyan el riesgo de padecimiento de enfermedades a largo plazo.

### **BIBLIOGRAFÍA:**

1 OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2012 [cited 2013 Septiembre 18].  
. Available from: <http://www.who.int/features/factfiles/nutrition/es/index.html>.

- 2 UNICEF. Lineamientos estrategicos para la erradicacion de la desnutricion cronica . infantil en America Latina y el Caribe. [Online].; 2008 [cited 2013 Septiembre 18]. Available from: [http://www.unicef.org/lac/final\\_estrategia\\_nutricion\(2\).pdf](http://www.unicef.org/lac/final_estrategia_nutricion(2).pdf).
- 3 Bueno M, Sarria A, Perez J. NUTRICIÓN EN PEDIATRIA TOMO II. Quinta ed. . Martinez , editor. Madrid: Monsa Ergon; 2007.
- 4 OMS. organizacion Mundial de salud, departamento de nutricion. [Online].; 2014 . [cited 2014 septiembre 19. Available from: [http://www.who.int/nutrition/about\\_us/es/](http://www.who.int/nutrition/about_us/es/).
- 5 Leticia Parra-Gámez JRTGCEB. La desnutrición y sus consecuencias sobre el . metabolismo intermedio. [Online].; 2003 [cited 2014 septiembre 19. Available from: <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no46-1/RFM46108.pdf>.
- 6 ONU. centro de noticias de la ONU. [Online].; 2013 [cited 2014 septiembre 19]. Available from: <http://www.un.org/spanish/News/story.asp?NewsID=26634#.VBxVyJR5Me0>.
- 7 Unicef. DATOS Y CIFRAS CLAVE SOBRE NUTRICIÓN: Del informe mundial: . Improving Child Nutrition: The achievable imperative for global progress. [Online].; 2010 [cited 2014 septiembre 19. Available from: [http://www.unicef.org/argentina/spanish/UNICEF\\_Reporte\\_Nutricion\\_ESP\\_15-4.pdf](http://www.unicef.org/argentina/spanish/UNICEF_Reporte_Nutricion_ESP_15-4.pdf).
- 8 ONU. Objetivos del Desarrollo del Milenio y mas allá del 2015. [Online].; 2013 [cited 2014 Noviembre 4. Available from: <http://www.un.org/es/millenniumgoals/poverty.shtml>.
- 9 ONU. Objetivos del Desarrollo del Milenio y mas allá del 2015. [Online].; 2013 [cited 2014 Noviembre 04. Available from: <http://www.un.org/es/millenniumgoals/childhealth.shtml>.
- 1 UNICEF. EL ESPECTADOR. [Online].; 2013 [cited 2014 septiemebre 19. Available from: <http://www.elespectador.com/noticias/actualidad/vivir/el-hambre-aqueja-colombia-articulo-416594>.
- 1 Gloria Maria Agudelo O. (1) OLCHE(CMVR(BEPS(MABGEMMCABPLCBH. revista 1 scielo. [Online].; 2006 [cited 2014 septiembre 18. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182006000200008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182006000200008&script=sci_arttext).

- 1 OMS- FAO. Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición. [Online].; 2014 [cited  
2 2014 Noviembre 5. Available from:  
. [http://www.who.int/nutrition/topics/icn2\\_oewg\\_framework\\_2nddraft\\_22to23Sept2014\\_es.pdf](http://www.who.int/nutrition/topics/icn2_oewg_framework_2nddraft_22to23Sept2014_es.pdf).
- 1 DR JPR. Cap 1: Cuerpo y Salud. In safeliz e, editor. como tener un cuerp sano.  
3 Argentina: ACES; 2009. p. 12.  
.
- 1 Sabate DJ. EL PODER DE LOS ALIMENTOS. 2010th ed. safeliz e, editor. Argentina:  
4 ACES; 2003.  
.
- 1 Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. Vigésima segunda  
5 edición ed. Madrid: Espasa Calpe, S.A; 2001.  
.
- 1 Real Academia Española. [Online].; 2014 [cited 2014 Octubre 08. Available from:  
6 <http://buscon.rae.es/drae/srv/search?val=antropometr%EDa>.
- 1 Ministerio de la Proteccion Social. Resolucion 2121. [Online].; 2010 [cited 2012  
7 Agosto 31. Available from: [https://www.icbf.gov.co/transparencia\\_derechobienestar/resolucion/resolucion\\_minproteccion\\_2121\\_2010.html](https://www.icbf.gov.co/transparencia_derechobienestar/resolucion/resolucion_minproteccion_2121_2010.html).
- 1 OMS. El estado físico: uso e interpretación de la antropometría. [Online].; 2013 [cited  
8 2013 Agosto 31. Available from:  
. [http://www.who.int/nutrition/publications/growth\\_physical\\_status/es/](http://www.who.int/nutrition/publications/growth_physical_status/es/).
- 1 UNICEF. UNICEF. [Online].; 2006 [cited 2014 Marzo 15. Available from:  
9 <http://www.unicef.com.co/>.
- 2 OMS. Organizacion Munidal de la Salud. [Online].; 2012 [cited 2014 Marzo 16.  
0 Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>.
- 2 Unicef. Estado mundial de la infancia. [Online]. [cited 2014 septiembre 15. Available  
1 from: <http://www.unicef.org/spanish/sowc98sp/sum01sp.htm>.

- 2 ochoa Mcr. El colombiano: niños que tienen hambre rinden menos en el colegio.  
 2 [Online].; 2007 [cited 2014 septiembre 15. Available from:  
 . <http://www.elcolombiano.com/proyectos/serieselcolombiano/textos/educacion/agosto21/hambre.htm>.
- 2 Narthan AHSK. EBSCO: A longitudinal study of the growth of matched pairs of  
 3 vegetarian and omnivorous children, aged 7-11 years, in the North-west of England.  
 . [Online].; 1997 [cited 2014 septiembre 29. Available from:  
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=0099434e-2377-4bc7-8e3d-4b72d6e6f1b2%40sessionmgr4005&vid=41&hid=4107>.
- 2 Thane C. W BCJ. EBSCO: Dietary Intakes and nutrient status of vegetarian preschool  
 4 children from a British national survey. [Online].; 2000 [cited 2014 septiembre 26.  
 . Available from:  
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=4&sid=0099434e-2377-4bc7-8e3d-4b72d6e6f1b2%40sessionmgr4005&hid=4107&bdata=Jmxhbmc9ZXMMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=aph&AN=5520552>.
- 2 LEUNG LSLLYHL. EBSCO: Growth and nutrition of chinese vegetarian children in  
 5 Hong Kong. [Online].; 2000 [cited 2014 septiembre 29. Available from:  
 . <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=b243ac97-6c19-40e4-bcf0-b0f362e45502%40sessionmgr4005&vid=1&hid=4107>.
- 2 Dres. Alicia B. orden MFTMALMFCFAQEEO. Revista cielo: evaluacion del estado  
 6 nutricional en escolares de bajos recursos socioeconomicos en el contexto de la  
 . transicion nutricional. [Online].; 2005 [cited 2014 Septiembre 27. Available from:  
<http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v103n3/v103n3a04.pdf>.
- 2 Alexandra CBD. universidad nacional de ambato. [Online].; 2013 [cited 2014  
 7 septiembre 28. Available from: <http://repo.uta.edu.ec/handle/123456789/5524>.
- 2 Dr. Pablo Durán LGMLABLKDEAG. Revista Cielo: Estudio descriptivo de la  
 8 situación nutricional en niños de 6-72 meses de la República Argentina. [Online].; 2009  
 . [cited 2014 septiembre 28. Available from:  
[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0325-00752009000500005](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752009000500005).

- 2 Iris F. Groeneveld NWSMCD. EBSCO: Nutritional status of urban schoolchildren of 9 high and low socioeconomic status in quetzaltenango, Guatemala. [Online].; 2007 . [cited 2014 octubre 4. Available from: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=227a6924-d0ab-4b2c-afc3-ce12f8835151%40sessionmgr4001&vid=1&hid=4107>.
- 3 Margarita Lourenco CSIdC. EBSCO: Estado nutricional e hábitos alimentares em 0 crianças de idade pré-escolar. [Online].; 2014 [cited 2014 octubre 10. Available from: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=1ed15194-0889-45fa-8622-1ab57ecb31b5%40sessionmgr4002&vid=4&hid=4107>.
- 3 Alexandra Leon Valencia BTBIQJ. EBSCO: estado nutricional en niños menores de 5 1 anos en un consultorio de Babahoyo. [Online].; 2009 [cited 2014 octubre 10. Available from: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=5035c366-0d9d-4b48-bbae-47eb98d02370%40sessionmgr4002&vid=2&hid=4107>.
- 3 Organización Mundial de la Salud. Obesidad y Sobrepeso. [Online].; 2010 [cited 2014 2 Marzo 17. Available from: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/>.
- 3 Posada Diaz A, Gomez Ramirez , Ramirez Gomez H. El niño sano Bogota.D.C.: Panamericana; 2005.
- 3 M. Bueno , Sarria. Nutrición en pediatría Tomo II Madrid: Monsa Ergon; 2007.
- 4
- 3 Martinez R. La salud del niño y del adolescente. Quinta ed. Hill M, editor. Barcelona; 5 2005.
- 3 Morla Baez E. Crecimiento y desarrollo desde la concepción hasta la adolescencia 6 Santo Domingo: Impresos Mendoza; 2002.
- 3 Cusminsky M. Crecimiento y desarrollo del niño. Segunda ed. Washington: OMS; 7 1994.

.  
3 Meneghello J, Fanta R, Paris E. Pediatría. Quinta ed. Aires B, editor. Buenos Aires:  
8 Editorial Médica Panamericana; 1997.

.  
3 Ministerio de Protección Social. AIEPI. Segunda ed. Bogota; 2010.  
9

.  
4 Caballero Corvacho J, Cols. Pediatría, Tratado práctico. Primera ed. Medellín:  
0 Uninorte; 1992.

.  
4 Behrman R. N. Tratado de pediatría. Quinceava ed. Madrid España: Interamericana  
1 McGraw-Hill; 1997.

.  
4 Bhrmarman.R E. Compenio de pediatría. Segunda ed. México.D.F:  
2 INTERAMERICANA McGRAW-HILL; 1996.

.  
4 Martinez R, M. La salud del niño y del adolescente. Quinta ed. Mexico; 2005.  
3

.  
4 HENUFOOD. HENUFOOD. [Online].; 2014 [cited 2014 Septiembre 15. Available  
4 from: [www.henufood.com](http://www.henufood.com).

.  
4 Plata Rueda E, Leal Quevedo F. Preguntas de madres y padres. Quinta ed.:  
5 Panamericana; 2006.

.  
4 Biblia Nueva Reina Valera 1 Corintios 6:19; 1996.  
6

.  
4 Biblia. Nueva Reian valera. Daniel 1:08; 1960.  
7



.  
4 Wilson D. Manual de enfermería pediátrica de Wong. séptima ed. México. D.F: EL  
8 SEVIER; 2009.

.  
4 Lopez. I C. Enfermería pediátrica Barcelona: Hasson; 2001.

9

.  
5 Schulte. B E. Enfermería pediátrica de Thompson. Primera ed. México.D.F: Mc Graw  
0 HILL; 1997.

.  
5 Bengoa JM. Anales Venezolanos de Nutrición. [Online].; 2005 [cited 2014 Marzo 17.

1 Available from:

. [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0798-07522005000200008&script=sci\\_artt  
ext](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0798-07522005000200008&script=sci_artt<br/>ext).

5 Mary E. Enfermería pediátrica México. D.F.: Mc Graw Hill; 1999.

2

.  
5 Aguilar Cordero MJ. Tratado de Enfermería Infantil Cuidados Pediátricos España: S.A.  
3 ELSEVIER; 2006.

.  
5 OMS. Patrones de crecimiento infantil de la OMS. [Online].; 2006 [cited 2012 Octubre  
4 25. Available from: [http://www.who.int/nutrition/media\\_page/en/](http://www.who.int/nutrition/media_page/en/).

.  
5 Arrus P. Importancia de las carnes rojas en la alimentación infantil. [Online].; 2011

5 [cited 2013 Febrero 8. Available from:

. [http://www.rpp.com.pe/2011-12-28-importancia-de-las-carnes-rojas-en-la-alimentacio  
n-infantil-noticia\\_435560.html](http://www.rpp.com.pe/2011-12-28-importancia-de-las-carnes-rojas-en-la-alimentacio<br/>n-infantil-noticia_435560.html).

5 UNICEF. UNICEF. [Online].; 2006 [cited 2014 Marzo 15. Available from:

6 <http://www.unicef.com.co/>.

- 1 OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2012 [cited 2013 Septiembre 18].  
. Available from: <http://www.who.int/features/factfiles/nutrition/es/index.html>.
- 2 UNICEF. Lineamientos estratégicos para la erradicación de la desnutrición crónica infantil en América Latina y el Caribe. [Online].; 2008 [cited 2013 Septiembre 18].  
. Available from: [http://www.unicef.org/lac/final\\_estrategia\\_nutricion\(2\).pdf](http://www.unicef.org/lac/final_estrategia_nutricion(2).pdf).
- 3 Bueno M, Sarria A, Perez J. NUTRICIÓN EN PEDIATRÍA TOMO II. Quinta ed.  
. Martínez, editor. Madrid: Monsa Ergon; 2007.
- 4 OMS. Organización Mundial de la Salud, departamento de nutrición. [Online].; 2014  
. [cited 2014 septiembre 19. Available from: [http://www.who.int/nutrition/about\\_us/es/](http://www.who.int/nutrition/about_us/es/).
- 5 Leticia Parra-Gómez JRTGCEB. La desnutrición y sus consecuencias sobre el metabolismo intermedio. [Online].; 2003 [cited 2014 septiembre 19. Available from:  
<http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no46-1/RFM46108.pdf>.
- 6 ONU. Centro de noticias de la ONU. [Online].; 2013 [cited 2014 septiembre 19].  
. Available from:  
<http://www.un.org/spanish/News/story.asp?NewsID=26634#.VBxVyJR5Me0>.
- 7 Unicef. DATOS Y CIFRAS CLAVE SOBRE NUTRICIÓN: Del informe mundial:  
. Improving Child Nutrition: The achievable imperative for global progress. [Online].; 2010 [cited 2014 septiembre 19. Available from:  
[http://www.unicef.org/argentina/spanish/UNICEF\\_Reporte\\_Nutricion\\_ESP\\_15-4.pdf](http://www.unicef.org/argentina/spanish/UNICEF_Reporte_Nutricion_ESP_15-4.pdf).
- 8 ONU. Objetivos del Desarrollo del Milenio y más allá del 2015. [Online].; 2013 [cited  
. 2014 Noviembre 4. Available from:  
<http://www.un.org/es/millenniumgoals/poverty.shtml>.
- 9 ONU. Objetivos del Desarrollo del Milenio y más allá del 2015. [Online].; 2013 [cited  
. 2014 Noviembre 04. Available from:  
<http://www.un.org/es/millenniumgoals/childhealth.shtml>.
- 10 UNICEF. EL ESPECTADOR. [Online].; 2013 [cited 2014 septiembre 19. Available  
from:  
. <http://www.elespectador.com/noticias/actualidad/vivir/el-hambre-aqueja-colombia-art>

- [iculo-416594](#).
- 1 Gloria Maria Agudelo O. (1) OLCH(CMVR(BEPS(MABGEMMCABPLCBH. revista  
1 scielo. [Online].; 2006 [cited 2014 septiembre 18. Available from:  
. [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182006000200008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182006000200008&script=sci_arttext).
- 1 OMS- FAO. Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición. [Online].; 2014 [cited  
2 2014 Noviembre 5. Available from:  
. [http://www.who.int/nutrition/topics/icn2\\_oewg\\_framework\\_2nddraft\\_22to23Sept2014\\_es.pdf](http://www.who.int/nutrition/topics/icn2_oewg_framework_2nddraft_22to23Sept2014_es.pdf).
- 1 DR JPR. Cap 1: Cuerpo y Salud. In safeliz e, editor. como tener un cuerpo sano.  
3 Argentina: ACES; 2009. p. 12.  
.
- 1 Sabate DJ. EL PODER DE LOS ALIMENTOS. 2010th ed. safeliz e, editor. Argentina:  
4 ACES; 2003.  
.
- 1 Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. Vigésima segunda  
5 edición ed. Madrid: Espasa Calpe, S.A; 2001.  
.
- 1 Real Academia Española. [Online].; 2014 [cited 2014 Octubre 08. Available from:  
6 <http://buscon.rae.es/drae/srv/search?val=antropometr%EDa>.
- 1 Ministerio de la Protección Social. Resolución 2121. [Online].; 2010 [cited 2012  
7 Agosto 31. Available from: [https://www.icbf.gov.co/transparencia\\_derechobienestar/resolucion/resolucion\\_minproteccion\\_2121\\_2010.html](https://www.icbf.gov.co/transparencia_derechobienestar/resolucion/resolucion_minproteccion_2121_2010.html).
- 1 OMS. El estado físico: uso e interpretación de la antropometría. [Online].; 2013 [cited  
8 2013 Agosto 31. Available from:  
. [http://www.who.int/nutrition/publications/growth\\_physical\\_status/es/](http://www.who.int/nutrition/publications/growth_physical_status/es/).
- 1 UNICEF. UNICEF. [Online].; 2006 [cited 2014 Marzo 15. Available from:  
9 <http://www.unicef.com.co/>.
- 2 OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2012 [cited 2014 Marzo 16.

- 0 Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>.
- .
- 2 Unicef. Estado mundial de la infancia. [Online]. [cited 2014 septiembre 15. Available  
1 from: <http://www.unicef.org/spanish/sowc98sp/sum01sp.htm>.
- .
- 2 ochoa Mcr. El colombiano: niños que tienen hambre rinden menos en el colegio.  
2 [Online].; 2007 [cited 2014 septiembre 15. Available from:  
. [http://www.elcolombiano.com/proyectos/serieselcolombiano/textos/educacion/agosto  
21/hambre.htm](http://www.elcolombiano.com/proyectos/serieselcolombiano/textos/educacion/agosto21/hambre.htm).
- 2 Narthan AHSK. EBSCO: A longitudinal study of the growth of matched pairs of  
3 vegetarian and omnivorous children, aged 7-11 years, in the North-west of England.  
. [Online].; 1997 [cited 2014 septiembre 29. Available from:  
[http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=0099434e-2377-4bc7-8e3  
d-4b72d6e6f1b2%40sessionmgr4005&vid=41&hid=4107](http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=0099434e-2377-4bc7-8e3d-4b72d6e6f1b2%40sessionmgr4005&vid=41&hid=4107).
- 2 Thane C. W BCJ. EBSCO: Dietary Intakes and nutrient status of vegetarian preschool  
4 children from a British national survey. [Online].; 2000 [cited 2014 septiembre 26.  
. Available from:  
[http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=4&sid=0099434e-2377-4bc7-8e3d  
-4b72d6e6f1b2%40sessionmgr4005&hid=4107&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1la  
G9zdC1saXZl#db=aph&AN=5520552](http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=4&sid=0099434e-2377-4bc7-8e3d-4b72d6e6f1b2%40sessionmgr4005&hid=4107&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=aph&AN=5520552).
- 2 LEUNG LSLLYHL. EBSCO: Growth and nutrition of chinese vegetarian children in  
5 Hong Kong. [Online].; 2000 [cited 2014 septiembre 29. Available from:  
. [http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=b243ac97-6c19-40e4-bcf  
0-b0f362e45502%40sessionmgr4005&vid=1&hid=4107](http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=b243ac97-6c19-40e4-bcf0-b0f362e45502%40sessionmgr4005&vid=1&hid=4107).
- 2 Dres. Alicia B. orden MFTMALMFCFAQEEO. Revista cielo: evaluacion del estado  
6 nutricional en escolares de bajos recursos socioeconomicos en el contexto de la  
. transicion nutricional. [Online].; 2005 [cited 2014 Septiembre 27. Available from:  
<http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v103n3/v103n3a04.pdf>.
- 2 Alexandra CBD. universidad nacional de ambato. [Online].; 2013 [cited 2014  
7 septiembre 28. Available from: <http://repo.uta.edu.ec/handle/123456789/5524>.
- .

- 2 Dr. Pablo Durán LGMLABLKDEAG. Revista Cielo: Estudio descriptivo de la  
8 situación nutricional en niños de 6-72 meses de la República Argentina. [Online].; 2009  
. [cited 2014 septiembre 28. Available from:  
[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0325-00752009000500005](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752009000500005)  
05.
- 2 Iris F. Groeneveld NWSCMD. EBSCO: Nutritional status of urban schoolchildren of  
9 high and low socioeconomic status in quetzaltenango, Guatemala. [Online].; 2007  
. [cited 2014 octubre 4. Available from:  
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=227a6924-d0ab-4b2c-afc3-ce12f8835151%40sessionmgr4001&vid=1&hid=4107>.
- 3 Margarita Lourenco CSIdC. EBSCO: Estado nutricional e hábitos alimentares em  
0 crianças de idade pré-escolar. [Online].; 2014 [cited 2014 octubre 10. Available from:  
. <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=1ed15194-0889-45fa-8622-1ab57ecb31b5%40sessionmgr4002&vid=4&hid=4107>.
- 3 Alexandra Leon Valencia BTBIQJ. EBSCO: estado nutricional en niños menores de 5  
1 anos en un consultorio de Babahoyo. [Online].; 2009 [cited 2014 octubre 10. Available  
. from:  
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=5035c366-0d9d-4b48-bbae-47eb98d02370%40sessionmgr4002&vid=2&hid=4107>.
- 3 Organización Mundial de la Salud. Obesidad y Sobrepeso. [Online].; 2010 [cited 2014  
2 Marzo 17. Available from: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/>.  
.
- 3 Posada Diaz A, Gomez Ramirez , Ramirez Gomez H. El niño sano Bogota.D.C.:  
3 Panamericana; 2005.  
.
- 3 M. Bueno , Sarria. Nutrición en pediatría Tomo II Madrid: Monsa Ergon; 2007.  
4  
.
- 3 Martinez R. La salud del niño y del adolescente. Quinta ed. Hill M, editor. Barcelona;  
5 2005.  
.

- 3 Morla Baez E. Crecimiento y desarrollo desde la concepción hasta la adolescencia  
6 Santo Domingo: Impresos Mendoza; 2002.
- .
- 3 Cusminsky M. Crecimiento y desarrollo del niño. Segunda ed. Washington: OMS;  
7 1994.
- .
- 3 Meneghello J, Fanta R, Paris E. Pediatría. Quinta ed. Aires B, editor. Buenos Aires:  
8 Editorial Médica Panamericana; 1997.
- .
- 3 Ministerio de Protección Social. AIEPI. Segunda ed. Bogota; 2010.  
9
- .
- 4 Caballero Corvacho J, Cols. Pediatría, Tratado práctico. Primera ed. Medellín:  
0 Uninorte; 1992.
- .
- 4 Behrman R. N. Tratado de pediatría. Quinceava ed. Madrid España: Interamericana  
1 McGraw-Hill; 1997.
- .
- 4 Bhrmarman.R E. Compenio de pediatría. Segunda ed. México.D.F:  
2 INTERAMERICANA McGRAW-HILL; 1996.
- .
- 4 Martinez R, M. La salud del niño y del adolescente. Quinta ed. Mexico; 2005.  
3
- .
- 4 HENUFOOD. HENUFOOD. [Online].; 2014 [cited 2014 Septiembre 15. Available  
4 from: [www.henufood.com](http://www.henufood.com).
- .
- 4 Plata Rueda E, Leal Quevedo F. Preguntas de madres y padres. Quinta ed.:  
5 Panamericana; 2006.
- .

4 Biblia Nueva Reina Valera 1 Corintios 6:19; 1996.

6

.

4 Biblia. Nueva Reian valera. Daniel 1:08; 1960.

7

.

4 Wilson D. Manual de enfermería pediátrica de Wong. séptima ed. México. D.F: EL  
8 SEVIER; 2009.

.

4 Lopez. I C. Enfermería pediátrica Barcelona: Hasson; 2001.

9

.

5 Schulte. B E. Enfermería pediátrica de Thompson. Primera ed. México.D.F: Mc Graw  
0 HILL; 1997.

.

5 Bengoa JM. Anales Venezolanos de Nutrición. [Online].; 2005 [cited 2014 Marzo 17.

1 Available from:

. [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0798-07522005000200008&script=sci\\_artt\\_ext](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0798-07522005000200008&script=sci_artt_ext).

5 Mary E. Enfermería pediátrica México. D.F.: Mc Graw Hill; 1999.

2

.

5 Aguilar Cordero MJ. Tratado de Enfermería Infantil Cuidados Pediátricos España: S.A.  
3 ELSEVIER; 2006.

.

5 OMS. Patrones de crecimiento infantil de la OMS. [Online].; 2006 [cited 2012 Octubre  
4 25. Available from: [http://www.who.int/nutrition/media\\_page/en/](http://www.who.int/nutrition/media_page/en/).

.

5 Arrus P. Importancia de las carnes rojas en la alimentación infantil. [Online].; 2011

5 [cited 2013 Febrero 8. Available from:

. <http://www.rpp.com.pe/2011-12-28-importancia-de-las-carnes-rojas-en-la-alimentacio>

[n-infantil-noticia\\_435560.html](#).

5 UNICEF. UNICEF. [Online].; 2006 [cited 2014 Marzo 15. Available from:

6 <http://www.unicef.com.co/>.

.

.

.



**ANEXOS:**

**Instrumento: Hábitos de alimentación de niños de 2 a 5 años del Preescolar ICOLVEN.**

[ ]

**ENCUESTA SOBRE NUTRICION DIRIGIDA A PADRES DE FAMILIA DE LOS NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS DEL PREESCOLAR ICOLVEN**

Objetivo: Obtener información acerca de los hábitos alimentarios y tipo de dieta que consumen los niños y niñas de 2 a 5 años en el Preescolar del ICOLVEN en la Ciudad de Medellín durante el periodo 2014.

**INSTRUCCIONES:**

- ❖ No existen respuestas buenas o malas, por lo que le agradecemos responder todas ellas de acuerdo a su percepción personal.
- ❖ Responda todas las preguntas marcando una sola opción, utilice lápiz para contestar el cuestionario.
- ❖ Sus respuestas son anónimas y absolutamente confidenciales.

**I. DATOS GENERALES. Marque con una ( X ) la casilla correspondiente**

1. Género: Niña  Niño  2. Fecha de Nacimiento: [ ] / [ ] / [ ]

**II. CONSIDERA QUE SU RÉGIMEN ALIMENTICIO ES:**

Carnívoro (carne y/o pollo)  Ovo lacto vegetariano (Consume huevos y lácteos)

Vegetariano  Pesco vegetariano (Consume pescado)

Ovo vegetariano (Consume huevo)  Otro. Cual?

Lacto vegetariano (Consume lácteos)

¿El menor recibe algún suplemento vitamínico? Si  NO  ¿Cual? [ ]

**ALIMENTOS Y HABITOS QUE COMPONEN LA DIETA COTIDIANA DE LOS NIÑOS**

	1	2	3	4	5
	Nunca	1 a 2 veces por semana	3 a 4 veces por semana	5 a 6 veces por semana	Todos los días
<b>Nutrición del Hogar</b>					
Con que frecuencia consume el niño o la niña los siguientes tipos de alimentos:					
1	Vegetales (no incluye sopas)				
2	Frutas (no incluye jugos)				
3	Cereales oleaginosos (almendras, maní, nueces, aguacate, avellanas, coco, chontaduro, macadamia, nuez de marañón...)				
4	Huevo				
5	Pescado				
6	Pollo				
7	Carne de res				
8	Carne de cerdo				

9	Enlatados (atún, sardinas, verduras, maíz, granos...)				
10	Carnes frías (salchichas, salchichón, jamón, mortadelas...)				
11	Comidas rápidas (hamburguesas, perros calientes, salchipapas, demetidos, pizza, panzerotti...)				
12	Fritos (tajadas, patacones, papas, yucas, empanadas, buñuelos...)				
13	Queso.				
14	Kumis o yogures				
15	Productos con azúcar refinada (jugos, confites, chocolatinas, tortas, helados...)				
16	Leche				
17	Cereales (avena, trigo, arroz, cebada, hojuelas de maíz, mijo, trigo, quinua...)				
18	Carbohidratos (arroz, papa, arepa, pan, galletas, pastas... etc.)				
19	Granos (lentejas, frijol, soya, garbanzos, blanquillos, arveja, frijol cabecita negra...)				
20	Alimentos a base de soya (leche de soya, queso de soya, galletas de soya, pericos de soya...etc.)				
21	Con que frecuencia a la semana sustituye alimentos cárnicos por otros alimentos de origen vegetal (tortas de lenteja, gluten, salchichas vegetarianas...)				
22	Agua				
23	Bebidas cafeinadas (Coca-Cola, café, té...)				
24	Gaseosas				
25	Aderezos (salsa de tomate, mostaza, mayonesa, mostaneza, salsa tártara, salsa rosada, salsa inglesa...)				
Dimensión social					
26	Con que regularidad el niño o la niña consume los mismos alimentos que el resto de la familia.				
27	Con que frecuencia el niño come a horas establecidas				
28	Con que regularidad el niño come en compañía de su familia				
29	Con que regularidad el niño consume los alimentos por sí solo.				
Dimensión Espiritual					
30	Con que frecuencia da gracias a Dios antes de consumir los alimentos.				

**OBSERVACIONES**


Muchas gracias por su colaboración.

**Este espacio es de uso exclusivo para los investigadores**

GÉNERO	FECHA DE NACIMIENTO	
PESO (Kg)	LONGITUD / TALLA (cm)	PERÍMETRO CEFÁLICO (cm)

## Validación del Instrumento

### Validación de Instrumento por Enfermero de la Facultad de Ciencias de la Salud UNAC



CORPORACION UNIVERSITARIA ADVENTISTA  
VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

Instrucciones: Sirvase encerrar dentro de un círculo, el porcentaje que crea conveniente para cada pregunta.


1. ¿Considera que el instrumento cumple los objetivos propuestos?  
0 \_\_\_ 10 \_\_\_ 20 \_\_\_ 30 \_\_\_ 40 \_\_\_ 50 \_\_\_ 60 \_\_\_ 70 \_\_\_ 80 \_\_\_ 90 \_\_\_ 100
2. ¿Considera que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?  
0 \_\_\_ 10 \_\_\_ 20 \_\_\_ 30 \_\_\_ 40 \_\_\_ 50 \_\_\_ 60 \_\_\_ 70 \_\_\_ 80 \_\_\_ 90 \_\_\_ 100
3. ¿Estima que la cantidad de items que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?  
0 \_\_\_ 10 \_\_\_ 20 \_\_\_ 30 \_\_\_ 40 \_\_\_ 50 \_\_\_ 60 \_\_\_ 70 \_\_\_ 80 \_\_\_ 90 \_\_\_ 100
4. ¿Considera que si se aplicara este instrumento a muestras similares se obtendrían datos también similares?  
0 \_\_\_ 10 \_\_\_ 20 \_\_\_ 30 \_\_\_ 40 \_\_\_ 50 \_\_\_ 60 \_\_\_ 70 \_\_\_ 80 \_\_\_ 90 \_\_\_ 100
5. ¿Estima que los items propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?  
0 \_\_\_ 10 \_\_\_ 20 \_\_\_ 30 \_\_\_ 40 \_\_\_ 50 \_\_\_ 60 \_\_\_ 70 \_\_\_ 80 \_\_\_ 90 \_\_\_ 100
6. ¿Qué preguntas cree que se podría agregar?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. ¿Qué preguntas se podrían eliminar?  
*Las preguntas sociodemográficas que están en el Cuadro al final podrían eliminarse algunas de ellas, tales como: edad, Género, y Colocar el Cuadro final en la primera parte*
8. Recomendaciones  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha: 24-11-2014 Validado por: ISUMS  
Enfermero L.MPH.  
RD.º. 22510.

Gracias



Validación de Instrumento por Médico Pediatra- Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud UNAC



CORPORACION UNIVERSITARIA ADVENTISTA  
VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

Instrucciones: Sirvase encerrar dentro de un circulo, el porcentaje que crea conveniente para cada pregunta.

1. ¿Considera que el instrumento cumple los objetivos propuestos?  
0 \_\_\_ 10 \_\_\_ 20 \_\_\_ 30 \_\_\_ 40 \_\_\_ 50 \_\_\_ 60 \_\_\_ 70 \_\_\_ 80 \_\_\_ 90  100

2. ¿Considera que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?  
0 \_\_\_ 10 \_\_\_ 20 \_\_\_ 30 \_\_\_ 40 \_\_\_ 50 \_\_\_ 60 \_\_\_ 70 \_\_\_ 80 \_\_\_ 90  100

3. ¿Estima que la cantidad de items que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?  
0 \_\_\_ 10 \_\_\_ 20 \_\_\_ 30 \_\_\_ 40 \_\_\_ 50 \_\_\_ 60 \_\_\_ 70 \_\_\_ 80 \_\_\_ 90  100

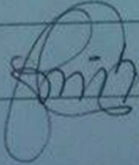
4. ¿Considera que si se aplicara este instrumento a muestras similares se obtendrían datos también similares?  
0 \_\_\_ 10 \_\_\_ 20 \_\_\_ 30 \_\_\_ 40 \_\_\_ 50 \_\_\_ 60 \_\_\_ 70 \_\_\_ 80 \_\_\_ 90  100

5. ¿Estima que los items propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?  
0 \_\_\_ 10 \_\_\_ 20 \_\_\_ 30 \_\_\_ 40 \_\_\_ 50 \_\_\_ 60 \_\_\_ 70 \_\_\_ 80 \_\_\_ 90  100

6. ¿Qué preguntas cree que se podría agregar?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_


7. ¿Qué preguntas se podrían eliminar?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Recomendaciones  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha: 04/14 Validado por:  \_\_\_\_\_

Gracias

Validación de Instrumento por Director de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud UNAC

 **CORPORACION UNIVERSITARIA ADVENTISTA**  
**VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO**

Instrucciones: Sírvase encerrar dentro de un círculo, el porcentaje que crea conveniente para cada pregunta.

1. ¿Considera que el instrumento cumple los objetivos propuestos?  
0 \_\_\_ 10 \_\_\_ 20 \_\_\_ 30 \_\_\_ 40 \_\_\_ 50 \_\_\_ 60 \_\_\_ 70 \_\_\_ 80 \_\_\_ 90 / 100

2. ¿Considera que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?  
0 \_\_\_ 10 \_\_\_ 20 \_\_\_ 30 \_\_\_ 40 \_\_\_ 50 \_\_\_ 60 \_\_\_ 70 \_\_\_ 80 \_\_\_ 90 / 100

3. ¿Estima que la cantidad de ítems que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?  
0 \_\_\_ 10 \_\_\_ 20 \_\_\_ 30 \_\_\_ 40 \_\_\_ 50 \_\_\_ 60 \_\_\_ 70 \_\_\_ 80 \_\_\_ 90 / 100

4. ¿Considera que si se aplicara este instrumento a muestras similares se obtendrían datos también similares?  
0 \_\_\_ 10 \_\_\_ 20 \_\_\_ 30 \_\_\_ 40 \_\_\_ 50 \_\_\_ 60 \_\_\_ 70 \_\_\_ 80 \_\_\_ 90 / 100

5. ¿Estima que los ítems propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?  
0 \_\_\_ 10 \_\_\_ 20 \_\_\_ 30 \_\_\_ 40 \_\_\_ 50 \_\_\_ 60 \_\_\_ 70 \_\_\_ 80 \_\_\_ 90 / 100

6. ¿Qué preguntas cree que se podría agregar?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. ¿Qué preguntas se podrían eliminar?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Recomendaciones  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha: 04/14 Validado por: [Signature] Gracias

**Recomendaciones nutricionales: Ver anexo de PDF**