UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

ESCUELA DE ENFERMERÍA

TÍTULO DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL DE LOS/AS NIÑOS/AS MENORES DE CINCO AÑOS DE LA COMUNIDAD DE JULIO MORENO, CANTÓN GUARANDA, PROVINCIA BOLÍVAR, EN EL PERIODO AGOSTO - OCTUBRE 2018.

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADOS EN CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA

AUTORES:

AMANDA JUDITH GRAMAL CHARIGUAMAN

LUIS FERNANDO ESCOBAR ESCOBAR

TUTORA

LIC. CECILIA VILLAVICENCIO

GUARANDA – ECUADOR

AGOSTO – OCTUBRE 2018

TITULO

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL DE LOS/AS NIÑOS/AS MENORES DE CINCO AÑOS DE LA COMUNIDAD DE JULIO MORENO, CANTÓN GUARANDA, PROVINCIA BOLÍVAR, EN EL PERIODO AGOSTO - OCTUBRE 2018.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional. A mis padres Agustín Gramal y María Chariguaman quienes jamás dudaron de mis habilidades y me han bridado su apoyo incondicional en todo momento. A mi esposo Ángel Mullo por su sacrificio y esfuerzo por darme una carrera para nuestro futuro y por creer en mi capacidad, por su cariño amor y comprensión brindado. A mi amado hijo Erick José por ser mi fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día más y así poder luchar para que la vida nos depare un futuro mejor. A mis hermanos y hermanas quienes siempre estuvieron alentándome en este trayecto. A mis compañeros por haber compartido tantas cosas buenas y males durante estos cinco años y lograr que este sueño se haga realidad.

AMANDA GRAMAL

DEDICATORIA

El presente trabajo investigativo lo dedicamos principalmente a Dios, por ser el inspirador y darnos fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

A mi madre Margarita Linda Escobar Ibarra por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a usted he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy. Ha sido un orgullo y un privilegio de ser su hijo.

A todas las personas que nos han apoyado y han hecho que el trabajo se realice con éxito en especial a aquellos que nos abrieron las puertas y compartieron sus conocimientos.

LUIS ESCOBAR

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios por bendecirnos la vida, por guiarnos a lo largo de nuestra existencia, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad.

Gracias a nuestros padres: Agustín y María por ser los principales promotores de nuestros sueños, por confiar y creer en nuestras expectativas, por los consejos, valores y principios que nos han inculcado.

Agradezco a mi esposo Ángel Mullo e hijo Erick José por su paciencia y apoyo incondicional durante estos cinco años de trayectoria.

Agradecemos a nuestros docentes de la Escuela de Enfermería de la Universidad Estatal de Bolívar, por haber compartido sus conocimientos a lo largo de la preparación de nuestra profesión, de manera especial, a la Lic. Cecilia Villavicencio Real tutora de nuestro proyecto de investigación quien ha guiado con su paciencia, y su rectitud como docente, y a los habitantes de la comunidad de Julio Moreno por su valioso aporte para nuestra investigación.

AMANDA GRAMAL

AGRADECIMIENTO

El presente trabajo de tesis primeramente me gustaría agradecerte a ti Dios por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, porque hiciste realidad este sueño anhelado

Mi agradecimiento infinito a mi madre, Margarita Linda Escobar Ibarra por ser mi pilar fundamental y haberme apoyado incondicionalmente, que con su esfuerzo y dedicación me ayudaron a culminar mi carrera universitaria y me dieron el apoyo suficiente para no decaer cuando todo parecía complicado e imposible.

A mi hermano, Washington Escobar por todos los consejos brindados, por su cariño y apoyo incondicional, durante todo este proceso, por estar conmigo en todo momento gracias.

A mi hijo, Elías Escobar por llenarme de alegría día tras día que siempre me dio fuerzas para seguir estudiando.

A mis amigos. Con todos los que compartí dentro y fuera de las aulas. Aquellos amigos del cole, que se convierten en amigos de vida y aquellos que serán mis colegas, gracias por todo su apoyo y diversión.

De manera a mi tutora de tesis por haberme guiado, a lo largo de mi carrera universitaria y haberme brindado el apoyo para desarrollarme profesionalmente y seguir cultivando mis valores.

LUIS ESCOBAR

INDICE

TITULO I
DEDICATORIA II
AGRADECIMIENTO IV
INDICE VI
ÍNDICE DE TABLAS MARCO TEORICO IX
INDICE DE TABLAS ANALISIS DE RESULTADOS DEL WHO IX
ÍNDICE DE FIGURAS XI
CERTIFICACIÓN DE LA DIRECTORA XII
RESUMEN EJECUTIVO XIII
ABSTRACT XIV
INTRODUCCIÓN 1
CAPITULO 1 3
EL PROBLEMA 3
1.1. Planteamiento del problema 3
1.2. Formulación del problema 4
1.3. Objetivos 5
1.3.1. Objetivo general 5
1.3.2. Objetivos específicos 5
1.4. Justificación de la investigación 6
1.5. Limitaciones 7
CAPÍTULO 2 8
MARCO TEÓRICO 8
2.1. Antecedentes de la investigación 8
2.2. Bases teóricas 11
2.2.1. Diagnostico nutricional 11
2.2.2. Estado nutricional 11
2.2.3. Factores que influyen en el estado nutricional 12
2.2.4. Nutrición 13
2.2.5. Los alimentos 14
2.2.6. Los nutrientes 15

2.2.7. Métodos para la valoración nutricional 17
2.2.8. Evaluación antropométrica 17
2.2.9. Malnutrición 21
2.2.10. Alimentación en preescolares 26
2.3. Definición de términos 29
CAPÍTULO 3 35
MARCO METODOLÓGICO 35
3.1. Tipo de investigación 35
3.1.2. Enfoque 35
3.2. Diseño 36
3.3. Población y Muestra 36
3.3.1. Población 36
3.3.2. Muestra 37
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos 37
3.5. Técnicas de procesamientos y análisis de datos 37
3.5.1. Resultados de la aplicación de los indicadores antropométricos (fichaje) 39
3.5.2. Resultados de las encuestas aplicadas a los cuidadores 45
CAPÍTULO 4 59
RESULTADOS O LOGROS ALCANZADOS SEGÚN LOS OBJETIVOS PLANTEADOS 59
CAPÍTULO 5 64
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 64
5.1. Conclusiones 64
5.2. Recomendaciones 65
CAPÍTULO 6 66
MARCO ADMINISTRATIVO 66
6.1. Recursos 66
6.2. Cronograma de actividades 67
Bibliografía 69
Anexos 74

Anexo 1 Marco referencial..... 74
Anexo 2 Ficha de la Libreta Integral de Salud..... 77
Anexo 3 Mapa de la desnutricion..... 78
Anexo 4 Encuesta80
Anexo 5 Evidencias fotográficas 84
Anexo 6 Cronograma socialización de resultados 87
Anexo 7 Control de asistencia de socialización personal de salud y cuidadores... 88

ÍNDICE DE TABLAS MARCO TEORICO

Tabla 1. Alimentacion adecuada para niños 28
Tabla 2. Formula Muestra 37
Tabla 3. Desarrollo de la fórmula para el cálculo de la muestra 37

INDICE DE TABLAS ANALISIS DE RESULTADOS DEL WHO

Tabla 1. Resultados antropometría niñas y niños de 24 a 59 meses según el peso para la talla 39
Tabla 2. Resultados antropometría niños y niñas de 6 a 23 meses según el peso para la longitud 41
Tabla 3. Resultados antropometría niños y niñas menores de cinco años según la longitud, talla para la edad 42
Tabla 4. Resultados antropometría niños y niñas menores de cinco años según el peso para la edad 43
Tabla 5. Resultados antropometría niños y niñas menores de cinco años según el Índice de Masa Corporal para la edad 44

INDICE DE TABLAS ANALISIS DE RESTULTADOS CUIDADORES DE LOS MENORES

Tabla 1. Cuidador de los menores 45
Tabla 2. Edad de los cuidadores 46
Tabla 3. Nivel de instrucción de los cuidadores 47
Tabla 4. Trabajo en el que se encuentra actualmente 48
Tabla 5. Ingresos mensuales en su hogar 49
Tabla 6. De que está construida su vivienda 50
Tabla 7. Origen del agua potable que consume 51
Tabla 8. Servicios con los que cuenta su hogar 52
Tabla 9. Tipo de alimentación del niño 53
Tabla 10. Frecuencia con la que le da de lactar al niño o niña 54
Tabla 11. Cantidad de comidas que le brinda a su niño o niña al día 55

Tabla 12. Alimentos que le da al niño o niña durante sus comidas 56
Tabla 13. Acude usted con su niño a los controles en el centro de salud 57
Tabla 14. Factores que limitan el consumo de alimentos 58

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Representacion gráfica antropometría niñas y niños de 24 a 59 meses39
Figura 2. Representacion gráfica antropometría niñas y niños de 6 a 23 meses. 41
Figura 3. Representacion gráfica antropometría de niñas y niños menores de cinco años……. 42
Figura 4. Representacion gráfica antropometría de niñas y niños menores de cinco años…… 43
Figura 5. Representacion gráfica antropometría de niñas y niños menores de cinco años……. 44
Figura 6. Cuidador de los menores..... 45
Figura 7. Edad de los cuidadores 46
Figura 8. Nivel de instrucción de los cuidadores 47
Figura 9. Trabajo en el que se encuentra actualmente 48
Figura 10. Ingresos mensuales en su hogar 49
Figura 11. Representacion gráfica antropometría niños de 0 a 23 meses..... 50
Figura 12. Origen del agua potable que consume 51
Figura 13. Servicios con los que cuenta su hogar..... 52
Figura 14. Tipo de alimentación del niño..... 53
Figura 15. Frecuencia con la que le da de lactar al niño o niña..... 54
Figura 16. Cantidad de comidas que le brinda a su niño o niña al día 55
Figura 17. 55
Figura 18. Alimentos que le da al niño o niña durante sus comidas 56
Figura 19. Normalmente asiste con su niño a los controles en el centro de salud…….. 57
Figura 20. Factores que limitan el consumo de alimentos 58

CERTIFICACIÓN DE LA DIRECTORA

La suscrita LIC. CECILIA VILLAVICENCIO Directora del proyecto de Investigación, como modalidad de titulación.

CERTIFICA

Que el proyecto de investigación como requisito para la titulación de grado, con el tema: DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL DE LOS/AS NIÑOS/AS MENORES DE CINCO AÑOS DE LA COMUNIDAD DE JULIO MORENO, CANTÓN GUARANDA, PROVINCIA BOLÍVAR, EN EL PERIODO AGOSTO - OCTUBRE 2018. Realizado por los estudiantes AMANDA JUDITH GRAMAL CHARIGUAMAN con CI 0250012119 y LUIS FERNANDO ESCOBAR ESCOBAR con CI: 0202489324, han cumplido con los lineamientos metodológicos contemplados en la Unidad de Titulación de la Carrera de Enfermería, para ser sometido a revisión y calificación por los miembros del tribunal nombrado por el Consejo Directivo de la Facultad y posteriormente a la sustentación pública respectiva.



DIRECTORA DEL PROYECTO DE TITULACIÓN

RESUMEN EJECUTIVO

La malnutrición en los niños menores de cinco es un problema que aqueja a nuestro país desde hace mucho tiempo especialmente en zonas rurales de la sierra, provincias con más índice de pobreza y de personas indígenas; siendo este el caso de Julio Moreno en donde se realizó la investigación cuyo objetivo es realizar un diagnóstico nutricional de los/as niños/as menores de cinco años de la comunidad de Julio Moreno, cantón Guaranda, provincia Bolívar, en el periodo Agosto - Octubre 2018.

En esta investigación se aplicó el diseño metodológico descriptivo ya que mediante los indicadores antropométricos se logrará conocer la situación de los infantes, transversal ya que delimita el tiempo en el que se desarrolla el estudio, de campo porque la información se obtiene directamente de las madres o persona que están al cuidado de los menores, la población del estudio está conformada por 91 niños y niñas menores de cinco años de las comunidades de Julio Moreno, Rodeopamba y Cashapamba, de quienes se tomaron medidas como peso y talla, para evaluar el estado nutricional mediante los indicadores antropométricos (longitud/talla para edad, peso para la edad, peso para talla/longitud e Índice de Masa corporal), con la ayuda del software Who Anthro.

Se concluye que una vez terminado la aplicación de los indicadores antropométricos tenemos lo siguiente, dentro del indicador peso para la talla, longitud que nos indica desnutrición global tenemos 2 infantes, con sobrepeso 1 niño y 22 niños y niños con posible riesgo de sobrepeso. Indicador talla, longitud / edad que nos indica una desnutrición crónica tenemos 62 infantes con baja talla y baja talla severa. Según el peso para la edad que nos indica una desnutrición aguda encontramos 19 niñas y niños con bajo peso y bajo peso severo. Por último el índice de masa corporal para la edad tenemos con sobrepeso 4 niños, posible riesgo de sobrepeso 21 niños y niñas, normales 64 infantes, 2 con emaciación.

Palabras claves: diagnóstico nutricional, antropometría, obesidad, emaciación, sobrepeso.

ABSTRACT

Malnutrition in children under five is a problem that has plagued our country for a long time, especially in rural areas of the highlands, provinces with a higher poverty rate and indigenous people; This being the case of Julio Moreno, where the research was carried out whose objective is to make a nutritional diagnosis of children under five years of age in the community of Julio Moreno, canton Guaranda, Bolívar province, in the period August - October 2018

In this research, the descriptive methodological design was applied since through the anthropometric indicators it will be possible to know the situation of the infants, transversal since it delimits the time in which the study is developed, in the field because the information is obtained directly from the mothers or person who are in the care of the children, the population of the study is made up of 91 children under the age of five from the communities of Julio Moreno, Rodeopamba and Cashapamba, from whom measures were taken such as weight and height, to evaluate the nutritional status through the anthropometric indicators (length / height for age, weight for age, weight for height / length and body mass index), with the help of Who Anthro software.

It is concluded that once finished the anthropometric indicators we have the following, within the indicator weight for height, length that indicates global malnutrition we have 2 infants, overweight 1 child and 22 children and children with possible risk of overweight. Size, length / age indicator that indicates a chronic malnutrition we have 62 infants with short stature and severe short stature. According to the weight for age that indicates acute malnutrition, we found 19 girls and boys with low weight and severe low weight. Finally, the body mass index for age we have overweight 4 children, possible risk of overweight 21 boys and girls, normal 64 infants, 2 with wasting.

Key words: nutritional diagnosis, anthropometry, obesity, wasting, overweight.

INTRODUCCIÓN

La malnutrición en el Ecuador, ya sea por carencias (desnutrición) o por exceso en la alimentación (sobrepeso/obesidad), se ha convertido en un problema de salud pública, ya que estos problemas se producen por un desequilibrio entre las necesidades corporales y una ingesta inadecuada de nutrientes, a su vez esto no solo se presentan por falta de acceso de alimentos, sino también por la falta de educación nutricional en los hogares y especialmente por parte de las madres o las personas que están al cuidado de los infantes.

En la infancia una buena nutrición es muy importante para que desarrollen de forma adecuada su potencial genético, varios estudios han demostrado que desde la etapa prenatal hasta los 5 años se deba de buscar que los niños tengan un estado nutricional óptimo y prevenir la morbilidad-mortalidad infantil.

Es necesario anotar que durante el crecimiento de los niños existen factores que condicionan el estado nutricional como los socioeconómicos, ambientales, genéticos, siendo estos de mucha influencia y deben ser estudiados para determinar el estado nutricional de los menores, valoración que puede ser hecha por medio de indicadores antropométricos.

Con la finalidad de conocer las características de los niños/as se desarrolla el presente proyecto investigativo el cual está estructurado de la siguiente forma:

Capítulo I

Se refiere al planteamiento y formulación del problema, objetivo general, objetivos específicos, justificación y limitaciones.

Capítulo II

Se describe marco teórico, antecedentes de la investigación, bases teóricas y definición de términos.

Capítulo III

Trata sobre el marco metodológico, tipo de investigación, tipo de estudio, enfoque, diseño, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, técnicas de procesamiento y análisis de datos.

Capítulo IV

Se refiere a los resultados y logros alcanzados según los objetivos planteados en el proyecto.

Capítulo V

Dentro de este apartado se pone a consideración las conclusiones y recomendaciones.

Capítulo VI

Se detalla los recursos y cronogramas de actividades utilizadas en el proceso de la investigación.

CAPITULO 1

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

El estado nutricional es un problema de alta incidencia en los países en vías de desarrollo, debido a que ocurre un rápido crecimiento en la niñez, el requerimiento nutritivo es notable y es difícil satisfacer, de allí que existe una inadecuada nutrición ya sea por exceso o déficit alimenticio, afectando sobre todo a los niños y niñas menores de cinco años. Un buen estado nutricional se logra manteniendo un correcto equilibrio entre la ingesta y la utilización de nutrientes en cada situación, es decir mantener una composición corporal correcta, constante y con una biodisponibilidad adecuada de los nutrientes.

En los últimos años se ha evidenciado la importancia de una buena alimentación, especialmente en las etapas del crecimiento, ya que durante la niñez es fundamental una correcta nutrición para alcanzar al máximo un adecuado desarrollo físico e intelectual. Según el informe del Fondo de las Naciones Unidas (UNICEF) titulado "UNETE POR LA NIÑEZ", existe problemas de interés mundial ya que cada 5 niños menores de cinco años, 4 de ellos presentan problemas de malnutrición, por lo cual es considerado que el tiempo específico para combatir y satisfacer necesidades nutricionales es durante los primeros 1000 días, desde el embarazo hasta el segundo año de vida de los niños y niñas.

Problemática que también es evidenciada en el Ecuador de acuerdo al informe presentado por el Ministerio de Salud Pública denominado Gaceta Desnutrición semana 32 del 2018, en donde indica que a nivel nacional se han identificado 2.028 casos de desnutrición, de los cuales, el 78,55% (1.593) casos corresponden a desnutrición aguda moderada y el 21,45% (435) casos corresponden a desnutrición aguda severa, se ha establecido que el grupo etario para desnutrición aguda moderada es de 1 a 2 años representando el 59.01% y para desnutrición aguda

severa es de 0 a 11 meses representando el 53.10% del total de la población con desnutrición identificada a nivel nacional.

Así mismo en la provincia Bolívar existen 20 casos de desnutrición aguda moderada y 7 con desnutrición aguda severa, que representa el 1,33% del total de niños menores de 5 años. (Ministerio de Salud Pública, 2018). Las comunidades de Julio Moreno, Rodeopamba y Cashapamba, pertenecientes a la parroquia de Julio Moreno del cantón Guaranda, Provincia Bolívar, son zonas rurales de difícil acceso por la escasez de transporte público hacia las comunidades mencionadas, razón por la cual es deficiente el consumo de muchos de los alimentos nutritivos, la alimentación en esta población se basa en lo que se produce en la zona (trigo, cebada, maíz, habas) y son cultivados por sus habitantes, además existe un índice de alfabetismo del 20.29% según el dato oficial INEC 2010.

1.2. Formulación del problema

¿CUÁL ES EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS/AS NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS DE LA COMUNIDAD DE JULIO MORENO, CANTÓN GUARANDA, PROVINCIA BOLÍVAR, EN EL PERIODO AGOSTO - OCTUBRE 2018?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

- Realizar un diagnóstico nutricional de los/as niños/as menores de cinco años de la comunidad de Julio Moreno, Cantón Guaranda, Provincia Bolívar, en el periodo Agosto - Octubre 2018.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar las características antropométricas (peso, talla) de los niños y niñas menores de cinco años, de la comunidad de Julio Moreno, que permitan la evaluación del estado nutricional de la población.
- Conocer los factores que condicionan el estado nutricional de los niños/as menores de cinco años de las comunidades de Julio Moreno.
- Socializar los resultados obtenidos en el proyecto investigativo al personal que labora en el centro de salud de Julio Moreno y con la población en estudio con fines de promoción y prevención.

1.4. Justificación de la investigación

Uno de los problemas que afecta a la población mundial es la desnutrición, al igual que en el Ecuador y sus provincias donde se ha registrado que en relación a los problemas de malnutrición del país la provincia Bolívar representa el 1.33% de los casos de inadecuada nutrición, sin embargo quienes han superado los problemas nutricionales en la niñez se han visto afectados posteriormente en su edad adulta, por lo que se considera necesaria la realización de este trabajo investigativo con el propósito de combatir esta realidad, para lo cual se busca determinar el estado nutricional de la población conformada por niños y niñas menores a 5 años de edad, de las comunidades de Julio Moreno, Rodeopamba y Cashapamba; generando con ello un documento que permita a las autoridades de Salud Publica tomar medidas y reducir las tasas de problemas nutricionales en el caso de ser detectados.

La realización del trabajo resulta ser pertinente ya que las medidas para mejorar necesidades nutricionales deben tomarse en los primeros años de edad de los individuos pues posteriormente resulta ser difícil el sobreponerse.

Es factible la ejecución del proyecto ya que se cuenta con conocimientos de causa para su desarrollo, asesoría de docentes Universitarios capacitados en el área, apertura de los funcionarios de la Unidad de Salud de esta comunidad quienes están prestos a brindar asesoría e información que se requiera para el adecuado diagnostico nutricional.

Los resultados que se obtengan del proceso investigativo permitirán definir el estado nutricional de los infantes, así como los factores demográficos, sociales, culturales y económicos que condicionan su salud nutricional.

Con esta investigación los beneficiarios directos serán los niños y niñas de las comunidades, los padres de familia o cuidadores y los indirectos el personal de salud y la población en general de la comunidad.

1.5. Limitaciones

- Limitados recursos económicos de los investigadores.
- Bibliografía desactualizada
- Difícil acceso a las comunidades del sector.
- Pocos Medios de transporte

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Con la finalidad de que el rumbo de la investigación sea el más adecuado se consideran importante conocer los alcances y logros obtenidos de procesos investigativos similares realizadas en otras Instituciones de Educación Superior que servirán de base y sustento para el desarrollo del presente proyecto investigativo y que a continuación se describe.

En el repositorio de la Escuela Superior Politécnica del Chimborazo reposa el proyecto titulado "Relación entre el estado nutricional, y administración de vitamina "A" en niños de 6 a 59 meses, Provincia los Ríos, Distrito 12d03 Quevedo - Mocache, 2016" desarrollado por Velasquez (2018) con la finalidad de analizar la relación entre estado nutricional y administración de Vitamina "A" en niños de 6 a 59 meses, cuya conclusión indica que más del 80% de la población en estudio se encuentra dentro de los percentiles normales de nutrición, un 20% presentaron mal nutrición con mayor prevalencia en los grupos de 6 a 35 meses.

El proyecto desarrollado por Gavidia & Sánchez (2018) denominado como: "Estado nutricional en niños/as menores de 5 años del centro de desarrollo del buen vivir pequeños tejedores Guano, noviembre 2017- marzo 2018" con el propósito de evaluar el estado nutricional en niños/as menores de 5 años del Centro de Desarrollo del Buen Vivir (CIVB) Pequeños Tejedores Guano, noviembre 2017- marzo 2018, se obtuvo como resultados que los niños/as que acuden al del CIBV Pequeños Tejedores se encuentran dentro de la mediana de la puntuación Z, demostrando así que en su mayoría tiene una alimentación nutritiva. Según el peso para la edad se determinó que los niños y niñas en un porcentaje superior a la mitad se encuentra normales, mientras que en el indicador talla para la edad el mayor porcentaje de los niños se encontraron con el riesgo de baja talla; finalmente en el índice de masa corporal para la edad los menores de 5 años se encuentran en óptimas condiciones.

La investigación definida como: "Estado nutricional y prevalencia de anemia ferropénica en niños menores de cinco años del barrio Tanguarín – San Antonio de Ibarra, período 2017", la autora busca determinar el estado nutricional y prevalencia de anemia ferropénica de niños menores de cinco años del Barrio Tanguarín, San Antonio de Ibarra 2017, obteniendo como resultados que la mitad de los niños tienen un peso normal, sin embargo, existe aún la presencia de niños con bajo peso que únicamente corresponde a mujeres y peso elevado equitativamente entre hombres y mujeres, por otro lado, un alto porcentaje dio como resultado retardo en talla mucho mayor este porcentaje en relación al del indicador Peso/Edad, lo que presenta una mayor problemática para la comunidad ya que son más propensos a desarrollar sobrepeso y obesidad en un futuro. (Machado, 2017)

Cueva & Gancino (2017) en del repositorio de la Universidad Central del Ecuador exponen el proyecto cuyo nombre es: "La Desnutrición en los niños de 1 a 3 años en el Centro Infantil del Buen Vivir de Cochapamba Sur (CIBV) en el periodo de octubre del 2016 a febrero del 2017", para analizar las principales causas de desnutrición en los niños de 1 a 3 años de edad en el Centro Infantil del Buen Vivir Cochabamba Sur en el periodo de octubre del 2016 a febrero del 2017, una vez concluido el proceso investigativo se llegó a determinar que: un niño con peso 9.4kg y la talla de 80cm tienen desnutrición grado 1 (percentil -1) y un Índice de masa corporal de 14,69% bajo para la edad, 3 con desviación estándar de peso bajo y 9 al límite o riesgo para la edad correspondiente; el factor económico es uno de los elementos de mayor influencia en el estado nutricional.

Del repositorio digital de la Universidad Estatal de Bolívar se obtuvo el proyecto de titulación denominado: "Factores socioculturales relacionados con la desnutrición en niños menores de 5 años en la comunidad de Ungubi de la parroquia de San Vicente, cantón San Miguel, provincia Bolívar, durante los meses de abril-diciembre del 2015" desarrollado con el fin de: analizar la relación de los factores socioculturales que contribuyen en la desnutrición de los niños menores de cinco años de la comunidad Ungubí, donde se concluye que: la causa de desnutrición

infantil es la lactancia materna insuficiente dado que existe un déficit por cubrir del 44% de niños que no recibieron lactancia materna exclusiva. (Rea & Tocto, 2016)

Gavilema & Ochoa (2015-2016) presenta la investigación: "Factores socioeconómicos y desnutrición en niños/as de 0 a 4 años que acuden al centro de salud San Simón, abril-septiembre del 2015" con el objetivo de: determinar los factores socioeconómicos que inciden en la desnutrición de niños/as de 0 a 4 años que acuden al centro de salud San Simón; concluyendo que: el 15% tienen hijos con desnutrición crónica, además de cada 100 madres el 59% no administran suplementos vitamínicos a sus hijos.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Diagnostico nutricional

El Diagnóstico Nutricional resume la Situación Clínica Nutricional del sujeto sin importar su edad, sexo, condición fisiológica o fisiopatológica. Dado que el Estado Nutricional representa el resultado de muchos balances nutricionales parciales.

Muchas veces, el Diagnóstico Nutricional recoge aspectos de la situación clínica del sujeto que difícilmente pueden ser tratados en primera instancia; la decisión sobre cuál de los problemas debe ser abordado precozmente o cuál debe ser abordado según mejore la Situación Clínica del paciente, depende totalmente del conocimiento, la experiencia y el criterio clínico del profesional tratante. (IIDENUT, 2014)

2.2.2. Estado nutricional

El estado nutricional es la condición del organismo determinada por la ingestión, biodisponibilidad, utilización y reserva de nutrientes que se manifiesta en la composición y función corporal, favoreciendo el crecimiento y desarrollo adecuado de un individuo. De acuerdo con esta definición es un estado en donde la persona refleja si lo que consuma a través de la ingesta alimentaria cubre o no sus necesidades de nutrientes acordes a su edad y sexo principalmente.

Para que la evaluación nutricional sea completa se debe realizar una valoración inicial, la misma que puede ser de forma directa o indirecta. La evaluación directa consta de: medidas antropométricas, pruebas de laboratorio y dietas, mientras que la indirecta incluye: antecedentes históricos y físicos de una persona.

2.2.2.1. Objetivos de la valoración nutricional:

Controlar el crecimiento y estado de nutrición del niño sano identificando las alteraciones por exceso o defecto.

Distinguir el origen primario o secundario del trastorno nutricional. (Martínez & Pedrón, 2013)

El estado nutricional no solamente es ingresos y egresos calóricos, sino que también es dependiente de una variedad de factores como la situación económica, social, cultural y psicológica de las personas ya que estas circunstancias favorecen o dificultad la situación de salud, en este caso el estado nutricional. Es por ello que la evaluación nutricional es utilizada fundamentalmente para planear e implementar acciones de intervención con el fin de promover y mantener la salud en concordancia con los factores individuales o colectivos que aquejan a la población.

2.2.3. Factores que influyen en el estado nutricional

Los factores que influyen en el estado nutricional de una u otra persona son muchos y diversos, todo lo que favorece a una ingestión insuficiente o excesiva de nutrientes o lo que obstaculiza su ingestión optima, contribuye a una mala nutrición.

Los factores que influyen directamente son:

- **Factores culturales:** las creencias y los hábitos alimenticios son aspectos profundamente familiarizados ya que estas creencias se van transmitiendo de generación en generación. Uno de los factores que más influye a estas creencias están básicamente determinadas por los beneficios que han obtenido y son inculcadas a los niños más pequeños.
- **Factores geográficos:** las condiciones geográficas y climáticas determinan la alimentación de cada población, ya que las diferentes condiciones, determinan el tipo de cultivo que van a poder producir y la disponibilidad de agua de cada región.
- **Factores económicos:** depende del nivel económico que tenga la familia para la adquisición de los alimentos, ya que no todos pueden acceder a la variedad de alimentos por el tipo de precio que poseen, razón por la cual la población en muchos de los casos seleccionan el alimento basándose en el precio y no en el valor nutritivo.

- **Factores sociales:** depende al grupo social al que pertenece un individuo, para que este determine sus hábitos alimentarios, ya que los niños a sus cortas edades empiezan a imitar a las personas adultas que están a su alrededor, ya que el prestigio social en un factor determinante en al costumbres y hábitos alimentarios.
- **Factores educativos:** el nivel educativo de los cuidadores juega un papel muy importante ya que de ellos depende que tengan una nutrición adecuada.
- **Factor de servicios básicos:** este factor es muy importante ya que dentro de este deben tener los servicios de agua potable, electricidad, alcantarillado, pues estos son indispensables para que la población pueda tener una salud y una condición de vida adecuada..
- **Higiene de los alimentos:** es un factor que influye mucho en la salud nutricional de los infantes ya que de la higiene depende que el niño tenga un buen desarrollo y evite tener enfermedades infecciosas que pueden alterar su estado nutricional.

Dentro del estado nutricional de un individuo intervienen varios factores, situación económica, saneamiento ambiental, educación, cultura, religión. Todos estos condicionan la salud de los niños y niñas.

2.2.4. Nutrición

Es un proceso cuya finalidad es abastecer al organismo de la energía y nutrientes necesarios para mantener un buen estado de salud promover el crecimiento y reemplazar las perdidas.

Se lo puede definir como el conjunto de procesos que los seres vivos tienen para ingerir y absorber los alimentos, que sufren una serie de transformaciones para convertirse en nutrientes para el organismo.

El proceso nutricional incluye:

Alimentación: comprendida desde que elegimos el alimento a ingerir hasta su digestión y absorción intestinal

Metabolismo: su finalidad es la utilización de los nutrientes absorbidos en forma de energía.

Excreción: etapa en donde es eliminada las sustancias que no son absorbidas por el intestino, las que no utiliza el organismo y el residuo de las sustancias ya utilizadas.

La nutrición es un proceso fisiológico en donde el organismo obtiene energía y nutrientes necesarios para su correcto funcionamiento, utilizando mecanismos como alimentación, metabolismo y excreción.

2.2.5. Los alimentos

Son todos los productos naturales o industrializados que consumimos para cubrir una necesidad fisiológica (hambre).

Son aquellas sustancias o productos de cualquier naturaleza que, por sus componentes, características, preparación y estado de conservación, son susceptibles de ser habitual e idóneamente utilizados para la normal nutrición humana, como productos dietéticos en casos especiales de nutrición humana. (González, 2014)

2.2.5.1. Función de los alimentos en el organismo

2.2.5.1.1. Satisfacer el hambre

Se conoce como el impulso urgente o perentorio de encontrar alimentos e ingerirlos, factor básico de la supervivencia. Esta nos indica que las necesidades de energía no están siendo satisfechas, lo que se manifiesta en debilidad física, sensaciones de tensión abdominal. (Hurtado, 2013)

2.2.5.1.2. Permitir el proceso fisiológico

La energía aportada por los alimentos es transformada y utilizada en la realización de trabajo que garantiza el mantenimiento de la vida. (Hurtado, 2013)

2.2.5.1.3. Termorregulación

Energía que se emplea en el mantenimiento de la temperatura corporal, donde no debe variar la temperatura de núcleo, se entiende por esta la de los órganos situados en la caja encefálica, torácica, abdominal y pelviana, la temperatura de superficie puede variar en dependencia de las condiciones ambientales, pero hasta un cierto rango y que esta variación no afecte a la temperatura central o de núcleo. (Hurtado, 2013)

2.2.5.1.4. Reparar células y crecimiento

El crecimiento y reparación celular es muy activo durante la infancia y la adolescencia, por lo que la ingesta de proteínas en esta etapa debe garantizar dichas actividades, pues estos son los nutrientes plásticos por excelencia y constituyen la principal fuente de incorporación de nitrógeno al organismo. (Hurtado, 2013)

2.2.5.1.5. Mantener el metabolismo basal

Esta es la energía gastada por un individuo en completo reposo, es decir la energía utilizada en la realización de las funciones vitales, el mismo depende de la superficie corporal, sueño, el sexo, el hábito muscular, la altitud, la fiebre, la ansiedad y la angustia, los medicamentos farmacodinámicos, el fumar y la edad. (Hurtado, 2013)

Los alimentos son sustancias solidas o liquidas que nutren el organismo y al mismo tiempo ayudan al ser humano a satisfacer necesidades como el hambre, realizar procesos fisiológicos, regular la temperatura corporal y mantener el metabolismo basal.

2.2.6. Los nutrientes

Los nutrientes son sustancias químicas que están presentes en todos los alimentos en diferentes proporciones y calidades, y es lo que necesita el organismo para realizar las funciones vitales.

2.2.6.1. Tipos de nutrientes

Los nutrientes se pueden clasificar de diferentes aspectos a continuación mencionamos los siguientes.

2.2.6.1.1. Desde el aspecto energético

2.2.6.1.2. Energéticos

Son los que el organismo puede transformar en energía, aunque además también puedan tener otras funciones. A este grupo pertenecen los hidratos de carbono, las grasas y, en menor grado, las proteínas. Siempre serán utilizados en primer lugar para la obtención de energía los hidratos de carbono y las grasas.

2.2.6.1.3. No energéticos

Minerales y vitaminas. Nunca se pueden transformar en energía, aunque la presencia de alguno de ellos sea necesaria para la transformación en energía de los nutrientes energéticos. (Diaz, 2017)

2.2.6.1.4. Desde un punto de vista químico

Macronutrientes

Engloba a los glúcidos, proteínas y lípidos.

Micronutrientes

Son sustancias imprescindibles para la vida, aunque sus necesidades se midan a veces en cantidades muy pequeñas (milésimas o millonésimas de gramo). Pertenecen a este grupo los minerales y las vitaminas. (Diaz, 2017)

Los nutrientes son todas las sustancias que poseen los diferentes alimentos, los cuales producen energía a las células, atreves de procesos metabólicos que permiten la regeneración de las mismas.

2.2.7. Métodos para la valoración nutricional

Una correcta valoración nutricional permite identificar alteraciones nutricionales por exceso y por defecto para un adecuado diagnóstico y tratamiento, para ello se puede utilizar los siguientes métodos.

2.2.7.1. Métodos antropométricos

Se usan mediciones de las dimensiones físicas y composición del cuerpo.

La antropometría establece la forma más directa, práctica, de bajo costo, no invasiva, confiable, reproducible y objetiva para evaluar el estado nutricional de personas y poblaciones, para permitir estimar la masa corporal y resumir la historial nutricional. (Rodíguez, Menjívar, & Espinoza, 2013)

2.2.7.2. Métodos bioquímicos

Incluyen la medición de un nutriente o sus metabolitos en sangre, heces u orina o medición de una variedad de compuestos en sangre y otros tejidos que tengan relación con el estado nutricional. (Rodíguez, Menjívar, & Espinoza, 2013)

2.2.7.3. Métodos clínicos

Para obtener los signos y síntomas asociados a la malnutrición. Los síntomas y signos son con frecuencia no específicos y se desarrollan solamente en un estado avanzado de la depleción nutricional. (Rodíguez, Menjívar, & Espinoza, 2013)

El estado nutricional del ser humano puede ser evaluado mediante diferentes indicadores: clínicos, antropométricos, bioquímicos, dietéticos y biofísicos que permiten obtener un diagnóstico y tratamiento adecuado sobre su salud nutricional.

2.2.8. Evaluación antropométrica

La antropometría es la técnica que se encarga de medir las variaciones en las dimensiones físicas y en la composición general del cuerpo. Las medidas utilizadas

con mayor frecuencia son el peso, la estatura, longitud, debido a que estos datos nos proporcionan información esencial para:

- Identificar niños que pudieran tener anormalidades en el crecimiento como: retardo en talla, bajo peso para la edad, entre otras.
- Identificar precozmente a estos niños.
- Brindarle seguimiento, atención y tratamiento con antelación de un posible agravamiento.
- Las medidas mencionadas anteriormente, deben ser tomadas y registradas de una manera precisa para así tener una adecuada evaluación nutricional del niño o niña y que sean más fiables los datos. Para cualquier uso, estas mediciones deben ser tomadas y registradas de manera exacta y así asegurar la buena evaluación del crecimiento del niño. (Caviedes, 2016)

2.2.8.1. Indicadores antropométricos

2.2.8.1.1. Indicador Peso/Edad (P/E)

Refleja la masa corporal alcanzada en relación con la edad cronológica. Es un índice compuesto, influenciado por la estatura y el peso relativo. (Pacheco, y otros, 2012)

El Peso/Edad refleja el peso corporal en relación con la edad del niño o niña en un momento determinado. Este indicador se usa para evaluar si hay bajo peso y bajo peso severo (desnutrición global); pero no se usa para clasificar a un niño o niña con sobrepeso u obesidad. Es importante señalar también que un niño o niña puede ser desnutrido si presenta longitud o talla pequeña (talla baja), está muy delgado o tiene ambos problemas.

Para la interpretación de los puntos graficados en las curvas de peso/edad en niños y niñas menores de cinco años de acuerdo a las desviaciones estándar (DE).

- Normalidad: si la línea se encuentra entre +2DE y -2 DE.

- Peso elevado para la edad: si se ubica por encima de la línea +2DE. (debe analizarse juntamente con el IMC/E (Índice de masa corporal para la edad)).
- Bajo peso para la edad: si se ubica debajo de -2DE.
- Bajo peso severo: si se encuentra por debajo de -3DE. (Fárez & Lapo, 2017)

2.2.8.1.2. Talla para la edad (T/E)

Refleja el crecimiento lineal alcanzado en relación con la edad cronológica y sus déficits. Se relaciona con alteraciones del estado nutricional y la salud a largo plazo. (Pacheco, y otros, 2012)

La longitud o talla para la edad refleja el crecimiento longitudinal que alcanza la niña o niño, relacionado con la edad en la que se encuentre en el momento de la toma de esta medida. Este indicador ayuda a identificar a los niños o niñas con retardo en el crecimiento (talla o longitud baja para la edad), a causa de un aporte inadecuado de nutrientes por un periodo prolongado o enfermedades recurrentes.

Así puede identificarse a los niños o niñas que son altos y muy altos para la edad que tienen; sin embargo, la longitud o talla alta no son en su mayoría un problema, a menos que este indicador sea excesivo y pueda estar reflejando desordenes endocrinos no comunes.

- Normalidad: si la línea se encuentra entre +2DE y -2 DE.
- Talla alta para la edad: si se ubica por encima de la línea +2DE.
- Talla muy alta para la edad: si se ubica por encima de la línea +3DE.
- Baja talla o retardo en talla para la edad.: si se ubica debajo de -2DE.
- Baja talla severa: si se encuentra por debajo de -3DE. (analizar con el IMC para la edad). (De León, 2014)

2.2.8.1.3. Peso para la talla (P/t)

Refleja el peso relativo para una talla dada y define la probabilidad de la masa corporal, independientemente de la edad. Un peso para la talla bajo es indicador de desnutrición y alto de sobrepeso y obesidad. (Pacheco, y otros, 2012)

Es útil para el diagnóstico de malnutrición (desnutrición o sobrepeso/ obesidad). No es aconsejable utilizarlo como único parámetro de evaluación ya que puede no diagnosticar como desnutridos a algunos niños que efectivamente lo son (algunos casos de retraso global de crecimiento). Por ello, se recomienda el uso combinado de los índices peso/talla y talla/edad, lo que permite una evaluación más precisa.

- Normalidad: entre +2DE y -2DE.
- Peso elevado/talla: sobre +2DE.
- Peso muy elevado/talla: sobre +3DE
- Emaciación: debajo -2DE (Solano, 2018)

2.2.8.1.4. Índice de masa corporal para la edad (IMC/E)

Refleja el peso relativo con la talla para cada edad; con adecuada correlación con la grasa corporal. Se calcula con la división del peso sobre la talla o bien más prácticamente el peso dividido por la talla, a su vez dividido por la talla. Su interpretación es similar a la mencionada para el peso talla, pero con más precisión. (Pacheco, y otros, 2012)

El índice de masa corporal (IMC) es un indicador entre la relación del peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2).

También se utiliza tanto en niños como en niñas, pero se debe tomar en cuenta que no es un indicador sensible, esto quiere decir que no refleja en su totalidad el estado nutricional en el que se encuentra el preescolar, ya que, si el niño tiene un peso adecuado para la edad, la talla puede estar inadecuada y usualmente el IMC va a salir normal.

- Normalidad: si la línea se encuentra entre +2DE y -2 DE.
- Riesgo de sobrepeso: si se ubica por encima de la línea +1DE y por debajo de la línea -2DE.

- Sobrepeso: si se ubica por encima de la línea +2DE y por debajo de -3DE.
- Obesidad: si se ubica encima de +3DE.
- Desnutrición: si se encuentra por debajo de -2DE y sobre -3DE.
- Severamente desnutrido: si se encuentra por debajo de -3DE.

Cuando interprete el riesgo de sobrepeso, es importante tomar en cuenta el peso de los padres del niño o niña. Si uno de los padres tiene sobrepeso, esto aumenta el riesgo de que el niño o niña padezca el mismo problema. Un niño o niña con uno de sus padres con obesidad tienen 40% de probabilidades de padecer sobrepeso; si ambos padres presentan obesidad, aumenta al 70%. Se debe saber que el sobrepeso y la obesidad pueden darse al mismo tiempo que la baja T/E. (Salazar, Feu, Vizuete, & De la Cruz, 2013)

La antropometría, al ser una técnica no invasiva de bajo costo y de simple aplicación, ha sido utilizada ampliamente como un indicador que resume varias condiciones relacionadas con la salud y la nutrición. Dentro de las medidas antropométricas más utilizadas se incluyen: peso, talla, perímetro cefálico, este método es muy valioso, confiable y económico razón por la cual su uso es importante para evaluar el estado nutricional. Los indicadores antropométricos son una serie de pautas que sirven para valorar si un individuo se encuentra bien o mal en su salud nutricional dentro esto podemos mencionar los siguientes: peso/edad, talla/edad, peso/talla e índice de masa corporal.

2.2.9. Malnutrición

La malnutrición que incluye la desnutrición, la obesidad y el sobrepeso tienen diversas causas y consecuencias, para entender mejor la malnutrición hay que considerar tres dimensiones de análisis:

1. La seguridad alimentaria alude al hecho de que toda la población tenga acceso físico, económico y social a alimentos seguros y nutritivos. La

vulnerabilidad se refiere a la probabilidad de una disminución del consumo o acceso a los alimentos.

2. La transición demográfica, epidemiológica y nutricional son factores que inciden en los problemas nutricionales, ya que hoy en día las personas han cambiado su estilo de vida, actividades razones por las cuales se han modificado las necesidades nutricionales de cada individuo.
3. El ciclo de vida es una clave muy importante ya que los `problemas nutricionales se presentan a lo largo de toda la vida desde el momento que nacemos.

La malnutrición es un problema que genera muertes y a largo plazo afecta también a quienes sobrevivieron a estos problemas de salud nutricional, a continuación, tenemos los siguientes:

2.2.9.1. Desnutrición

La desnutrición es una de las principales amenazas para la supervivencia, la salud, el crecimiento y el desarrollo de las capacidades de los niños, así como para el progreso de los países. (Ramírez, 2014)

De acuerdo con los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la desnutrición es un tipo de la llamada malnutrición. La desnutrición tiene numerosas consecuencias adversas:

- El retraso en el crecimiento: la estatura es inferior a la que corresponde según la edad del niño o de la persona que sufre desnutrición.
- La emaciación: el peso es inferior al que corresponde según la edad.
- La carencia o insuficiencia de micronutrientes como las vitaminas y los minerales. (ACNUR, 2018)

2.2.9.1.1. Clasificación de la desnutrición

A inicios de los años setenta un grupo de trabajadores de la salud de Wellcome Trust desarrollo una clasificación que incluye 3 categorías basadas en el peso respecto a la estatura:

- Emaciación: se muestra una desnutrición grave pero de corta duración, en donde el peso para la estatura es bajo, pero la altura para edad es normal.
- Detención de crecimiento: malnutrición previa ya que el peso y estatura para la edad es baja, pero el peso para la estatura es normal.
- Emaciación y detención del crecimiento: desnutrición grave y crónica, también conocida como desnutrición prolongada en donde el peso y la estatura para la edad y peso para la estatura son bajos.

Actualmente la desnutrición se clasifica según su:

- **Etiología:** primaria, secundaria, mixta.
- **Gravedad:** leve o de primer grado, moderada o de segundo grado, grave o de tercer grado.
- **Evolución:** aguda y crónica.
- **Según el tipo de carencia:** Marasmo, Kwashiorkor y Tipo mixta (Marasmo-Kwashiorkor)

2.2.9.1.2. Efectos de la desnutrición

Entre los efectos de la desnutrición podemos destacar los siguientes:

- Bajada de las defensas.
- Trastornos en el aprendizaje.
- Pérdida de masa muscular.

Todos estos son efectos graves que pueden afectar a la vida de quien padece desnutrición y más si se trata de un niño. (ACNUR, 2018)

2.2.9.2. Sobrepeso y Obesidad

La obesidad (OB) es el trastorno nutricional más frecuente en la población infanto juvenil y tiene su origen en una interacción genética y ambiental-conductual, siendo esta última la más importante, ya que establece un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético.

El desarrollo del sobre peso (SP) y posteriormente la Obesidad, gira en torno a vivir en "la sociedad de la abundancia" donde junto a una importante oferta de alimentos hipercalóricos, coexisten cambios en los estilos de vida, como el sedentarismo, e inadecuados hábitos alimentarios, con una ingesta basada en las características organolépticas de los alimentos desconociendo sus características nutricionales. (Güemes & Muñoz, 2015)

2.2.9.2.1. Causas que genera obesidad

- **Factores genéticos.** Se ha encontrado la asociación entre el IMC de los padres y de los hijos a partir de los 3 años. Si uno de los padres es obeso, el riesgo se triplica, si son ambos se multiplica por 15.
- **Exposición durante el periodo fetal.** una agresión in útero produce una programación anormal del desarrollo de órganos y aparatos que se manifestará en etapas tardías de la vida.
- **Peso al nacimiento.** Se ha observado una asociación positiva entre macrostomia (peso superior a 4 kg al nacimiento) y padecer OB en la infancia y edad adulta.
- **Alimentación en el primer año de vida.** Protección de la Lactancia materna (LM). Los lactantes alimentados con LM tienen menor riesgo de desarrollar OB que los alimentados artificialmente.
- **Precocidad del rebote adiposo.** En las curvas del IMC se ha identificado un crecimiento en el primer año de vida que decrece posteriormente llegando a valores mínimos entre los 5-6 años, momento en que se produce un nuevo aumento hasta la edad adulta. Esto se ha llamado "rebote adiposo" y cuando

se produce precozmente antes de los 5 años de edad, conduce a una elevación rápida del IMC y se asocia con mayor riesgo de OB en la edad adulta.

- **Tipo de Alimentación.** Factores protectores para la OB, además de la LM durante tres o más meses, el consumo de 4 o más raciones de frutas y verduras al día, un consumo graso menor del 35% del aporte energético total, el fraccionamiento de la ingesta diaria en 3 o más comidas al día y un estilo de vida activo.
- **Actividad física.** La actividad física moderada se identifica como un factor protector de OB.
- **Sueño.** Varios estudios han encontrado relación entre la menor duración del sueño y la OB infantil. (Güemes & Muñoz, 2015)

2.2.9.2.2. Tipos de obesidad

- **Obesidad exógena:** es la más frecuente de las causas de OB, siendo la etiología multifactorial. La acumulación del exceso de energía en forma de tejido adiposo es debida a la existencia de una inadecuada nutrición, así como una disminución de la actividad física.
- **Obesidad monogénica:** el hipotálamo es un órgano clave en el con trol del metabolismo energético. La instauración de una OB de comienzo temprano, por mutaciones en los genes de: leptina, receptor de leptina, POMC, receptor 4 de la melanocortina (MC4R) y prohormona convertasa 1 (PCSK1).
- **Obesidad asociada a síndromes polimalformativos:** entre los múltiples síndromes dismorfológicos pediátricos en los que se puede observar el desarrollo de un mayor o menor grado de OB a lo largo de su curso evolutivo, cabe destacar:
    - Síndrome de Prader-Willi.
    - Síndrome de Alstrom.
    - Síndrome de Bardet-Biedl. (Güemes & Muñoz, 2015)

Las alteraciones del estado nutricional de un individuo se deben a factores como la mala calidad de los alimentos y cantidad de los mismos (déficit o exceso), la desnutrición, sobrepeso y la obesidad son consecuencia de estos.

La obesidad y el sobrepeso son enfermedades que se caracterizan por el exceso de grasa corporal que altera la salud del individuo y en muchos casos desencadena enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión arterial), mientras que la desnutrición se da por un déficit de nutrientes que dan como consecuencia manifestaciones negativas en el organismo, dichas alteraciones provocan déficit de crecimiento y desarrollo intelectual en quienes lo padecen.

2.2.10. Alimentación en preescolares

La alimentación en los niños menores de cinco años es de vital importancia ya que en esta edad, es donde los hábitos alimentarios se desarrollan.

2.2.10.1. Alimentación en niños y niñas de 0 a 6 meses

La OMS y la UNICEF recomienda la alimentación con leche materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida (180 días), ya que la leche materna contiene todos los nutrientes que necesita un lactante como son: grasa, carbohidratos, proteínas, minerales, y agua. La leche materna contiene factores bioactivos que fortalecen el sistema inmunológico inmaduro del lactante brindándole protección, posee factores que ayudan a la absorción y digestión de los nutrientes. (Cacacho, 2016)

Frecuencia y duración de la lactancia: Durante los primeros 15 a 20 días de vida es común que el niño tome pecho unas 8 veces en 24 horas pero esto no siempre, la frecuencia y la cantidad de leche que consumen los lactantes en cada mamada es distinta, la ingesta de leche en 24 horas varía entre 44oml a 1220ml, con un promedio aproximadamente de 800mldurante los primeros 6 meses.

2.2.10.2. Alimentación en niños y niñas de 6 a 11 meses

La incorporación de la alimentación solida debe ocurrir alrededor de los 6 meses con el objetivo de cubrir requerimientos nutricionales y estimular el desarrollo neurológico y motor.

La alimentación complementaria incluye alimentos solido o semisólidos (papillas o purés) y también alimentos líquidos (agua). Desde el punto de vista de la lactancia, en esta etapa se recomienda continuar con lactancia materna.

Al inicio de la alimentación complementaria la papilla o pure mixto se debe entregar en cantidad pequeñas su consistencia debe ser suave sin grumos ni trozos de fibra, las cantidad deben ir aumentando conforme avanza y acepta de buena forma la alimentación, consumiendo a los 8 meses alrededor de 150ml de comida (3/4 taza) más 100ml de fruta (1/2 taza) y a los 9 meses 20ml de papilla(1 taza) y 100ml de futa(1/2 taza) en cada comida, estas cantidades son referenciales y pueden variar. (Cacacho, 2016)

2.2.10.3. Alimentación en niños y niñas de 12 a 23meses

En esta etapa se puede continuar con la lactancia materna complementándola con la alimentación solida si el niño recibe formula esta ya puede ser reemplazad con leche de vaca en polvo, desde el año de edad debe paulatinamente incorporarse a los hábitos y características de la comida familiar, respetando sus necesidades de alimentación y ciclos de sueño. Los niños y niñas durante esta etapa de adaptación a los alimentos complementarios deben recibir los siguientes alimentos que les aportaran nutrientes para un correcto desarrollo y crecimiento. (Cacacho, 2016)

2.2.10.4. Alimentación en niños y niñas mayor de 2 años

En esta etapa el niño/a ira progresivamente siendo de capaz de alimentarse por si solos por ello es necesario ir apoyándolos según sus necesidades de modo que avance en su desarrollo. El objetivo es que la alimentación cubra los requerimientos

para un crecimiento y desarrollo adecuados, haciendo de esta un momento agradable para el niño/a como para su entorno.

A continuación se detalla los alimentos:

Tabla 1.
Alimentacion adecuada para niños

Alimento	Cantidad	Frecuencia	Aporte nutricional
Lácteos	3 porciones	Diaria	Calcio, fósforo, zinc y magnesio.
Pescado	1 porción	2 veces por semana	Proteínas, hierro, zinc y cobre
Legumbres	1 porción	2 veces por semana	Proteínas, hierro, zinc y cobre
Carnes y huevos	1 porción	3 veces por semana	Proteínas, hierro, zinc y cobre
Verduras	2 a 3 porciones	Diaria	Vitaminas A y C, antioxidante y fibra dietética.
Frutas	2 porciones	Diaria	Vitaminas A y C, antioxidante y fibra dietética.
Cereales y papas	1 a 2 porciones	Diaria	Calorías, hidratos de carbono, fibra dietética y proteínas.
Agua	1.2 litos	Diaria	

Editado por: Gramal Amanda & Escobar Luis

La alimentación en el inicio de vida de un ser humano es importante razón por la cual fomentamos la leche materna exclusiva durante los primeros 6 meses vida y luego continuar leche materna más alimentación complementaria hasta los 2 años, los alimentos deben prepararse y administrarse en condiciones seguras durante la etapa de crecimiento y desarrollo.

2.3. Definición de términos

Absorción de nutrientes

Es el proceso por el cual los nutrientes de los alimentos pasan a través del intestino a la sangre para ser aprovechados por el cuerpo. (Unidad Técnica de Formación y Desarrollo de Recursos Humanos, 2016)

Alimentación

Incluye todos los procesos externos relacionados con los alimentos que se llevan a cabo fuera del cuerpo como la producción, selección y preparación, hasta el momento en que se ingieren por la boca. (Unidad Técnica de Formación y Desarrollo de Recursos Humanos, 2016)

Alimentación complementaria

Es la introducción de alimentos sólidos o semisólidos seguros, suficientes y adecuados, para complementar la lactancia materna, cuando esta ya no es suficiente, en lactantes a partir de los seis meses a dos años de edad. 10. (Unidad Técnica de Formación y Desarrollo de Recursos Humanos, 2016)

Alimentación sana

Es aquella que promueve una nutrición óptima a través del consumo de alimentos saludables y adecuados para que el organismo pueda nutrirse y funcionar correctamente. (Unidad Técnica de Formación y Desarrollo de Recursos Humanos, 2016)

Alimento seguro

Es un alimento libre de microbios peligrosos (bacterias, virus, parásitos u hongos), químicos tóxicos o agentes físicos externos que pueden poner en riesgo la salud humana y el acceso que se pueda tener a ellos. (Unidad Técnica de Formación y Desarrollo de Recursos Humanos, 2016)

Antropometría

Se encarga del estudio de las medidas corporales y se usa para evaluar el crecimiento físico. Utiliza medidas como peso, estatura y circunferencia media de los brazos combinados con datos como edad y sexo. (Unidad Técnica de Formación y Desarrollo de Recursos Humanos, 2016)

Bajo peso al nacer

Corresponde al peso menor a 2.5 Kg (5.5 libras) del niño al nacer. Los niños después del nacimiento con bajo peso al nacer tienen más probabilidades de morir durante los primeros meses o los primeros años. (Unidad Técnica de Formación y Desarrollo de Recursos Humanos, 2016)

Calorías

Unidad de medida de la energía que producen los alimentos al ser digeridos por el cuerpo. (Unidad Técnica de Formación y Desarrollo de Recursos Humanos, 2016)

Carbohidratos

Uno de los tres macronutrientes que necesita el organismo, tienen como función proporcionar energía para las actividades diarias. Son los compuestos más diversos que forman parte de los alimentos. Ejemplos de estos son las papas, el pan, las tortillas, etc. (Unidad Técnica de Formación y Desarrollo de Recursos Humanos, 2016)

Crecimiento

Aumento progresivo del peso, la estatura, y el tamaño de los órganos del cuerpo humano. (Unidad Técnica de Formación y Desarrollo de Recursos Humanos, 2016)

Desnutrición

Se define como la ingesta o absorción insuficiente de energía, proteínas, vitaminas o minerales, que a su vez causa una deficiencia nutricional. Puede clasificarse como desnutrición crónica o aguda. (Unidad Técnica de Formación y Desarrollo de Recursos Humanos, 2016)

Digestión

Es el proceso mediante el cual los alimentos se descomponen en sus partes más pequeñas para que puedan ser absorbidas y utilizadas para las diversas funciones del cuerpo. (Unidad Técnica de Formación y Desarrollo de Recursos Humanos, 2016)

Estado nutricional

Es el reflejo de la forma en que se han cubierto las necesidades de energía y nutrientes del cuerpo. Se puede tener como resultado un estado nutricional normal, deficitario o por exceso. (Unidad Técnica de Formación y Desarrollo de Recursos Humanos, 2016)

Evaluación nutricional

Es una evaluación de la condición nutricional de una persona. (Unidad Técnica de Formación y Desarrollo de Recursos Humanos, 2016)

Grasas

Son uno de los tres macronutrientes. Son una fuente concentrada de energía que tienen varias funciones, como la formación de hormonas y las membranas de las células, así como, el funcionamiento correcto del sistema nervioso. (Unidad Técnica de Formación y Desarrollo de Recursos Humanos, 2016)

Longitud

Es la medida del tamaño del niño desde la coronilla de la cabeza hasta los pies estando acostado boca arriba. Esta medición debe realizarse idealmente desde el nacimiento hasta los 24 meses, aunque existen casos de niños que han sobrepasado la edad y aun no logran pararse bien, por lo que deberán ser evaluados con esta medida. Se utiliza para estimar el crecimiento lineal o del esqueleto. (Unidad Técnica de Formación y Desarrollo de Recursos Humanos, 2016)

Malnutrición

Es un estado alterado del cuerpo humano, desencadenado por una deficiencia o exceso de energía o de uno o más nutrientes, en medida suficiente para provocar una enfermedad. (Unidad Técnica de Formación y Desarrollo de Recursos Humanos, 2016)

Marasmo

Es una manifestación clínica de desnutrición aguda que se caracteriza por el adelgazamiento extremo. Los niños con marasmo son muy delgados, inactivos, con extremidades flácidas y presentan una pérdida importante de grasa y músculo. (Unidad Técnica de Formación y Desarrollo de Recursos Humanos, 2016)

Micronutrientes

Vitaminas, minerales y oligoelementos esenciales que el organismo necesita en pequeñas cantidades durante todo el ciclo de la vida. (Unidad Técnica de Formación y Desarrollo de Recursos Humanos, 2016)

Minerales

Son micronutrientes que forman parte de tejidos y participan en funciones específicas del organismo. Se encuentran ampliamente distribuidos en los alimentos, principalmente en los de origen animal y en menor cantidad en los

vegetales. (Unidad Técnica de Formación y Desarrollo de Recursos Humanos, 2016)

Nutriente

Es una sustancia usada para alimentar o sostener la vida y el crecimiento de un organismo. (Unidad Técnica de Formación y Desarrollo de Recursos Humanos, 2016)

Obesidad

Es una enfermedad que se caracteriza por un exceso de peso y tejido graso en el cuerpo humano. (Unidad Técnica de Formación y Desarrollo de Recursos Humanos, 2016)

Peso

Mide la masa corporal total de una persona. Generalmente se mide en libras o kilogramos. (Unidad Técnica de Formación y Desarrollo de Recursos Humanos, 2016)

Proteínas

Son uno de los macronutrientes. Su función principal es la formación de todos los tejidos, desde el pelo, la piel y las uñas, hasta los músculos. Son importantes para el crecimiento. (Unidad Técnica de Formación y Desarrollo de Recursos Humanos, 2016)

Sobrepeso

Peso corporal por encima del valor adecuado para la estatura de la persona. (Unidad Técnica de Formación y Desarrollo de Recursos Humanos, 2016)

Talla

Es la medida del tamaño de la persona (niño o adulto) desde la coronilla de la cabeza hasta los pies estando la persona parada. (Unidad Técnica de Formación y Desarrollo de Recursos Humanos, 2016)

Vitaminas

Nutrientes que el cuerpo necesita en poca cantidad que son importantes para diferentes funciones. Deben consumirse a diario para el adecuado funcionamiento del organismo. (Unidad Técnica de Formación y Desarrollo de Recursos Humanos, 2016)

CAPÍTULO 3

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de investigación

Descriptiva, transversal, de campo.

3.1.1.1. Descriptiva

La investigación se considera de carácter descriptiva por que el objetivo es conocer las características de los niños/as menores de 5 años de la comunidad Julio Moreno, permitiendo de este modo identificar el estado nutricional.

3.1.1.2. Transversal

Porque se encargará de recolectar información de los/as niños/as menores de 5 años de la comunidad de Julio Moreno en el período Agosto-Octubre del 2018

3.1.1.3. De campo

Debido a que los datos que se requieren para el desarrollo del proceso investigativo deben ser obtenidos directamente de los/as niños/as que se encuentran en las comunidades.

3.1.2. Enfoque

3.1.2.1. Cualitativo y cuantitativo

Se acoge al tipo cualitativo ya que al ser descriptivo el estudio debe de considerarse el identificar las características factores, elementos y tipos de buena o mala nutrición, para lo cual fue pertinente tomar en consideración diversas bases teóricas que permitan conocer la conformación del objeto de estudio.

Se determina cómo cuantitativo debido a que con la información obtenida se busca cuantificar a los niños que están dentro de los parámetros establecidos por las

organizaciones de salud, para determinar si estos presentan cuadros de desnutrición, nutrición normal u obesidad por medio de la aplicación de los indicadores antropométricos peso para la talla, peso para la edad, índice de masa corporal (IMC) para la edad y talla para la edad.

3.2. Diseño

Para cumplir con el proceso del diseño de la investigación se procedió con lo siguiente:

- Reuniones de socialización del trabajo investigativo con el personal que labora en el centro de salud de la comunidad de Julio Moreno
- Coordinación con las familias de la comunidad para obtener su colaboración y ayuda en el proceso de recolección de datos.
- Aplicación de la ficha mediante la libreta integral de salud a los niños menores de cinco años involucrados en el trabajo (edad, peso y talla).
- Elaboración de una base de datos en el software Excel.
- Ingreso de los datos al sistema who anthro del MSP para el análisis e interpretación de los mismos.
- Elaboración de las conclusiones y recomendaciones como resultado del tema investigativo.

3.3. Población y Muestra

3.3.1. Población

La población en estudio es de 118 niños/as menores de cinco años y 118 padres y madres de familia que pertenecen a las comunidades de Julio Moreno Rodeopamba y Cashapamba.

3.3.2. Muestra

Para calcular la muestra se aplica la siguiente fórmula estadística.

Tabla 2. ***Formula Muestra***

Formula	Símbolo	Descripción	Valores
$n = \frac{N}{(E)^2(N-1)+1}$	N	Tamaño de la muestra	?
	N	Tamaño de la población	118
	E	Margen de error	1-5%

Editado por: Gramal Amanda & Escobar Luis

Tabla 3. ***Desarrollo de la fórmula para el cálculo de la muestra***

$n = \frac{N}{(E)^2(N-1)+1}$	4	$n = \frac{118}{0{,}2915+1}$
$n = \frac{118}{(0.05)^2(118-1)+1}$	5	$n = \frac{118}{1{,}2915}$
$n = \frac{118}{(0{,}0025)*(117)+1}$	6	$n = 91$

Editado por: Gramal Amanda & Escobar Luis

Se obtiene como muestra 91 niños y niñas menores de cinco años y 91 padres, madres de los involucrados en el estudio.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Como técnica se empleó el fichaje aplicado a los niños y niñas menores de cinco años con la finalidad de recolectar información de las características como el peso y la talla, la encuesta aplicada a los padres o cuidadores de los mismos con el objetivo de analizar cuáles son los factores que condicionan el estado nutricional.

Se utilizó los siguientes instrumentos, el cuestionario y la Libreta Integral de Salud.

3.5. Técnicas de procesamientos y análisis de datos

Tabulación a través de softwares: Excel, who anthro, SPSS.

Excel utilizado en la nómina de los niños y niñas y SPSS para tabular datos referentes a la encuesta.

3.5.1. Resultados de la aplicación de los indicadores antropométricos (fichaje)

Tabla 1. ***Resultados antropometría niñas y niños de 24 a 59 meses según el peso para la talla***

Niños y niñas de 24 a 59 meses		
Valoración	**F**	**%**
Obesidad +3	0	0%
Sobrepeso +2	1	2%
Posible riesgo de Sobrepeso +1	15	28%
Normal 0,-1	36	68%
Emaciado -2	1	2%
Severamente Emaciado -3	0	0%
Total	53	100%

Realizado por: Gramal Amanda y Escobar Luis
Fuente: Fichaje a los niños y niñas de la comunidad Julio Moreno

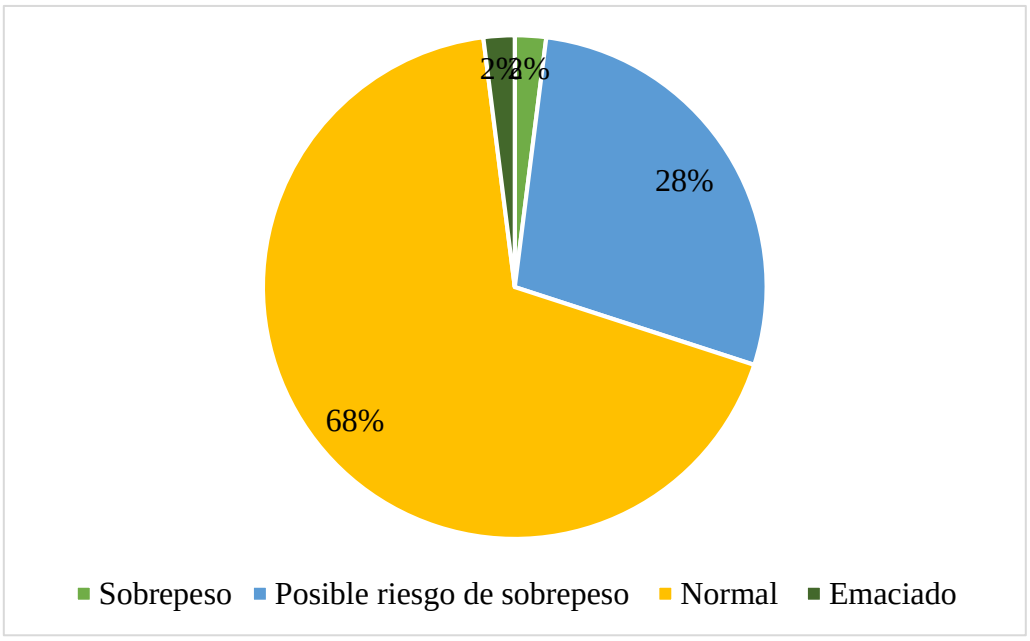


Figura 1. Representacion gráfica antropometría niñas y niños de 24 a 59 meses
Realizado por: Gramal Amanda y Escobar Luis
Fuente: Fichaje a los niños y niñas de la comunidad Julio Moreno

Análisis

Luego de aplicados los indicadores antropométricos a los niños de 24 a 59 meses de edad de los lugares estudiados, según el grafico se observa que el mayor porcentaje en condiciones normales tenemos a los niños con un 68% pero en lo referente al sobrepeso y posible riesgo de sobrepeso tenemos un 2% - 28% y con desnutrición aguda moderada un 2%, esto se asemeja a lo referente al ENSANUT en donde la provincia bolívar tiene un 2.4%.

Tabla 2.
Resultados antropometría niños y niñas de 6 a 23 meses según el peso para la longitud

Valoración		
Obesidad +3	0	0%
Sobrepeso +2	0	0%
Posible riesgo de sobrepeso +1	7	18%
Normal 0, -1	30	79%
Emaciado -2	1	3%
Severamente Emaciado -3	0	0%
Total	38	100%

Realizado por: Gramal Amanda y Escobar Luis
Fuente: Fichaje a los niños y niñas de la comunidad Julio Moreno

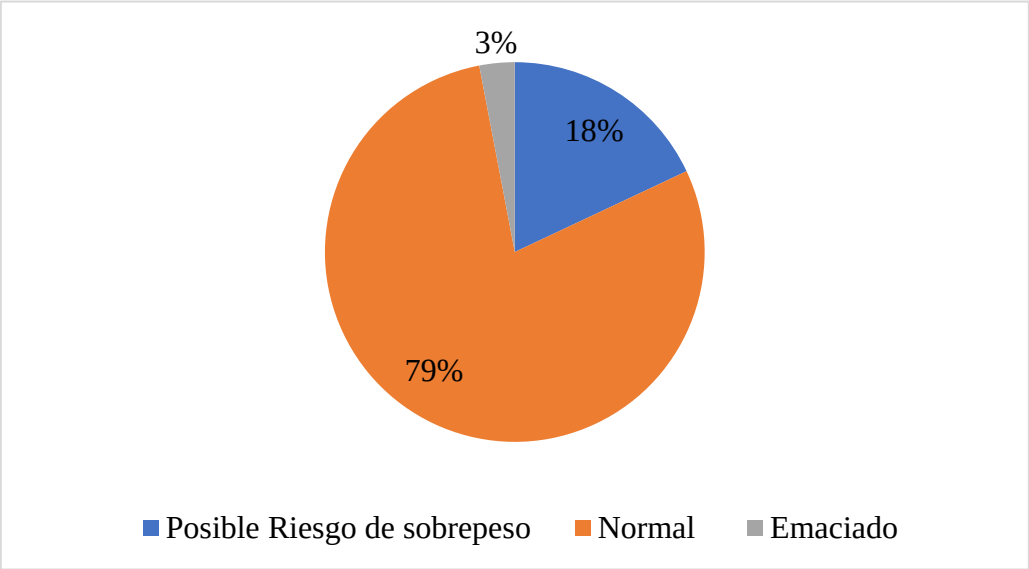


Figura 2. Representacion gráfica antropometría niñas y niños de 6 a 23 meses
Realizado por: Gramal Amanda y Escobar Luis
Fuente: Fichaje a los niños y niñas de la comunidad Julio Moreno

Análisis

Una vez finalizado la aplicación del indicador peso para la longitud de los niños y niñas de 6 a 23 meses, en un porcentaje mayor (79%) se encuentran en condiciones normales, pero también tenemos infantes con posible riesgo de sobrepeso en un 18%, y el 3% con desnutrición aguda moderada, este análisis se asemeja a los resultados del ENSANUT donde la provincia Bolívar tiene el 2.4%.

Tabla 3.
Resultados antropometría niños y niñas menores de cinco años según la longitud, talla para la edad

Niños y niñas menores de cinco años		
Valoración		Total
Normal 2,1,0,-1	29	32%
Baja talla -2	30	33%
Baja talla severa -3	32	35%
Total	91	100%

Realizado por: Gramal Amanda y Escobar Luis
Fuente: Fichaje a los niños y niñas de la comunidad Julio Moreno

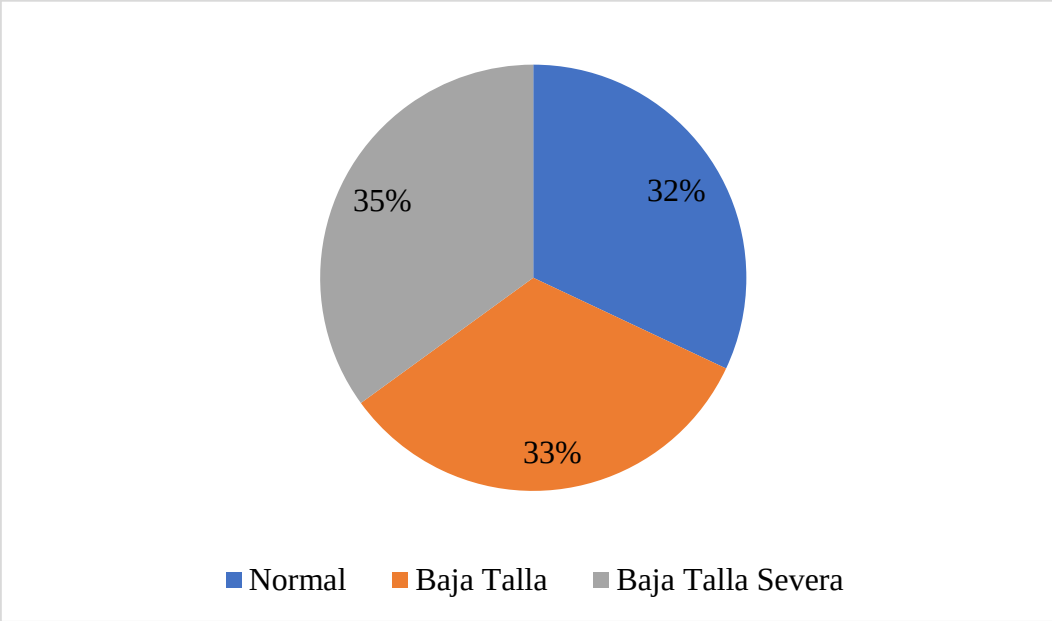


Figura 3. Representacion gráfica antropometría de niñas y niños menores de cinco años
Realizado por: Gramal Amanda y Escobar Luis
Fuente: Fichaje a los niños y niñas de la comunidad Julio Moreno

Análisis

Al finalizar la aplicación del indicador talla, longitud para la edad en los niños/as menores de cinco años, podemos observar que existen un porcentaje mayor de alteraciones nutricionales ya que sumados los dos ítems de baja talla y baja talla severa tenemos un total de 68% con desnutrición crónica, esto se ve reflejado en el ENSANUT donde la provincia Bolívar tiene el 40.8%.

Tabla 4.
Resultados antropometría niños y niñas menores de cinco años según el peso para la edad

Valoración		Total
Normal 1,2	72	79%
Bajo peso -2	16	17%
Bajo peso severo -3	4	4%
Total	91	100%

Realizado por: Gramal Amanda y Escobar Luis
Fuente: Fichaje a los niños y niñas de la comunidad Julio Moreno

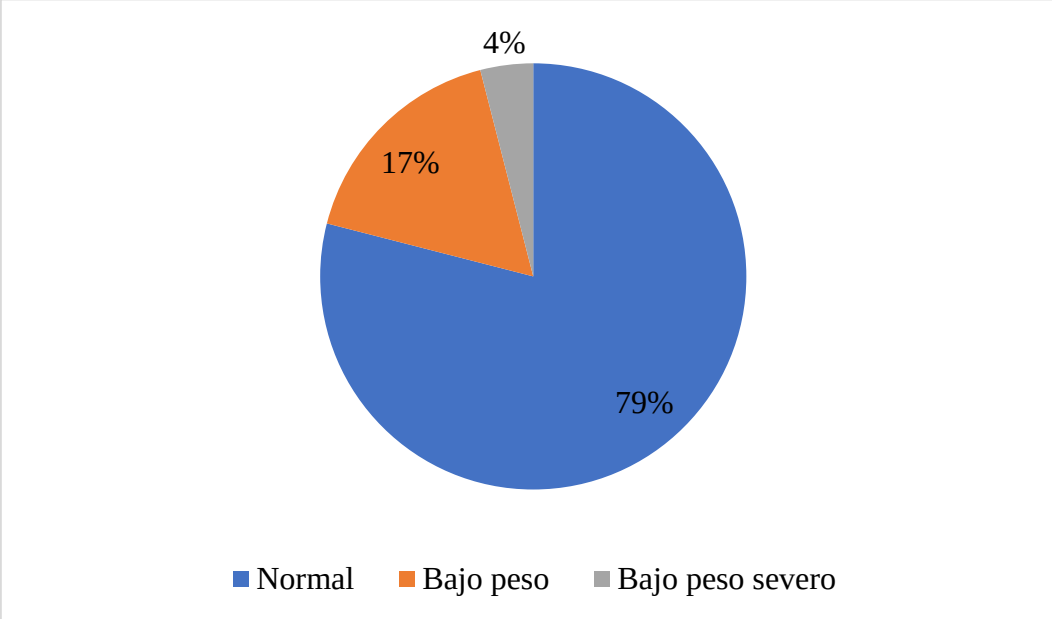


Figura 4. Representacion gráfica antropometría de niñas y niños menores de cinco años
Realizado por: Gramal Amanda y Escobar Luis
Fuente: Fichaje a los niños y niñas de la comunidad Julio Moreno

Análisis

Una vez culminado la aplicación del indicador peso para la edad, un alto porcentaje están con normalidad 79%, pero existen niños y niñas con bajo peso y bajo peso severo con un 17% - 4% lo que representan desnutrición global, además este análisis lo podemos asemejar a lo de ENSANUT donde la provincia Bolívar tiene el 9.7%.

Tabla 5.
Resultados antropometría niños y niñas menores de cinco años según el Índice de Masa Corporal para la edad

Valoración		Total
Obesidad +3	0	0%
Sobrepeso +2	4	4%
Posible riesgo de sobrepeso +1	21	24%
Normal 0, -1	64	70%
Emaciado -2	2	2%
Severamente Emaciado -3	0	0%
Total	91	1000%

Realizado por: Gramal Amanda y Escobar Luis
Fuente: Fichaje a los niños y niñas de la comunidad Julio Moreno

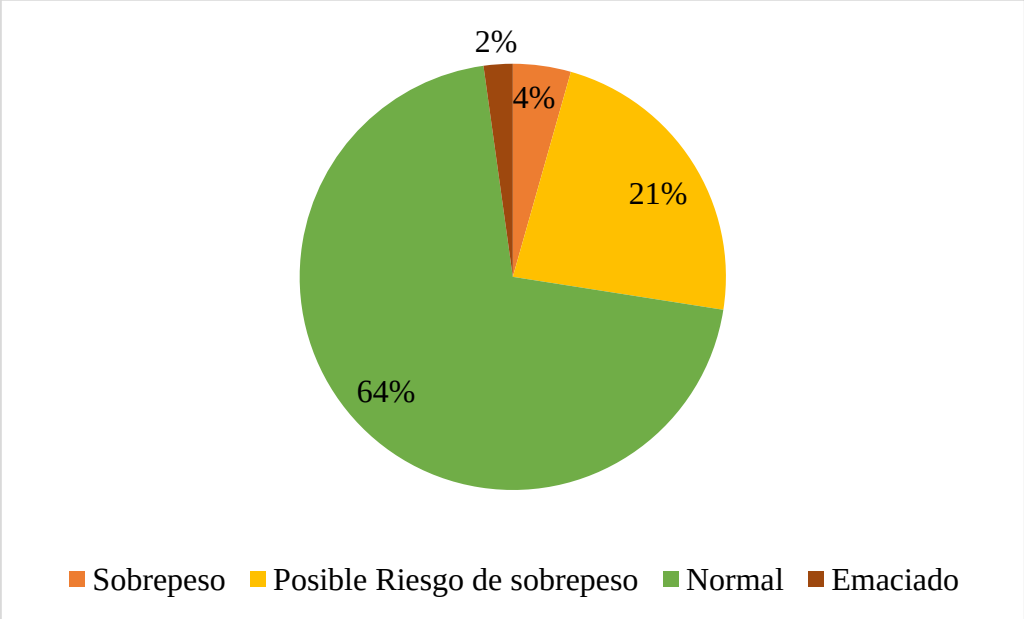


Figura 5. Representacion gráfica antropometría de niñas y niños menores de cinco años
Realizado por: Gramal Amanda y Escobar Luis
Fuente: Fichaje a los niños y niñas de la comunidad Julio Moreno

Finalizado la aplicación del indicador índice de masa corporal para le edad encontramos que dentro de los parámetros normales encontramos un 70% y con problemas nutricionales tenemos un 30% correspondiente a sobrepeso, un 4% posible riesgo de sobrepeso y emaciado 2% respectivamente, mientras que en los resultados del ENSANUT tenemos que Bolívar presenta 5%.

3.5.2. Resultados de las encuestas aplicadas a los cuidadores

¿Quién está a cargo del cuidado del niño o niña?

Tabla 1.
Cuidador de los menores

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Madre	80	87,9	87,9	87,9
	Hermano/a	4	4,4	4,4	92,3
	Abuelo/a	7	7,7	7,7	100,0
	Total	91	100,0	100,0	

Realizado por: Gramal Amanda y Escobar Luis
Fuente: Fichaje a los niños y niñas de la comunidad Julio Moreno

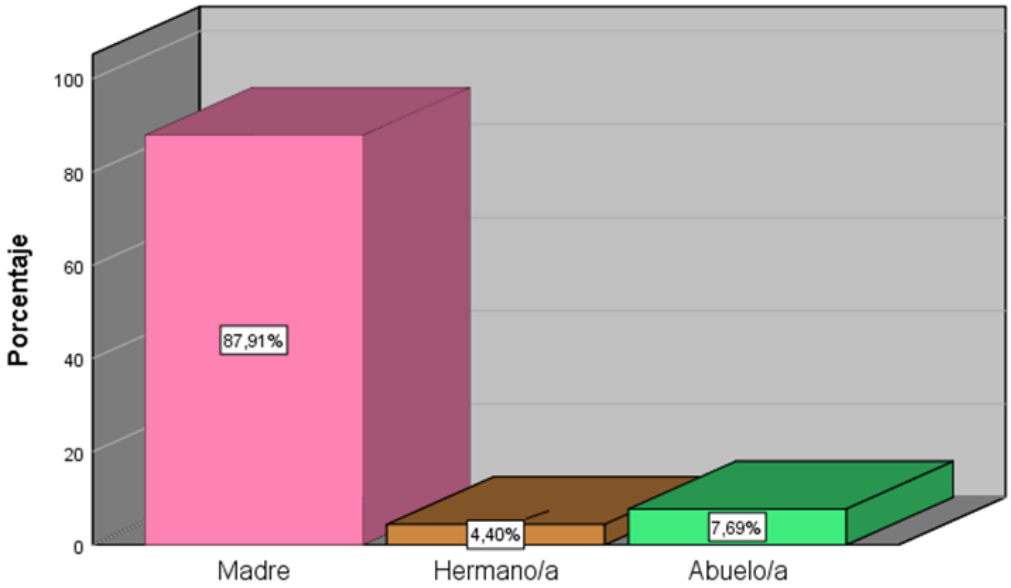


Figura 6. Cuidador de los menores
Realizado por: Gramal Amanda y Escobar Luis
Fuente: Fichaje a los niños y niñas de la comunidad Julio Moreno

Análisis

La mayor parte de la población de niñas y niños menores a 5 años se puede identificar que son cuidados por sus madres, así lo demuestran los resultados de las encuestas, mientras el 7,69% y el - 4,40% de los menores son cuidados por sus abuelos y hermanos dado que los padres se encargan de llevar el sustento al hogar y por sus labores no pueden cuidar a sus hijos.

¿Cuántos años tiene usted?

Tabla 2.
Edad de los cuidadores

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	21- 25 años	50	54,9	54,9	54,9
	26-30 años	30	33,0	33,0	87,9
	Más de 30 años	11	12,1	12,1	100,0
	Total	91	100,0	100,0	

Realizado por: Gramal Amanda y Escobar Luis
Fuente: Fichaje a los niños y niñas de la comunidad Julio Moreno

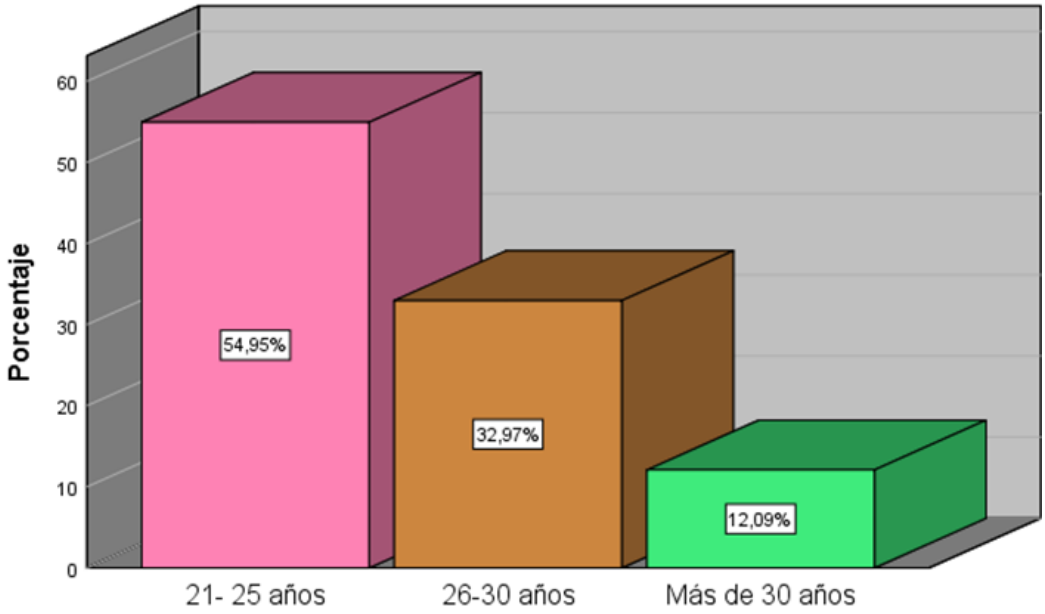


Figura 7. Edad de los cuidadores
Realizado por: Gramal Amanda y Escobar Luis
Fuente: Fichaje a los niños y niñas de la comunidad Julio Moreno

Análisis

La grafica demuestra, que la mayor parte de quienes se encargan del cuidado de los menores están entre las edades de 21-25 años, formando parte de este rango el 54,95% de los cuidadores porcentaje más representativo, mientras que el 32,97% de las personas tienen de 26 a 30 años y un 12,09% sobrepasan este último valor.

¿Cuál es su nivel de estudio?

Tabla 3.
Nivel de instrucción de los cuidadores

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Alfabetización	15	16,5	16,5	16,5
	Primaria	60	65,9	65,9	82,4
	Secundaria – Bachiller	16	17,6	17,6	100,0
	Total	91	100,0	100,0	

Realizado por: Gramal Amanda y Escobar Luis
Fuente: Fichaje a los niños y niñas de la comunidad Julio Moreno

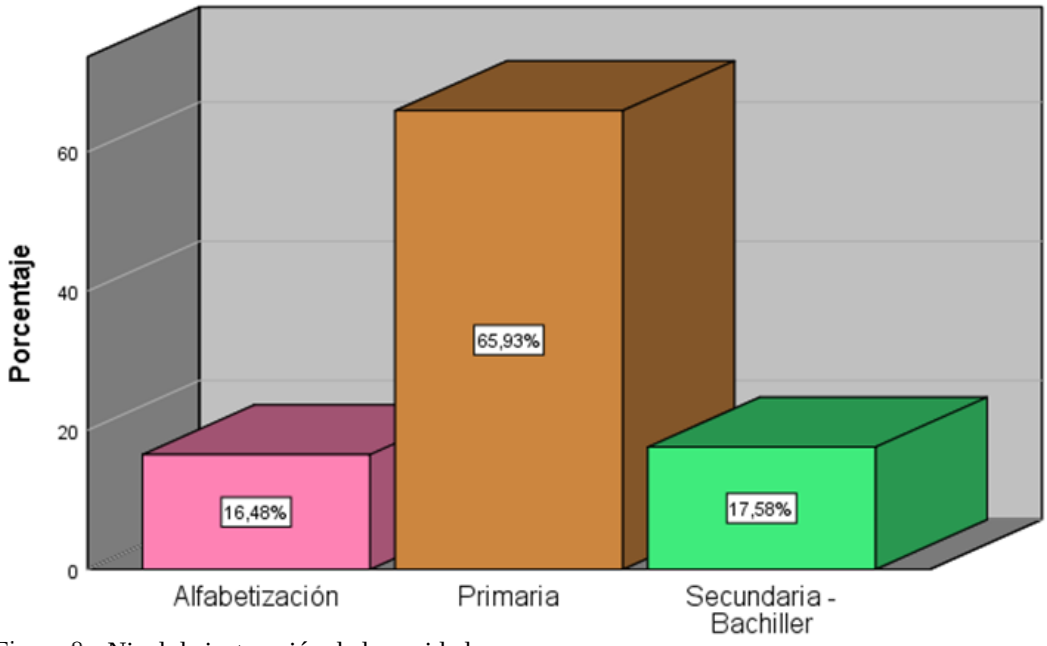


Figura 8. Nivel de instrucción de los cuidadores
Realizado por: Gramal Amanda y Escobar Luis
Fuente: Fichaje a los niños y niñas de la comunidad Julio Moreno

Análisis

De acuerdo a los resultados recogidos por medio de las encuestas, se ha logrado conocer que la mayor parte de los cuidadores de los niños cuentan con un nivel de instrucción de primaria (65,93%), seguido del 17,58% que ha logrado llegar a ser bachiller y un 16,48% solamente se ha preparado gracias a los programas de alfabetización.

¿En qué trabaja usted?

Tabla 4.
Trabajo en el que se encuentra actualmente

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Agricultor	80	87,9	87,9	87,9
	Ama de casa	11	12,1	12,1	100,0
	Total	91	100,0	100,0	

Realizado por: Gramal Amanda y Escobar Luis
Fuente: Fichaje a los niños y niñas de la comunidad Julio Moreno

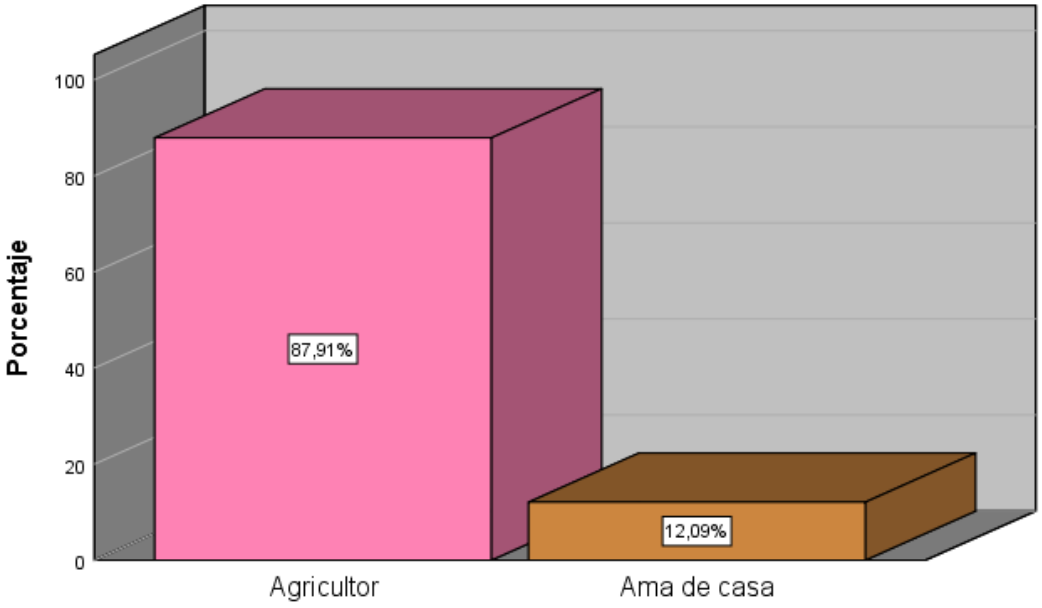


Figura 9. Trabajo en el que se encuentra actualmente
Realizado por: Gramal Amanda y Escobar Luis
Fuente: Fichaje a los niños y niñas de la comunidad Julio Moreno

Análisis

De acuerdo al procesamiento de información obtenida por medio de las encuestas, se puede establecer que la actividad económica predominante en estas comunidades es la agricultura, siendo la práctica de la mayoría de los cuidadores de los niños (87,91%), seguido de una menor cantidad de personas que se dedican a ser amas de casa.

¿Con cuánto dinero cuenta mensualmente dentro del hogar?

Tabla 5.

Ingresos mensuales en su hogar

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	$50-$100	85	93,4	93,4	93,4
	$100- $200	6	6,6	6,6	100,0
	Total	91	100,0	100,0	

Realizado por: Gramal Amanda y Escobar Luis
Fuente: Fichaje a los niños y niñas de la comunidad Julio Moreno

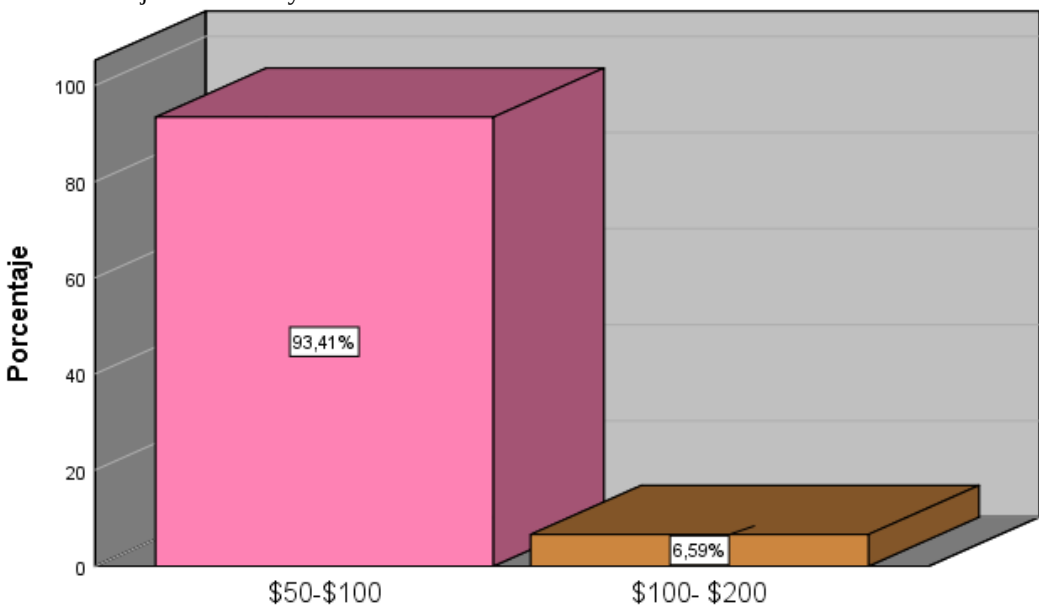


Figura 10. Ingresos mensuales en su hogar
Realizado por: Gramal Amanda y Escobar Luis
Fuente: Fichaje a los niños y niñas de la comunidad Julio Moreno

Análisis

Dado a que la mayor parte de la población que están al cuidado de los niños, se dedican a la agricultura, estos no cuentan con ingresos superiores a los 100 dólares mensuales (93,41%) siendo una condicionante a la hora de adquirir sus alimentos.

¿Cómo está construida su vivienda?

Tabla 6.
De que está construida su vivienda

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Hormigo	10	11,0	11,0	11,0
	Mixta	11	12,1	12,1	23,1
	Adobe	50	54,9	54,9	78,0
	Tapial	20	22,0	22,0	100,0
	Total	91	100,0	100,0	

Realizado por: Gramal Amanda y Escobar Luis
Fuente: Fichaje a los niños y niñas de la comunidad Julio Moreno

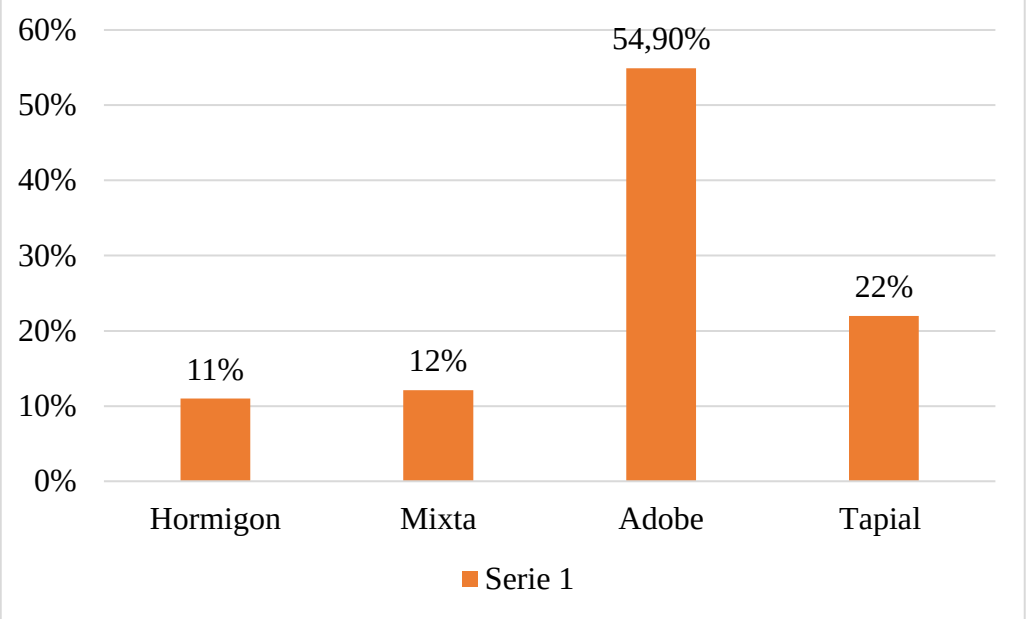


Figura 11. Representacion gráfica antropometría niños de 0 a 23 meses
Realizado por: Gramal Amanda y Escobar Luis
Fuente: Fichaje a los niños y niñas de la comunidad Julio Moreno

Análisis

En las comunidades donde se realizó las encuestas, la mayor parte de las viviendas están construidas por materiales como el adobe (54,95%), además existen construcciones de tipo mixtas (adobe, tapial, hormigón), estos podrían considerar como uno de los posibles causantes de enfermedades en los niños dado que por su composición se despegan partículas de polvo lo cual puede causar problemas en la salud.

¿De dónde proviene el agua que usted consume?

Tabla 7.
Origen del agua potable que consume

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Entubada	30	33,0	33,0	33,0
	Potable	40	44,0	44,0	76,9
	Pozo	21	23,1	23,1	100,0
	Total	91	100,0	100,0	

Realizado por: Gramal Amanda y Escobar Luis
Fuente: Fichaje a los niños y niñas de la comunidad Julio Moreno

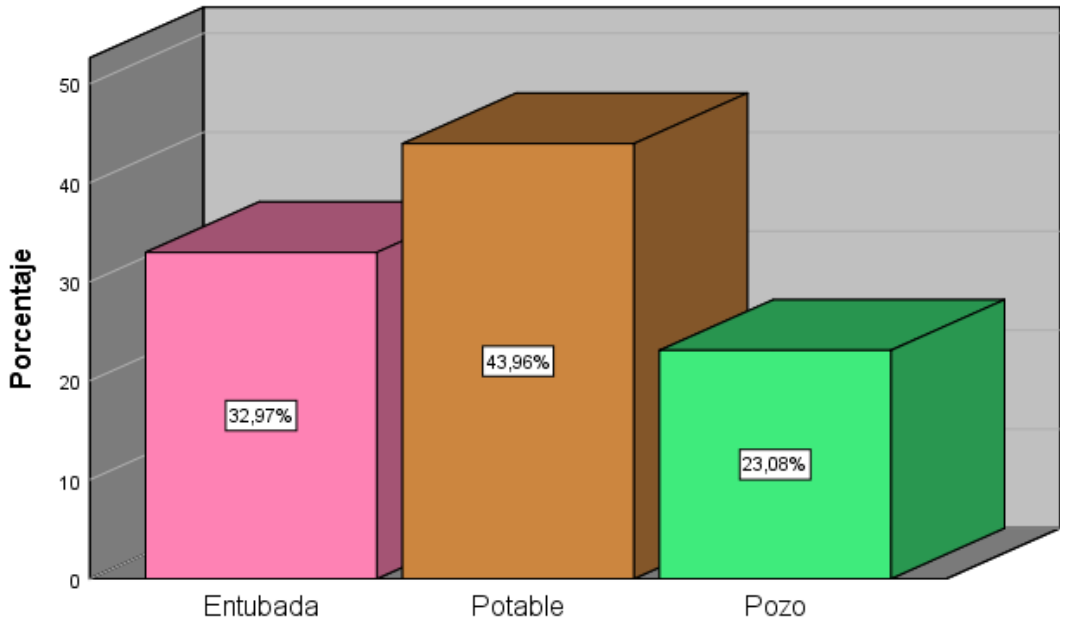


Figura 12. Origen del agua potable que consume
Realizado por: Gramal Amanda y Escobar Luis
Fuente: Fichaje a los niños y niñas de la comunidad Julio Moreno

Análisis

La mayor parte de la muestra no cuenta con el servicio de agua potable ya que el agua que consumen proviene del pozo o entubada (23,08% - 32,97%), pudiendo ser causante de que los menores sufran problemas como parasitosis a causa de que estas aguas no son tratadas o las vertientes no se limpian continuamente.

¿Con cuál de estos sistemas cuenta?

Tabla 8.
Servicios con los que cuenta su hogar

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Alcantarillado	30	33,0	33,0	33,0
	Pozo séptico	61	67,0	67,0	100,0
	Total	91	100,0	100,0	

Realizado por: Gramal Amanda y Escobar Luis
Fuente: Fichaje a los niños y niñas de la comunidad Julio Moreno

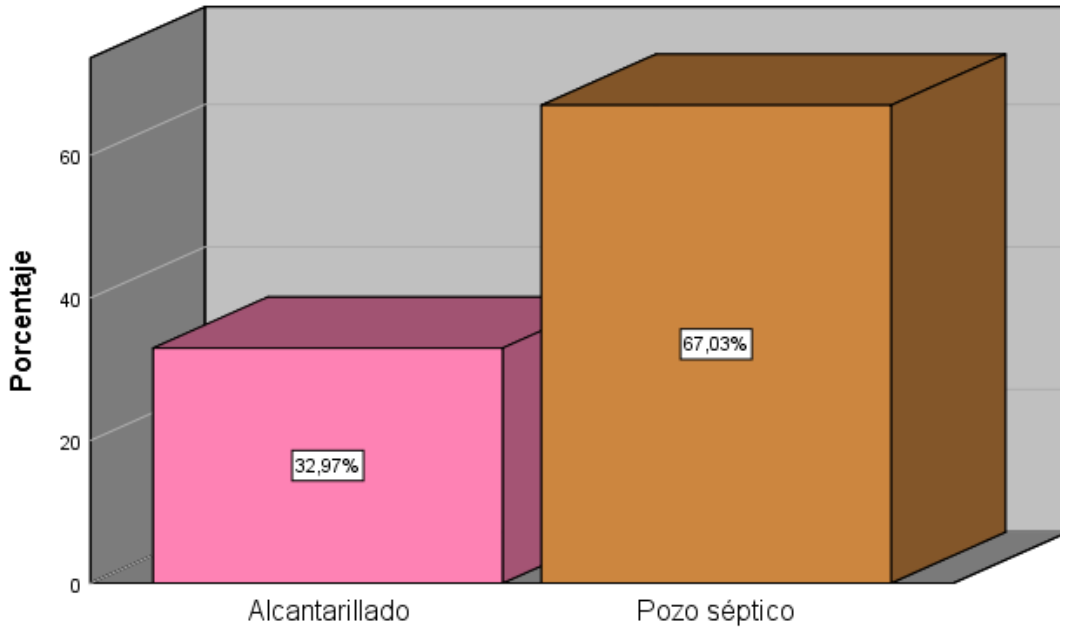


Figura 13. Servicios con los que cuenta su hogar
Realizado por: Gramal Amanda y Escobar Luis
Fuente: Fichaje a los niños y niñas de la comunidad Julio Moreno

Análisis

De cada 91 personas encargadas del cuidado de los menores 61 cuentan con pozo séptico (67%) como servicio básico lo que puede ocasionar daños en la salud de la población.

¿Qué tipo de alimentación tiene el niño?

Tabla 9.
Tipo de alimentación del niño

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Lactancia materna más alimentación complementaria	38	41,8	41,8	41,8
	Solo comida	53	58,2	58,2	100,0
	Total	91	100,0	100,0	

Realizado por: Gramal Amanda y Escobar Luis
Fuente: Fichaje a los niños y niñas de la comunidad Julio Moreno

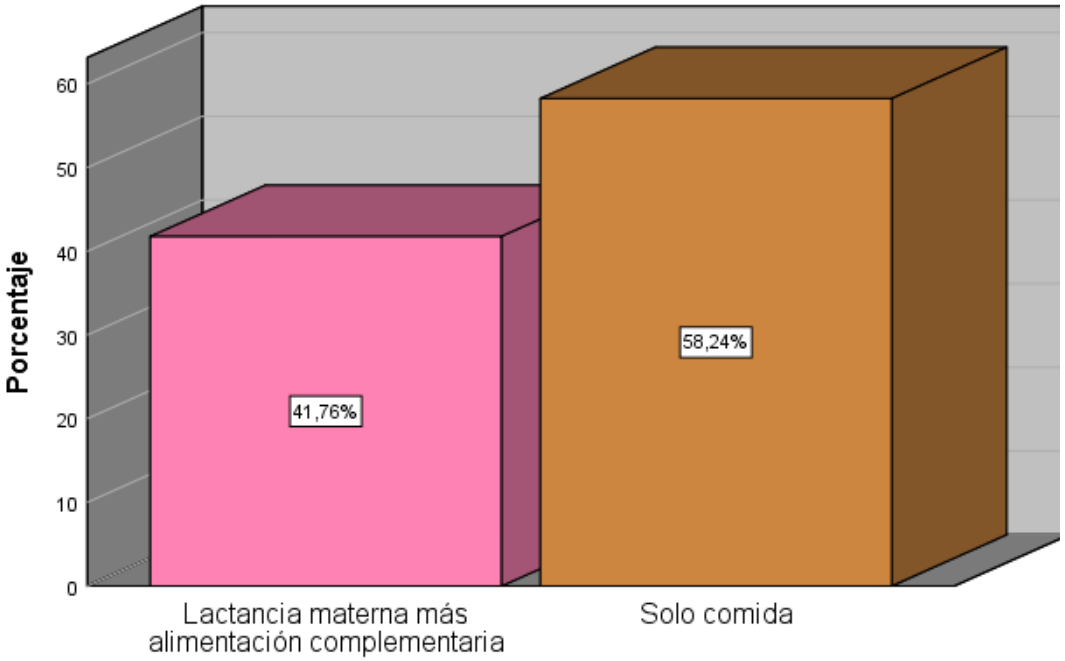


Figura 14. Tipo de alimentación del niño
Realizado por: Gramal Amanda y Escobar Luis
Fuente: Fichaje a los niños y niñas de la comunidad Julio Moreno

Análisis

El 58,24% de las personas que se encargan de cuidar a los infantes de las comunidades alimentan a los niños solo con comida, seguido de quienes se alimentan con leche materna y alimentación complementaria 41,76%.

¿Cada cuanta hora da de lactar a su niño o niña?

Tabla 10.

Frecuencia con la que le da de lactar al niño o niña

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido				
2 horas	25	27.5	27.5	27.5
4 horas	13	14.3	14.3	41.8
6 horas	53	58.2	58.2	100,0
Total	91	100,0	100,0	

Realizado por: Gramal Amanda y Escobar Luis
Fuente: Fichaje a los niños y niñas de la comunidad Julio Moreno

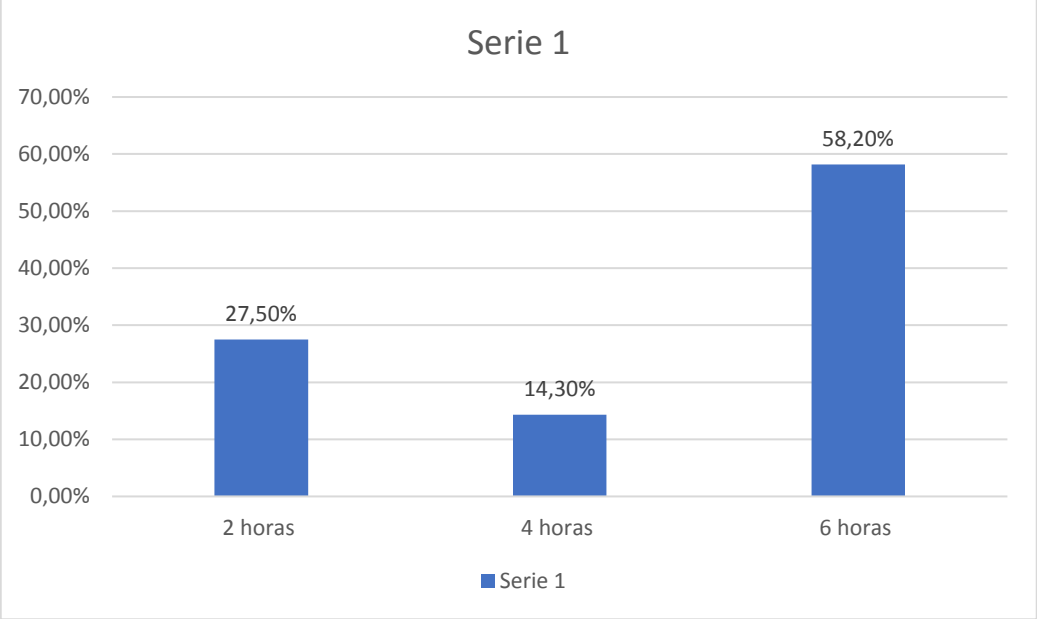


Figura 15. Frecuencia con la que le da de lactar al niño o niña
Realizado por: Gramal Amanda y Escobar Luis
Fuente: Fichaje a los niños y niñas de la comunidad Julio Moreno

Análisis

Los niños menores de 2 años son quienes tiene más frecuencia de lactancia razón por la cual tenemos que de 2 a 4 horas lactan en un 41.8% y el porcentaje 58% corresponde a los niños mayores de 2 años razón por la cual ellos lactan cada 6 horas.

¿Cuántas comidas al día le brinda a su niño o niña?

Tabla 11.

Cantidad de comidas que le brinda a su niño o niña al día

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	5 comidas	10	11,0	11,0	11,0
	4 comidas	50	54,9	54,9	65,9
	3 comidas	20	22,0	22,0	87,9
	2 comidas	11	12,1	12,1	100,0
	Total	91	100,0	100,0	

Realizado por: Gramal Amanda y Escobar Luis
Fuente: Fichaje a los niños y niñas de la comunidad Julio Moreno

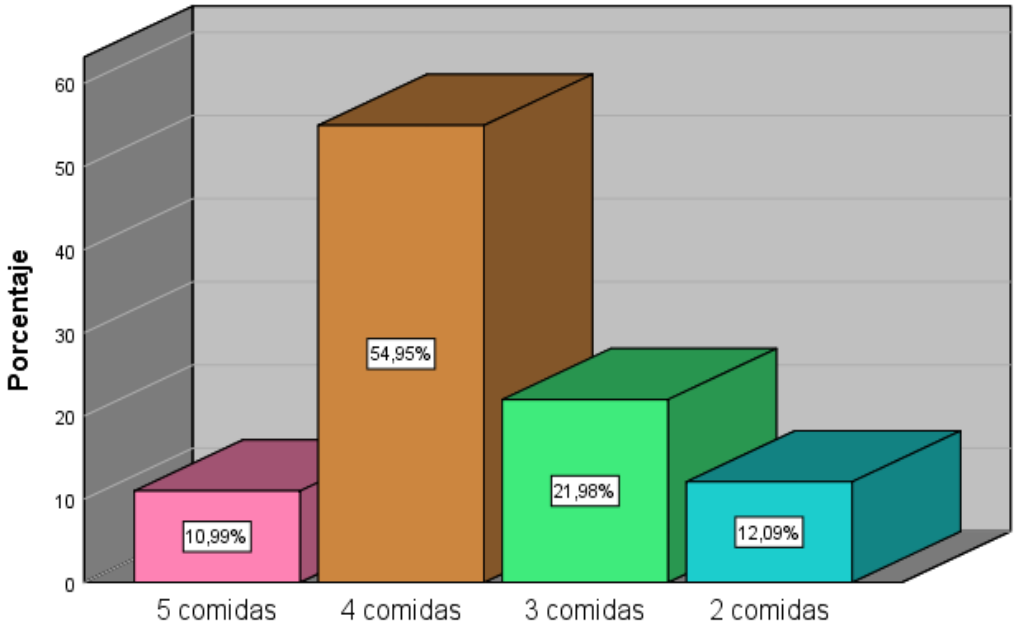


Figura 16. Cantidad de comidas que le brinda a su niño o niña al día F
Realizado por: Gramal Amanda y Escobar Luis
Fuente: Fichaje a los niños y niñas de la comunidad Julio Moreno

Análisis

Los niños y niñas que reciben la alimentación 4 y 5 veces al día son aquellos que acuden al CNH razón por la cual tenemos en un 64.9% de la población que recibe los alimentos en este tipo de frecuencia, mientras que los demás porcentajes correspondientes a 3comidas (22%) y 2(12%) comidas son los que no asisten a los CHN.

¿Qué alimentos recibe el niño o niña durante sus comidas?

Tabla 12.
Alimentos que le da al niño o niña durante sus comidas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Lácteos, carbohidratos, frutas, verduras, comida chatarra	5	5,5	5,5	5,5
	Carbohidratos, verduras, comida chatarra	50	54,9	54,9	60,4
	Verduras, comida chatarra, carbohidratos	30	33,0	33,0	93,4
	Verduras, lácteos, carbohidratos	6	6,6	6,6	100,0
	Total	91	100,0	100,0	

Realizado por: Gramal Amanda y Escobar Luis
Fuente: Fichaje a los niños y niñas de la comunidad Julio Moreno

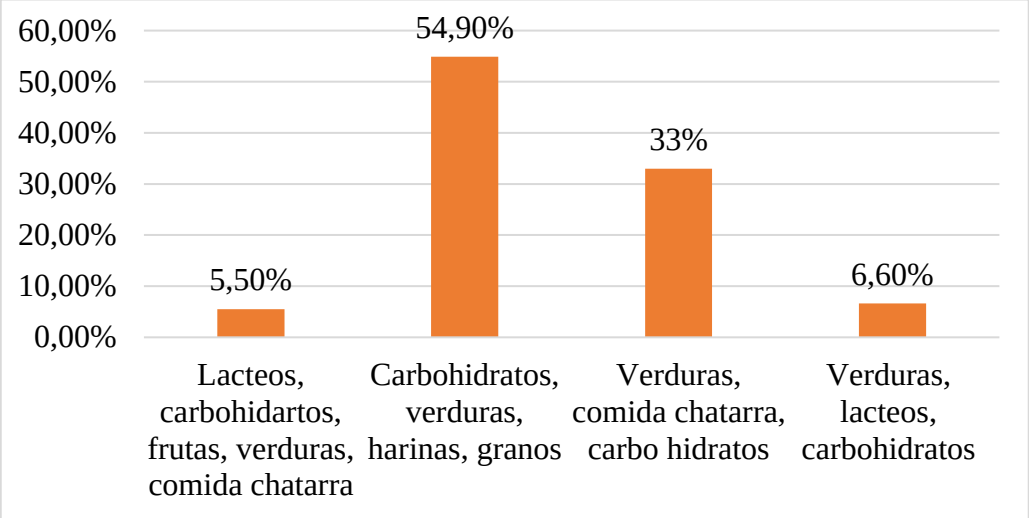


Figura 18. Alimentos que le da al niño o niña durante sus comidas
Realizado por: Gramal Amanda y Escobar Luis
Fuente: Fichaje a los niños y niñas de la comunidad Julio Moreno

Análisis

El 54,9% de las personas que cuidan a los menores mencionaron que la alimentación que les brindan a sus niños y niñas está conformada por Carbohidratos, verduras, harina y granos ya que algunos de estos se cultivan en la misma zona como es el caso de la cebada, trigo, maíz, frejol, mientras que los demás mencionaron otros tipos de alimentos que no son en porcentajes altos.

¿Le lleva a su niño regularmente a los controles en el centro de salud?

Tabla 13.

Acude usted con su niño a los controles en el centro de salud

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	70	76,9	76,9	76,9
	NO	21	23,1	23,1	100,0
	Total	91	100,0	100,0	

Realizado por: Gramal Amanda y Escobar Luis
Fuente: Fichaje a los niños y niñas de la comunidad Julio Moreno

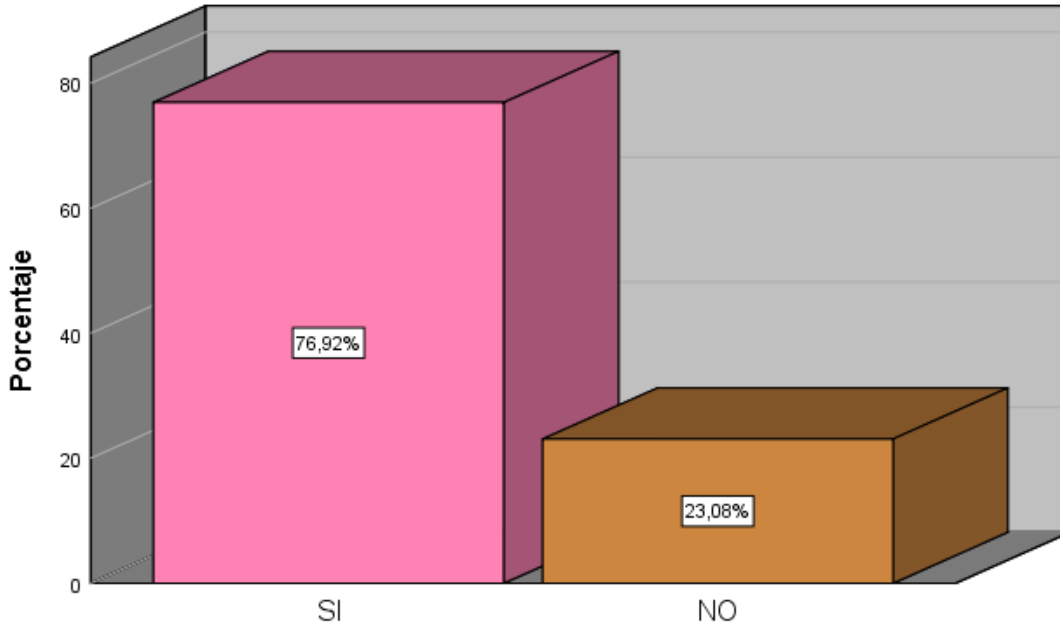


Figura 19. Normalmente asiste con su niño a los controles en el centro de salud
Realizado por: Gramal Amanda y Escobar Luis
Fuente: Fichaje a los niños y niñas de la comunidad Julio Moreno

Análisis

El grafico demuestra que la mayoría de los cuidadores (76.92%) realizan controles a sus niños en Unidad de Salud de la localidad, mientras que el 23.08% mencionan que son atendidos en otros lugares.

¿Qué factor limita el consumo de alimentos en su hogar?

Tabla 14.

Factores que limitan el consumo de alimentos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Medios de transporte	30	33,0	33,0	33,0
	Religión	10	11,0	11,0	44,0
	Cultura	11	12,1	12,1	56,0
	Ingresos económicos	40	44,0	44,0	100,0
	Total	91	100,0	100,0	

Realizado por: Gramal Amanda y Escobar Luis

Fuente: Fichaje a los niños y niñas de la comunidad Julio Moreno

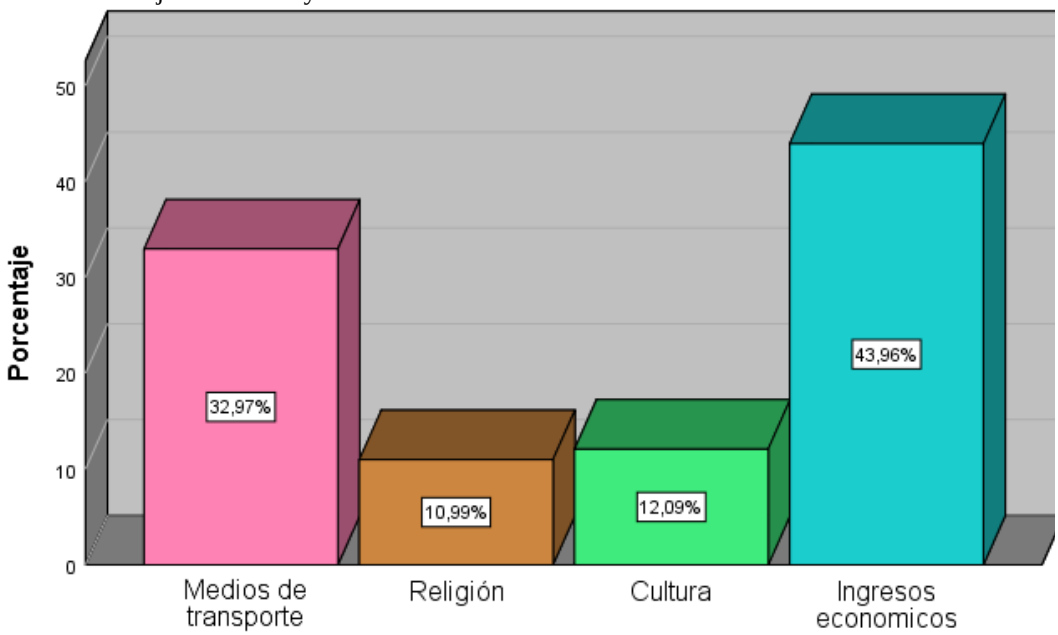


Figura 20. Factores que limitan el consumo de alimentos

Realizado por: Gramal Amanda y Escobar Luis

Fuente: Fichaje a los niños y niñas de la comunidad Julio Moreno

Análisis

La realidad de nuestros pueblos es que la mayor parte de estos se dedican a la agricultura la cual no genera muchos recursos económicos, manifestaron los cuidadores de los niños que en varias ocasiones les pagan 7 dólares el día lo que no les representan un ingreso económico sustentable y se ha convertido en un factor condicionante del estado nutricional (43,96%) al igual que existe un limitado servicio de transporte público hacia esta zona. (32,97%).

CAPÍTULO 4

RESULTADOS O LOGROS ALCANZADOS SEGÚN LOS OBJETIVOS PLANTEADOS

Resultados o logros alcanzados según los objetivos		
N°	**Objetivos**	**Logros**
1	Identificar las características antropométricas (peso, talla) de los niños y niñas menores de cinco años, de las comunidades de Julio Moreno, que permitan la evaluación del estado nutricional de la población.	Una vez que se llevó a cabo el procesamiento de la información por medio del software Who Anthro y aplicando los indicadores antropométricos se obtuvo lo siguiente: **peso/talla;** 1 infante con sobrepeso, 15 niños/as con posible riesgo de sobrepeso, con normalidad tenemos 36 infantes y 1 niño emaciado. **Peso/ longitud;** posible riesgo de sobrepeso 7 infantes, normales 30 niños/as y 1 niño emaciado. **Longitud, talla/edad;** 29 niños/as normales, baja talla 30 infantes y 32 con baja talla severa. **Peso/edad;** normales 72 infantes, bajo peso 15 niños y niñas, 4 niños con bajo peso severo. **Índice de masa corporal para la edad;** 4 niños con sobrepeso, 25 infantes con posible riesgo de sobrepeso, 64 niños y niñas dentro de lo normal, 2 con emaciación.
2	Conocer los factores que condicionan el estado nutricional de los niños/as menores de cinco años de las comunidades de Julio Moreno.	Para el análisis de estos resultados se consideró algunos criterios, tales como: **Condiciones demográficas de los cuidadores** Los niños están al cuidado en su mayoría de las madres, su nivel de educación es la primaria y su ocupación es la agricultura. **Condiciones sociales** La mayor parte de la población no cuenta con agua potable, alcantarillado y sus viviendas están construidas con adobe. **Condiciones económicas** Dentro de este la población percibe un salario de 50 a 100 dólares mensuales, lo que constituye un limitante importante para adquirir alimentos.

3	Socializar los resultados obtenidos en el proyecto investigativo al personal que labora en el centro de salud de julio moreno y con la población en estudio con fines de promoción y prevención.	La socialización del documento permite informar a los encargados de la unidad de salud así como a la población, sobre el estado nutricional de los niños y niñas de la comunidad de Julio Moreno, para que se tome acciones de control que favorezcan al grupo de niños menores de cinco años.
Realizado por: Gramal Amanda y Escobar Luis		

Referencias sobre los puntos z según los indicadores antropométricos aplicados

Población de niñas menores a 5 años										
Nº ID	Sexo	Fecha de nac.	Edad (d)	Edad (m)	Peso (kg)	Talla (cm)	PTZ	ZT/E	ZP/E	ZIMC/E
1	Femenino	24/02/2018	233	7,66	5,9	57,9	1,1	-4,41	-2,38	0,47
2	Femenino	28/01/2018	260	8,54	7,7	67	0,25	-1,05	-0,42	0,24
3	Femenino	21/12/2017	298	9,79	9,1	70	1,17	-0,49	0,62	1,21
4	Femenino	15/11/2017	334	10,97	8,4	70,5	0,18	-0,89	-0,3	0,28
5	Femenino	11/11/2017	338	11,1	6	62	-0,67	-4,32	-3,17	-0,62
6	Femenino	26/08/2017	415	13,63	6,7	68	-1,64	-2,99	-2,78	-1,27
7	Femenino	28/06/2017	474	15,57	8,9	74,1	-0,1	-1,46	-0,73	0,19
8	Femenino	11/06/2017	491	16,13	8,85	74	-0,14	-1,69	-0,87	0,19
9	Femenino	25/01/2017	628	20,63	8,7	73	-0,08	-3,39	-1,79	0,56
10	Femenino	22/01/2017	631	20,73	9	76,2	-0,45	-2,36	-1,52	-0,03
11	Femenino	16/12/2016	668	21,95	8,8	77,5	-1	-2,26	-1,9	-0,65
12	Femenino	20/11/2017	329	10,81	8,2	68,5	0,47	-1,6	-0,46	0,64
13	Femenino	03/09/2016	772	25,36	11,2	82,5	0,42	-1,34	-0,4	0,59
14	Femenino	03/09/2016	772	25,36	11,2	82,5	0,42	-1,34	-0,4	0,59
15	Femenino	26/08/2016	780	25,63	6,7	68	-1,86	-5,78	-4,6	-0,92
16	Femenino	26/08/2016	780	25,63	6,7	68	-1,86	-5,78	-4,6	-0,92
17	Femenino	20/03/2016	939	30,85	12	82,2	1,24	-2,56	-0,56	1,55
18	Femenino	10/03/2016	949	31,18	11,8	85	0,39	-1,83	-0,74	0,61
19	Femenino	12/02/2016	976	32,07	12,9	84	1,6	-2,27	-0,12	1,88
20	Femenino	15/12/2015	1035	34	10,5	80	0,29	-3,67	-2,03	0,71
21	Femenino	15/12/2015	1035	34	9,9	80	-0,37	-3,67	-2,53	0,03
22	Femenino	03/11/2015	1077	35,38	12,15	87,9	0,03	-1,78	-0,97	0,24
23	Femenino	07/10/2015	1104	36,27	13	89	0,53	-1,63	-0,52	0,74
24	Femenino	30/08/2015	1142	37,52	13,7	91	0,67	-1,31	-0,24	0,84
25	Femenino	31/05/2015	1233	40,51	13	89	0,53	-2,27	-0,94	0,77
26	Femenino	11/04/2015	1283	42,15	11,7	89	-0,66	-2,49	-1,93	-0,41
27	Femenino	11/04/2015	1283	42,15	11,7	89	-0,66	-2,49	-1,93	-0,41
28	Femenino	25/03/2015	1300	42,71	12,5	86,5	0,67	-3,17	-1,45	0,97
29	Femenino	15/02/2015	1338	43,96	12	86,8	0,14	-3,25	-1,89	0,45
30	Femenino	20/01/2015	1364	44,81	15,2	97	0,59	-0,91	-0,14	0,61
31	Femenino	20/01/2015	1364	44,81	15,2	97	0,59	-0,91	-0,14	0,61

32	Femenino	01/01/2015	1383	45,44	11,9	89	-0,46	-2,9	-2,07	-0,19
33	Femenino	26/11/2014	1419	46,62	9,8	87,5	-2,39	-3,39	-3,67	-2,04
34	Femenino	19/11/2014	1426	46,85	15,3	94,5	1,16	-1,77	-0,26	1,23
35	Femenino	07/10/2014	1469	48,26	13,8	89	1,18	-3,22	-1,15	1,39
36	Femenino	09/09/2014	1497	49,18	12	90	-0,59	-3,08	-2,3	-0,32
Realizado por: Gramal Amanda y Escobar Luis										
Fuente: Fichaje niñas de la comunidad Julio Moreno										

Población de niños menores a 5 años										
Nº ID	Sexo	Fecha de nac.	Edad (d)	Edad (m)	Peso (kg)	Talla (cm)	PTZ	ZT/E	ZP/E	ZIMC/E
1	Masculino	09/04/2018	189	6,21	7,4	63	1,05	-2,31	-0,73	0,87
2	Masculino	05/03/2018	224	7,36	7,2	67	-0,89	-1,23	-1,42	-0,94
3	Masculino	17/02/2018	240	7,89	8,3	66,8	0,92	-1,65	-0,3	0,9
4	Masculino	17/12/2017	302	9,92	8,2	66	1,06	-3,15	-1	1,2
5	Masculino	17/12/2017	302	9,92	8,2	66	1,06	-3,15	-1	1,2
6	Masculino	01/12/2017	318	10,45	6,9	69,5	-2,34	-1,89	-2,69	-2,23
7	Masculino	11/11/2017	338	11,1	8,7	69	0,72	-2,43	-0,74	0,95
8	Masculino	27/10/2017	353	11,6	8,4	68	0,64	-3,08	-1,17	0,92
9	Masculino	10/10/2017	370	12,16	9,1	74,3	-0,34	-0,69	-0,57	-0,22
10	Masculino	09/10/2017	371	12,19	7,8	71,5	-1,44	-1,87	-1,97	-1,21
11	Masculino	18/09/2017	392	12,88	8,45	71,5	-0,44	-2,18	-1,39	-0,12
12	Masculino	28/08/2017	413	13,57	7,6	67	-0,22	-4,3	-2,49	0,24
13	Masculino	03/08/2017	438	14,39	9,7	77	-0,24	-0,59	-0,44	-0,11
14	Masculino	03/08/2017	438	14,39	9,7	77	-0,24	-0,59	-0,44	-0,11
15	Masculino	25/07/2017	447	14,69	8,7	73,7	-0,73	-2,03	-1,48	-0,36
16	Masculino	26/06/2017	476	15,64	10,1	72,6	1,37	-2,82	-0,31	1,91
17	Masculino	16/05/2017	517	16,99	8	70	-0,63	-4,26	-2,64	0,07
18	Masculino	06/05/2017	527	17,31	9	70	0,8	-4,35	-1,64	1,54
19	Masculino	04/04/2017	559	18,37	9,7	77	-0,24	-2,07	-1,14	0,2
20	Masculino	04/04/2017	559	18,37	9,7	77	-0,24	-2,07	-1,14	0,2
21	Masculino	27/03/2017	567	18,63	8,5	74,3	-1,18	-3,14	-2,36	-0,56

22	Masculino	27/03/2017	567	18,63	8,5	74,3	-1,18	-3,14	-2,36	-0,56
23	Masculino	11/03/2017	583	19,15	8,6	73,7	-0,87	-3,51	-2,34	-0,17
24	Masculino	08/12/2016	676	22,21	9,6	74	0,38	-4,15	-1,82	1,27
25	Masculino	08/12/2016	676	22,21	9,6	74	0,38	-4,15	-1,82	1,27
26	Masculino	17/10/2016	728	23,92	12	81,9	1,24	-1,92	-0,1	1,58
27	Masculino	12/10/2016	733	24,08	12	85,5	0,21	-0,55	-0,12	0,31
28	Masculino	01/09/2016	774	25,43	10,7	82,5	-0,43	-1,86	-1,31	-0,2
29	Masculino	20/08/2016	786	25,82	11	75,2	1,5	-4,25	-1,12	2,41
30	Masculino	20/08/2016	786	25,82	11	75,2	1,5	-4,25	-1,12	2,41
31	Masculino	13/08/2016	793	26,05	11,8	83,6	0,49	-1,65	-0,54	0,73
32	Masculino	22/07/2016	815	26,78	12,15	81,5	1,32	-2,46	-0,38	1,72
33	Masculino	15/07/2016	822	27,01	11	80,4	0,38	-2,85	-1,27	0,85
34	Masculino	13/07/2016	824	27,07	10,9	80	0,36	-2,99	-1,36	0,86
35	Masculino	04/06/2016	863	28,35	12,5	82,5	1,43	-2,47	-0,33	1,82
36	Masculino	13/05/2016	885	29,08	10,4	81,6	-0,57	-2,87	-2	-0,17
37	Masculino	07/05/2016	891	29,27	11	81	0,25	-3,09	-1,54	0,73
38	Masculino	07/05/2016	891	29,27	11	81	0,25	-3,09	-1,54	0,73
39	Masculino	23/03/2016	936	30,75	12,7	82,8	1,54	-2,81	-0,48	1,99
40	Masculino	25/02/2016	963	31,64	14,1	84,8	2,29	-2,38	0,31	2,68
41	Masculino	27/11/2015	1053	34,6	12,5	84	1,08	-3,06	-1,01	1,54
42	Masculino	23/11/2015	1057	34,73	12,8	84,5	1,24	-2,95	-0,82	1,69
43	Masculino	23/11/2015	1057	34,73	12,5	84	1,08	-3,08	-1,02	1,55
44	Masculino	20/09/2015	1121	36,83	12	88	-0,42	-2,3	-1,56	-0,06
45	Masculino	08/09/2015	1133	37,22	10,8	85,5	-1,1	-3,02	-2,47	-0,66
46	Masculino	08/09/2015	1133	37,22	10,8	85,5	-1,1	-3,02	-2,47	-0,66
47	Masculino	03/09/2015	1138	37,39	12,8	82,7	1,66	-3,79	-1,07	2,26
48	Masculino	03/09/2015	1138	37,39	12,4	89,1	-0,27	-2,09	-1,33	0,05
49	Masculino	10/08/2015	1162	38,18	13	86,5	0,93	-2,89	-1,01	1,38
50	Masculino	23/07/2015	1180	38,77	12,3	89	-0,35	-2,31	-1,52	0,01
51	Masculino	23/07/2015	1180	38,77	12	88	-0,42	-2,57	-1,73	-0,02
52	Masculino	07/05/2015	1257	41,3	15,2	94	1,16	-1,38	-0,02	1,31
53	Masculino	15/04/2015	1279	42,02	13,1	92,7	-0,39	-1,81	-1,29	-0,16
54	Masculino	23/02/2015	1330	43,7	13,5	90	0,57	-2,69	-1,18	0,96
55	Masculino	28/07/2014	1540	50,6	17,6	101	1,4	-0,88	0,37	1,41
Realizado por: Gramal Amanda y Escobar Luis										
Fuente: Fichaje niños de la comunidad Julio Moreno										

Una vez finalizado la aplicación de los indicadores antropométricos de acuerdo a la guía de los rangos de normalidad nutricional de los puntos Z se obtuvo lo siguiente:

Los participantes del estudio están conformados por 91 niños y niñas.

- Indicador antropométrico peso para la talla aplicada a niños y niñas de 24 a 59 meses.
  Sobrepeso: 1
  Posible riesgo de sobrepeso: 15.
  Normal: 36
  Emaciado: 1
- Indicador antropométrico peso para la longitud realizada a los infantes de 6 a 23 meses.
  Posible riesgo de sobrepeso: 7
  Normal: 30
  Emaciado: 1
- Indicador longitud, talla /edad:
  Normal: 29
  Baja talla: 30
  Baja talla severa: 32
- Indicador antropométrico peso para la edad:
  Normal: 72
  Bajo peso: 15
  Bajo peso severo: 4
- Indicador antropométrico índice de masa corporal para la edad:
  Sobrepeso: 4
  Posible riesgo de sobrepeso: 21
  Normal: 64
  Emaciado 2

CAPÍTULO 5

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Luego de culminar el trabajo investigativo se concluye que:

1. La población conformada es de 91 niños y niñas, de estos 38 son niños y niñas menores de dos años quienes demuestran que según el peso para la longitud tenemos 18% con posible riesgo de sobrepeso y 3% con emaciación mientras que los niños de 24 a 59 meses según peso para la talla tenemos un 28% con posible riesgo de sobrepeso y 2% con emaciación.
2. Del 100%(91) de los niños y niñas aplicados el indicador antropométrico longitud, talla edad el 68%(62) presentan baja talla y baja talla severa.
3. En relación al nivel económico que es un aspecto importante el 93.41% perciben un ingreso mensual de 50 a 100.
4. En lo referente a la dieta los niños y niñas, ellos consumen un alto porcentaje de carbohidratos, además razón por la cual nos refleja la existencia de niños con riesgo de sobrepeso y sobrepeso.

5.2. Recomendaciones

Se recomienda que:

1. El personal de la unidad de salud realice el control de crecimiento y desarrollo de los niños y niñas siguiendo los lineamientos del Ministerio de Salud Pública.
2. Fortalecer los programas de prevención del estado nutricional y promoción de una alimentación adecuada para los menores de cinco años, así mismo sobre el saneamiento ambiental.
3. Fortalecer el seguimiento y monitoreo a los niños y niñas con problemas nutricionales tanto de déficit o exceso (emaciación, sobrepeso, obesidad).
4. Educar a las madres y cuidadores de los infantes a realizar una dieta equilibrada en base a los alimentos que cuentan en la zona.
5. A la Facultad de Ciencias de la Salud y del Ser Humano a través de la carrera de Enfermería continuar con la planificación, ejecución y evaluación de proyectos de intervención nutricional a las comunidades de la provincia Bolívar.

CAPÍTULO 6

MARCO ADMINISTRATIVO

6.1. Recursos

Talento humano

Autores

AMANDA JUDITH GRAMAL CHARIGUAMAN
LUIS FERNANDO ESCOBAR ESCOBAR

Tutora

LIC. CECILIA VILLAVICENCIO

Materiales

- Equipo de computación
- Internet
- Suministros de oficina (hojas, flash memory, cuadernos, etc.)

Presupuesto

Descripción	Monto
Aporte de los Autores	$ 550,00
Egresos	
Internet	$ 120,00
Suministros de Oficina	$ 50,00
Copias y escaneo	$ 50,00
Impresiones	$ 100,00
Movilización	$ 150,00
Anillados y empastados	$ 80,00
Egresos totales	$ 550,00
Editado por: Gramal Amanda y Escobar Luis	

6.2. Cronograma de actividades

Actividades	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Restauración del tema del proyecto de titulación					
Asignación de tutor					
Aprobación del tema e inicios del trabajo					
Solicitud de apertura para el trabajo del proyecto de titulación en la unidad de salud y las comunidades involucradas en el estudio					
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Formulación del problema					
2. Objetivos Definición de objetivos generales y específicos					
3. justificación de la investigación					
4. MARCO TEÓRICO Antecedentes de la investigación Bases teóricas-científicas Definición de términos					
5. MARCO METODOLÓGICO Nivel de investigación Diseño Población y muestra Técnicas e instrumentos de recolección de datos Técnicas de procesamiento y análisis de datos					
6. RESULTADOS O LOGROS OBTENIDOS SEGÚN LOS OBJETIVOS PLANTEADOS Resultados objetivo general Resultados de los objetivos específicos					
7. Conclusiones y recomendaciones					

Conclusiones y recomendaciones					
8. BIBLIOGRAFÍA Anexos					
9. CORRECCIÓN DEL PRIMER BORRADOR Y CALIFICACIÓN FINAL DEL PROYECTO Asignación de pares académicos					
Editado por: Gramal Amanda y Escobar Luis					

Bibliografía

ACNUR. (17 de Julio de 2018). *Tipos de desnutrición infantil*. Obtenido de https://eacnur.org: https://eacnur.org/blog/tipos-desnutricion-infantil/

Bianciotti, L. (2015). *Síndrome Anémico.* Buenos Aires: UBA.

Cacacho, A. (2016). *Prácticas de alimentación complementaria en lactantes de 6 a 11 meses 29 días de edad que asisten al centro de salud del municipio de san juan Sacatepéquez, Guatemala. julio - noviembre 2015.* . GUATEMALA: UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR.

Cascales, M., & Doadrio, A. (2014). *FISIOLOGÍA DEL APARATO* . Madrid : Anales de la Real Academia Nacional de Farmacia.

Caviedes, L. (2016). *GUÍA TÉCNICA DEL COMPONENTE DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN PARA LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD.* Bogotá: Bienestar Familiar.

Chuchon, Z. (13 de Septiembre de 2017). *NUTRICIÓN*. Obtenido de http://nutriune.blogspot.com: http://nutriune.blogspot.com/2017/09/nutricion-definicion-la-nutricion-es_13.html

Cudi, T. (7 de Abril de 2015). *Nutrientes…¿Qué son?, ¿Dónde están?, ¿Para qué sirven?* Obtenido de grupogamma.com: https://www.grupogamma.com/nutrientes-que-son-donde-estan-para-que-sirven/

Cueva, E., & Gancino, J. (2017). *La Desnutrición en los niños de 1 a 3 años en el Centro Infantil del Buen Vivir de Cochapamba Sur (CIBV) en el periodo de Octubre del 2016 a Febrero del 2017.* Quito: UCE.

Dávila, N., & Jara, E. (2017). *FACTORES ASOCIADOS A LA MALNUTRICIÓN EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE LOS CENTROS DEL BUEN VIVIR*

DE LA PARROQUIA SAN FRANCISCO DEL CANTÓN COTACACHI EN LA PROVINCIA DE IMBABURA DURANTE EL PERÍODO DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2016. Quito: PUCE.

De León, D. (2014). *DETERMINACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS Y PRÁCTICAS ALIMENTARIAS DE NIÑOS CON DESNUTRICIÓN AGUDA EN EL MUNICIPIO DE SAN PEDRO SOLOMA, HUEHUETENANGO, GUATEMALA. GUATEMALA, ABRIL A JUNIO DE 2014.* QUETZALTENANGO: URL.

Diaz, S. (31 de Octubre de 2017). *¿Qué es un Alimento y Qué es un Nutriente? – Guia de nutrición*. Obtenido de musculaciontotal.com: https://www.musculaciontotal.com/nutricion/alimentos-nutricion-nutrientes/

El Fondo de las Naciones Unidas para la infancia. (2013). *Datos y cifras clave sobre nutrición* . Chile : UNICEF.

Fárez, M., & Lapo, E. (2017). *FACTORES FAMILIARES ASOCIADOS AL ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS/AS, SUBCENTRO DE SALUD "LA VICTORIA". SANTA ROSA. 2016.* Cuenca : UC.

Figueroa, G. (2015). *Evaluación Nutricional.* Buenos Aires : FMED.

Gama, D. (5 de Octubre de 2015). *EXCRECIÓN*. Obtenido de http://karimegama.blogspot.com: http://karimegama.blogspot.com/2014/10/excrecion.html

García, E. (2015). *Anemias en pediatría.* Argentina: MS.

Gavidia, J., & Sánchez, P. (2018). *ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS DEL CENTRO DE DESARROLLO DEL BUEN VIVIR PEQUEÑOS TEJEDORES GUANO, NOVIEMBRE 2017- MARZO 2018.* Riobamba : UNC.

Gavilema, J., & Ochoa, A. (2015-2016). *FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y DESNUTRICIÓN EN NIÑOS/AS DE 0 A 4 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD SAN SIMÓN. ABRIL-SEPTIEMBRE DEL 2015.* Guaranda : UEB.

González, P. (2 de Octubre de 2014). *Alimentación y nutrición: ¿En qué se diferencian?* Obtenido de guioteca.com: https://www.guioteca.com/educacion-para-ninos/alimentacion-y-nutricion-en-que-se-diferencian/

Güemes, M., & Muñoz, M. (2015). Obesidad en la infancia y adolescencia. *Pediatr Integral 2015*, 412-427.

Guerrero, K., & Espín, M. (2016). *Evaluación del estado nutricional en niños y adolescentes con Síndrome de Down en FASINARM (Fundación de Asistencia Psicopedagógica para Niños, Adolescentes y Adultos con Discapacidad Intelectual y/o en circunstancias especialmente difíciles).* Guayaquil: UCSG.

Hernández, D. (2013). *ESTADO NUTRICIONAL Y RENDIMIENTO DEPORTIVO EN DEPORTISTAS ADOLESCENTES CUBANOS.* Granada : Universidad de Granada.

Hurtado, A. (2013). *LA SALUD.* Valencia: UV.

IIDENUT. (16 de Febrero de 2014). *NUTRICIÓN CLÍNICA PARA PROFESIONALES DE LA SALUD*. Obtenido de https://nutricionparaprofesionales.wordpress.com/2014/02/16/el-diagnostico-nutricional/

Machado, A. (2017). *ESTADO NUTRICIONAL Y PREVALENCIA DE ANEMIA FERROPÉNICA EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS DEL BARRIO TANGUARÍN – SAN ANTONIO DE IBARRA, PERÍODO 2017*. Ibarra: UTN.

Martínez, C., & Pedrón, C. (2013). Valoración del estado nutricional. *Asociación Española de Pediatría* , 313-318.

Medina, Ó., Vargas, S., Ibáñez, É., & Rodríguez, G. (2014). ESTADO NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICO DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 17 ESCUELAS DEL ÁREA RURAL DEL MUNICIPIO DE LA MESA, CUNDINAMARCA, COLOMBIA, 2012. *Revista Salud Bosque*, 19-28.

Ministerio de Salud Pública. (2018). *Gaceta Desnutrición Semana 32 – 2018.* Ecuador : MSP.

Ortiz, C. (2016). *ASPECTOS GENERALES DE LA ALIMENTACION Y NUTRICION.* San Luis : IFCSL.

Pacheco, G., Pernas, G., Mosqueira, M., Juiz de Trogliero, C., Raineri, F., & Piazza, N. (2012). *Evaluación del crecimiento de niños y niñas.* Argentina : UNICEF.

Pavo García, M., & Muñoz Díaz, M. (2016). Anemia en la edad pediátrica. *Form Act Pediatr Aten Prim.*, 149-155.

Pérez, A. (2015). Alimentación y nutrición infantil. *Publicaciones Didácticas* , 181.

Ramírez, M. C. (26 de Agosto de 2014). *Desnutrición infantil: causas, tipos y repercusiones.* Obtenido de dietistasnutricionistas.es: http://www.dietistasnutricionistas.es/desnutricion-infantil/

Rea, M., & Tocto, D. (2016). *FACTORES SOCIOCULTURALES RELACIONADOS CON LA DESNUTRICIÓN EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN LA COMUNIDAD DE UNGUBI DE LA PARROQUIA DE SAN VICENTE, CANTÓN SAN MIGUEL, PROVINCIA BOLÍVAR, DURANTE LOS MESES DE ABRIL- DICIEMBRE DEL 2015.* Guaranda : UEB.

Rodíguez, M., Menjívar, V., & Espinoza, E. (2013). *Lineamientos técnicos para la evaluación del estado nutricional en el ciclo de vida y desarrollo en la niñez y adolescencia.* El Salvador : Ministerio de Salud.

Romo, & Christia. (2016). *ESTADO NUTRICIONAL Y RENDIMIENTO ESCOLAR EN NIÑOS DE SÉPTIMO Y OCTAVO AÑO, PARROQUIA PICAIHUA, AMBATO, PERÍODO ESCOLAR 2015 – 2016.* Ambato: UNIANDES.

Salazar, C., Feu, S., Vizuete, M., & De la Cruz, E. (2013). MC Y ACTIVIDAD FÍSICA DE LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DE COLIMA. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 569-584.

Solano, A. (2018). *Hábitos alimentarios y su relación con el estado nutricional de los niños en edad preescolar que asisten a la Unidad Educativa "Vicente Rocafuerte" del Cantón el Triunfo- Guayas en el periodo de octubre – febrero del 2018.* Guayaquil: UCSG.

Unidad Técnica de Formación y Desarrollo de Recursos Humanos. (2016). *Nutrición Materno Infantil en los primeros 1000 días de vida* . Guatemala: INCAP.

Universidad de Buenos Aires. (2015). *Guía temática para la asignatura Orientación en Nutrición.* Buenos Aires : UBA.

Velasquez, B. (2018). *RELACIÓN ENTRE EL ESTADO NUTRICIONAL, Y ADMINISTRACIÓN DE VITAMINA A EN NIÑOS DE 6 A 59 MESES, PROVINCIA LOS RÍOS, DISTRITO 12D03 QUEVEDO - MOCACHE, 2016.* Riobamba : ESPOCH.

Anexos

Anexo 1 Marco referencial

Ubicación Geográfica de la Parroquia y sus Límites

Demográficamente se encuentra en el centro de la Provincia Bolívar, en medio de altas cordilleras y barrancos está a lado del camino real.

La parroquia de Julio Moreno se encuentra ubicada a 7 kilómetros de la cabecera cantonal de Guaranda, con una vía accesible hacia el sector no obstante las vías para el resto de sus alrededores son poco accesibles, con un clima de 10 grados centígrados, teniendo como limites, al norte por la parroquia urbana de Guanujo, al sur por la parroquia rural de Santa Fe, al este el cantón Guaranda y al oeste el Cantón Caluma.

Esta Parroquia está situada a 3500 metro sobre el nivel del mar cuenta con una población de cabecera de 580 habitantes, distribuido en 285 y 295 mujeres con una peri ferie de 3839 habitantes 1902 hombres y 1937 mujeres siendo el total de población de 3839 habitantes tanto Urbano como Rural, con una pobreza del 100%, culturas indígenas 65% y un área de 123 kilómetros cuadrados.
Además, la parroquia en su centro cuenta con un barrio denominado "Virgen del Rosario" mientras que existen comunidades a su alrededor tanto de régimen Sierra como régimen Subtropico.

Régimen Sierra	Régimen Subtropico
Huantugcoto	Moraspamba
El Espino	Zarapata
Corralpamba	Los Milagros
Rodeopamba	Musullagta
Sumipamba	Tablas de la Libertad
Cashapamba	Tablas de la Esperanza
Trancapungo	Tablas Grande y
Sipiní	Tablas Chico

Principales actividades económicas de la Parroquia.

Las principales fuentes de ingresos de la parroquia son la agricultura.

Sierra	Subtropico
Trigo	Caña de Azúcar
Cebada	Plátano
Maíz	Lima
Papa	Naranja
Lenteja	Badea
Habas	Granadilla
Mora de castilla	Tomate de Árbol
Quinua	China
Fréjol	Naranjilla
En calidad de Hortalizas toda variedad	Tomate riñón

Culturas y Tradiciones

- Desde 1910 se ha venida realizando las fiestas de la Virgen del Rosario y San Vicente Ferrer los 26, 27, 28 de octubre, es una de las fiestas en la que acogen a propios y extraño.
- Desde el 4 de Julio del 2005, celebran la fiesta de la Virgen María Auxiliadora nacida en la misma Parroquia.
- El 1 de mayo se celebra la creación de la parroquia con diversas actividades.

Población

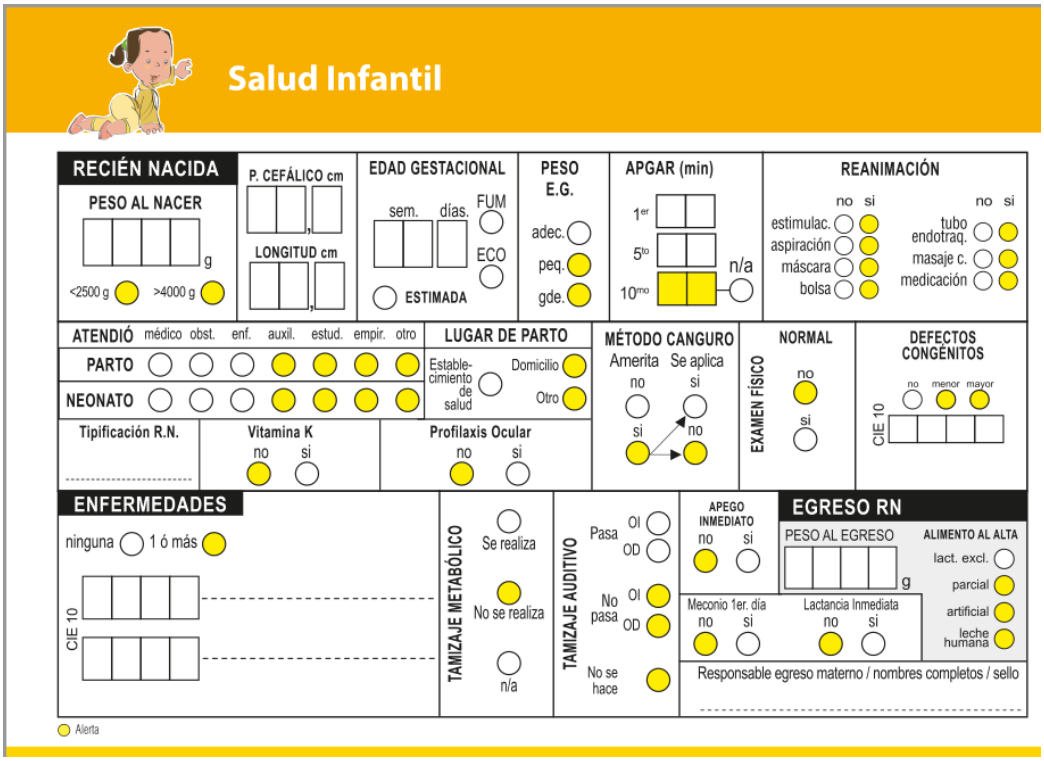
Según el censo de población y vivienda 2010 la población de la parroquia de Julio Moreno es 2948, de ellos 1443 hombres y 1505 mujeres, la población menor de 5 años 388.

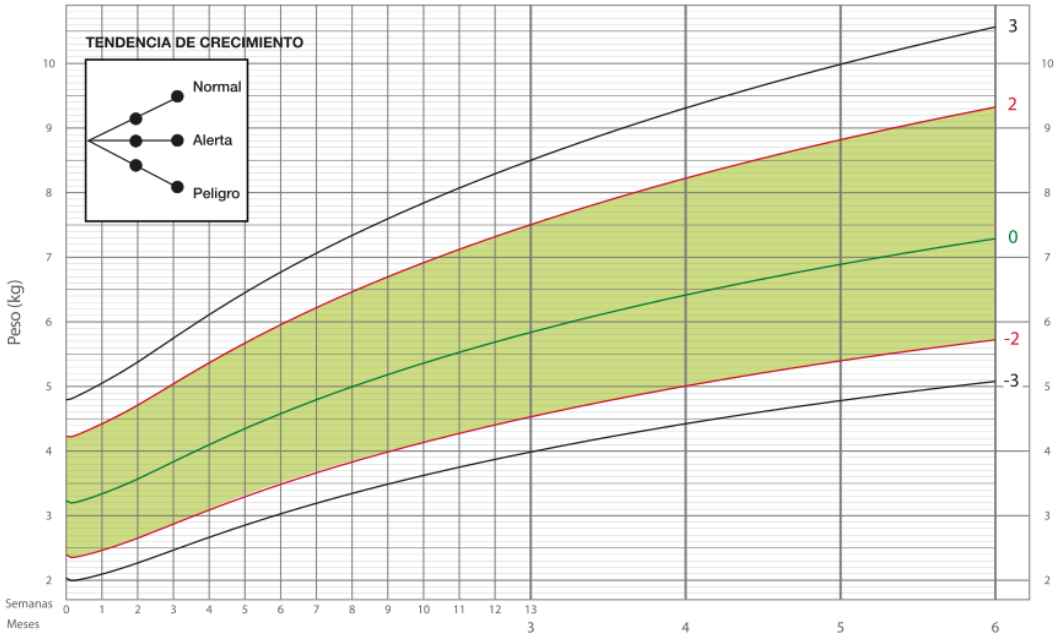
La población actual realizado por los integrantes del Centro de Salud “Julio Moreno” es de 220 menores de cinco años.

Instituciones

- Centro de Salud Julio Moreno
- Infocentro
- Junta Parroquial
- Magap

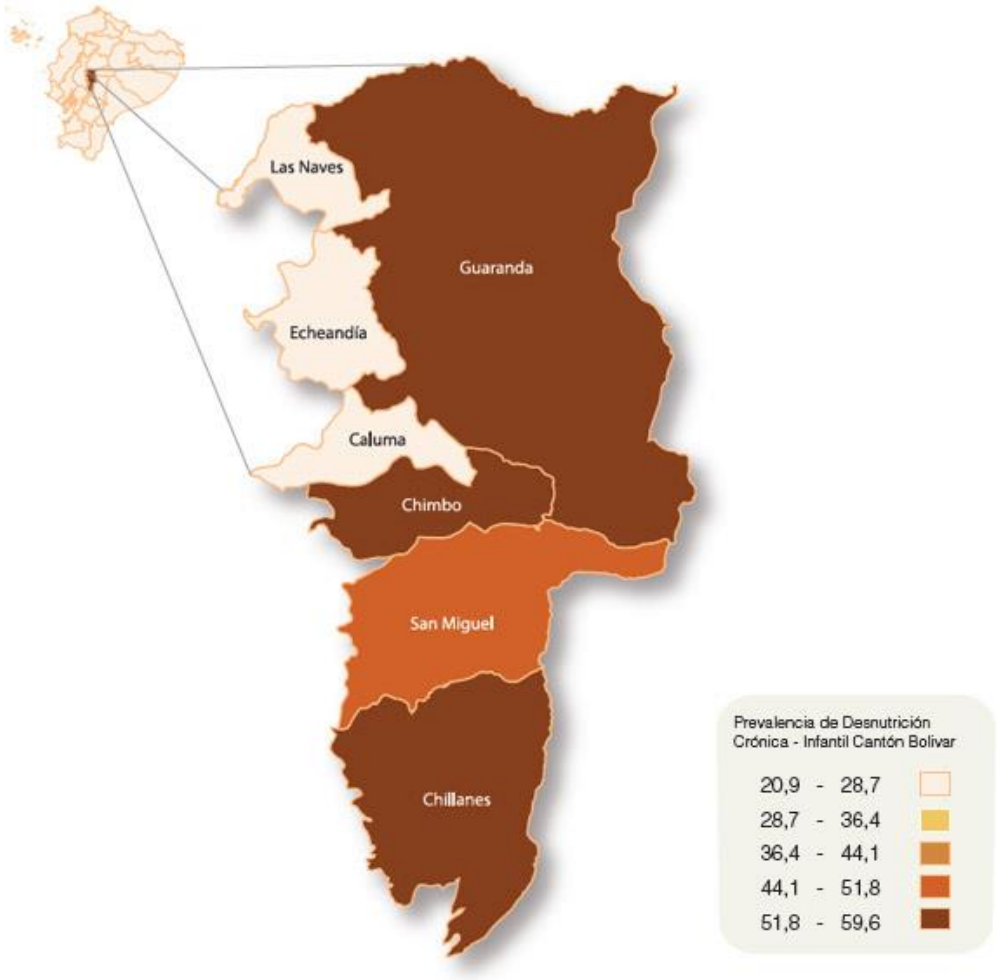
Anexo 2 Ficha de la Libreta Integral de Salud



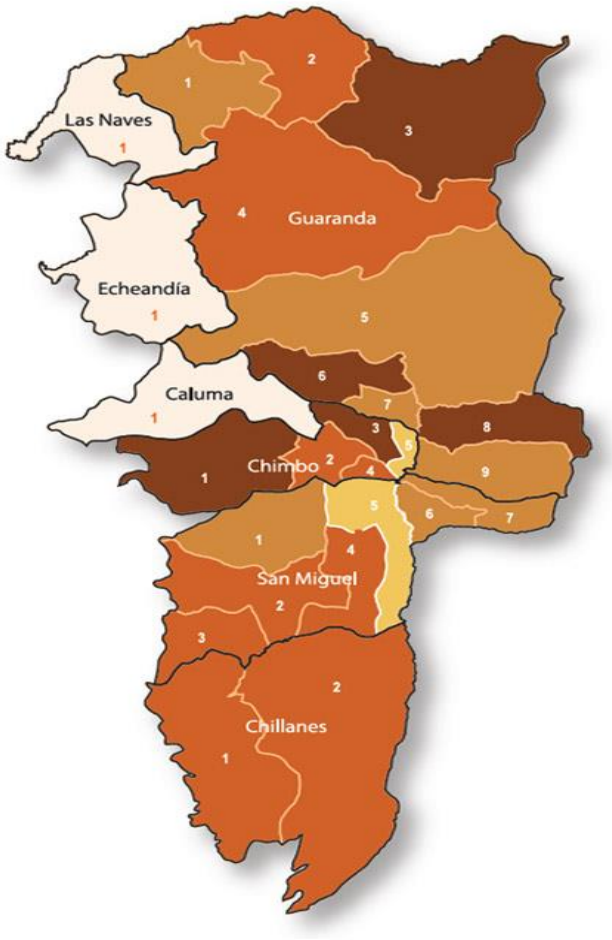


Anexo 3 Mapa de la desnutricion

Mapa provincial de la desnutricion



Mapa provincial de la desnutrición a nivel parroquial



Prevalencia de Desnutrición Crónica - Infantil Parroquias de Bolivar

20,9 - 31,9	
31,9 - 42,9	
42,9 - 53,8	
53,8 - 64,8	
64,8 - 75,7	

Caluma
1. Caluma

Chillanes
1. San José del Tambo (Tambopamba)
2. Chillanes

Chimbo
1. Telimbela
2. Magdalena (Chapacoto)
3. Asunción (Asancoto)
4. San Sebastián
5. San José de Chimbo

Echeandía
1. Echeandía

Las Naves
1. La Naves

Guaranda
1. San Luis de Pambil
2. Facundo Vela
3. Simiatug
4. Salinas
5. Guaranda
6. Julio e. Moreno (Catanahuan Grande)
7. Santafé (Santa Fé)
8. San Simón (Yacoto)
9. San Lorenzo

San Miguel
1. Balsapamba
2. Bilován
3. Regulo de Mora
4. San Pablo (San Pablo de Atenas)
5. San Miguel
6. San Vicente
7. Santiago

Anexo 4 Encuesta

Universidad Estatal de Bolívar

Facultad de Ciencias de la Salud y del Ser Humano

Escuela de enfermería

PROYECTO DE TITULACIÓN: DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL DE LOS/AS NIÑOS/AS MENORES DE CINCO AÑOS DE LA COMUNIDAD DE JULIO MORENO, CANTÓN GUARANDA, PROVINCIA BOLÍVAR, EN EL PERIODO AGOSTO - OCTUBRE 2018.

OBJETIVO: Obtener información real acerca de las condiciones de vida y el tipo de alimentación que tienen los niños y niñas de las comunidades.

¿Quién está a cargo del cuidado del niño o niña?

- Padre
- Madre
- Hermano/a
- Tío/a
- Abuelo/a
- Otros familiares

¿Cuántos años tiene usted?

- 15- 20 años
- 21- 25 años
- 26-30 años

- Más de 30 años

¿Cuál es su nivel de estudio?

- Alfabetización
- Primaria
- Secundaria - Bachiller
- Tercer nivel

¿En que trabaja usted?

- Agricultor
- Empleado publico
- Ama de casa
- Otros

¿Con cuánto dinero cuenta mensualmente dentro del hogar?

- $50-$100
- $100- $200
- $201-$300
- $301-$400
- Más de $400

¿Cómo está construida su vivienda?

- Hormigo
- Mixta
- Adobe
- Tapial

¿De dónde proviene el agua que usted consume?

- Entubada
- Potable

- Pozo

¿Con cuál de estos sistemas cuenta?

- Alcantarillado
- Pozo séptico

¿Qué tipo de alimentación tiene el niño?

- Lactancia materna exclusiva
- Leche en tarros o coladas
- Lactancia materna más alimentación complementaria

¿Cada cuantas horas da de lactar a su nuño o niña?

- 2 horas
- 4 horas
- 6 horas

¿Cuántas comidas al día le brinda a su niño o niña?

- 5 comidas
- 4 comidas
- 3 comidas
- 2 comidas

¿Qué alimentos recibe el niño o niña durante sus comidas?

- Leche y derivados
- Carne pescado y huevos (proteínas)
- Cereales legumbres y patatas (hidratos de carbono)
- Frutas (manzana, uvas, guineo, sandia, papaya) y Verduras(zanahoria)
- Aceites margarinas, manteca y alimentos embutidos(lípidos)
- Bebidas

¿Le lleva a su niño regularmente a los controles en el centro de salud?

- Si
- No

¿Qué factor limita el consumo de alimentos en su hogar?

- Medios de transporte
- Religión
- Cultura
- Ingresos económicos

Gracias por su atención

Anexo 5 Evidencias fotográficas

Toma de pesos y talla a los niños y niñas de las comunidades.









Aplicación de las encuestas a los cuidadores de los niños y niñas









Socialización del proyecto



Anexo 6 Cronograma socialización de resultados

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO
ESCUELA DE ENFERMERÍA
Cronograma de actividades de socialización

Tema: Socialización de los resultados del proyecto denominado "Diagnostico nutricional de los niños y niñas menores de cinco años de la comunidad de Julio Moreno, cantón Guaranda, Provincia Bolívar en el periodo Agosto – Octubre 2018".

Fecha	Hora	Objetivo	Descripción de la actividad	Responsable	Beneficiarios	Recursos
21/01/2019	9:00 a 9:30 Duración: 30 minutos	Socializar los resultados del estado nutricional de los niños y niñas menores de cinco años obtenidos en el proyecto.	Palabras de bienvenida al personal de la unidad de salud y padres de familia. Inducción sobre diagnostico nutricional Socialización de los resultados del estado nutricional Conclusiones y recomendaciones del trabajo investigativo Foro abierto por parte de los involucrados en el proyecto. Agradecimiento por parte de los autores del proyecto.	Amanda Gramal Luis Escobar	Personal de la unidad de salud Padres de familia de los niños y niñas menores de cinco años	Lapto Papelotes

Elaborado: Amanda Gramal & Luis Escobar

Firma:..... Firma:.....

Anexo 7 Control de asistencia de socialización personal de salud y cuidadores

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO
ESCUELA DE ENFERMERÍA

Control de asistencia de la socialización

Lugar: Julio Moreno

Fecha:

Responsable: Amanda Gramal – Luis Escobar

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	NUMERO DE CEDULA	FIRMA
1	[illegible]	020167032-0	[illegible]
2	Sofia Montero	020256120-5	[illegible]
3	Lourdes Urrea	020299036-7	[illegible]
4	Thalia Moyano	0950214835	[illegible]
5	Fabian Alvarez	020162241-0	[illegible]
6	Maribel Caiza	0201560984	[illegible]
7	Marisol Poveda	020193466-5	[illegible]
8	Carla Guano	020364598-3	[illegible]
9	Maria Panguaman	020014159-1	[illegible]
10	Zoila Amanto	025182476-0	[illegible]
11	Rosa Cando	020153648-0	[illegible]
12	Natividad Chela	025001829-9	[illegible]
13	Nelly Quillagana	020121119-0	[illegible]
14	Aurora Cando	025181211-9	[illegible]
15	Fredy Patin	020246831-0	[illegible]

Lcda. Maribel Caiza P.
ENFERMERA
C.I. 0201560984

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO
ESCUELA DE ENFERMERÍA

Control de asistencia de la socialización

16	Rosa Gavilanez	020181214-2	
17	Pablo Quilligana	020121118-9	
18	Anita Cambo	025958834-1	
19	Maisol Aguachela	025213442-9	
20	Lorena Estrella	020283168-0	
21	Estefania Quevedo	020344812-3	
22	Adriana Correa	020182115-5	
23	Maria Condo	025284871-0	
24	Laura Chela	020190012-0	
25	Teresa Chimba	025182000-9	
26	Carmen Chavez	020316814-0	
27	Delia Quilligana	020349821-4	
28	Vanesa Vega	025256814-0	
29	Elvira Condo	025881268-3	
30	Vilma Estrella	020782109-4	
31	Angelina Quevedo	025290091-0	
32	Belgica Quevedo	020552000-4	
33	Juana Changuano	025491124-5	
34	Maribel Correa	020191125-0	

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO
ESCUELA DE ENFERMERÍA

Control de asistencia de la socialización

35	Segunda Camacho	0202535510	[illegible]
36	Aedia Velasco	0224537090	[illegible]
37	Lorena Garifalo	0293810391	[illegible]
38	Gavanny Estrada	0233540831	[illegible]
39	Angelo Vargas	0233123401	[illegible]
40	Elizabeth Chacha	020235052-6	[illegible]
41	Martha Gualpa	020284732-3	[illegible]
42	Fernando Ramirez	0222187700-1	[illegible]
43	David Romero	0277087350	[illegible]
44	Juan Chavez	0203655891	[illegible]
45	Tatiana Urbano	0202136887	[illegible]
46	Mario Borja	0202237555	[illegible]
47	Samahta Arias	020773883	[illegible]
48	Laura Rea	0203582332	[illegible]
49	Lourdes Espin	0292587311	[illegible]
50	Josmary Galarza	0200712856	[illegible]
51	Macagualita E	0200712073	[illegible]
52	[illegible]	0207124268	[illegible]
53	[illegible]	0200712078	[illegible]

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO
ESCUELA DE ENFERMERÍA

Control de asistencia de la socialización

54			
55			
56			
57			
58			
59			
60			
61			
62			
63			
64			
65			
66			
67			
68			
69			
70			
71			
72			