



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

CARRERA DE ENFERMERÍA
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

TEMA

Evolución del crecimiento en la primera infancia en relación con las curvas
de la OMS. Cordero Crespo. Octubre 2024-Enero 2025

AUTORES

SHAYLIN MICAELA MANOTOA MERA
MARJORIE PRISILA TERCERO CAIZA

TUTOR

ND. JANINE MARIBEL TACO VEGA

GUARANDA ECUADOR

2025

TÍTULO

Evolución del crecimiento en la primera infancia en relación con las curvas de la

OMS. Cordero Crespo. Octubre 2024-Enero 2025

AGRADECIMIENTO

Toda nuestra gratitud a la Universidad Estatal de Bolívar, Facultad de Ciencias de la Salud y del Ser Humano- Escuela de Enfermería por habernos abierto las puertas de su prestigiosa y respetable institución y permitirnos formarnos como buenos profesionales, así como también a los diferentes docentes que nos brindaron su conocimiento y apoyo durante este proceso académico. Cada lección impartida y cada palabra de aliento han contribuido significativamente a nuestro desarrollo personal y profesional.

A nuestra estimada tutora de tesis ND. Janine Taco, queremos expresar nuestro más profundo agradecimiento por su dedicación y orientación durante este proceso académico. Sus sabios consejos, paciencia y apoyo constante han sido fundamentales para transformar los desafíos en oportunidades de aprendizaje. Su compromiso con nuestro crecimiento académico ha dejado una marca imborrable en nuestra formación académica.

DEDICATORIA

Al concluir esta hermosa etapa de mi vida quiero dedicar este trabajo a Dios por darme sabiduría y perseverancia para alcanzar mis sueños, a mi pilar fundamental, mis padres Cesar Tercero y María Caiza y hermanos Jhonnatan y Romulo, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar al final de la meta depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento de mi inteligencia y capacidad han sabido formarme con los mejores sentimientos, hábitos y valores, quienes fueron fuente de apoyo e inspiración para convertirme en profesional, gracias por siempre creer en mí. Los amo mucho.

Marjorie Prisila Tercero Caiza

Con profunda gratitud y amor primeramente dedico este logro a Dios quien con su infinita sabiduría y amor me guió por el buen camino, brindándome las fuerzas necesarias para seguir adelante y no dejarme rendir en los momentos más difíciles.

A mis queridos padres Mario Manotoa y Cecilia Mera, quienes, desde mi infancia, con su amor incondicional y sacrificios constantes, me enseñaron el valor de la educación y me inspiraron a perseguir mis sueños. Su dedicación y esfuerzo han sido mi mayor fuente de inspiración, motivándome a superar cada obstáculo con valentía y determinación.

Gracias por enseñarme que la perseverancia y el trabajo duro son la clave para alcanzar cualquier meta. Espero que este logro sea un reflejo del orgullo que siento por ser su hija. Todo lo que soy y lo que he logrado se lo debo a ustedes. Los amo profundamente y siempre estaré agradecida por cada lección, por cada palabra de aliento y por el amor infinito que me han brindado.

Con todo mi cariño y agradecimiento.

Shaylin Micaela Manotoa Mera

ÍNDICE

TÍTULO	ii
ÍNDICE	v
CERTIFICADO DE SEGUIMIENTO AL PROCESO INVESTIGATIVO EMITIDO POR EL TUTOR	x
RESUMEN EJECUTIVO	xi
ABSTRACT	xii
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	4
1. EL PROBLEMA	4
1.1. Planteamiento del problema	4
1.2. Formulación del problema.....	6
1.3. Objetivos	7
1.3.1. Objetivo general	7
1.3.2. Objetivos específicos.....	7
1.4. Justificación de la investigación	8
1.5. Limitaciones	9
CAPÍTULO II.....	10
2. MARCO TEÓRICO	10
2.1. Antecedentes de la investigación.....	10
2.2. Bases teóricas	14
2.2.1. Primera infancia	14
2.2.2. Crecimiento	15
2.2.3. Dimensiones del desarrollo	15
2.2.4. Etapas de crecimiento y desarrollo multidimensional del niño de 0 a 5 años	16
2.2.5. Teorías del desarrollo infantil.....	20
2.2.6. Factores que inciden en el crecimiento de los niños en la primera infancia	22
2.2.7. Evaluación del crecimiento en la primera infancia	23
2.2.8. Ventajas y desventajas de la valoración antropométrica	23
2.2.9. Técnicas para realizar las medidas antropométricas de peso y talla en niños	25
2.2.10. Índice de masa corporal.....	28
2.2.11. Incremento de peso en niños menores de 2 años.....	28
2.2.12. Retraso del crecimiento infantil.....	29

2.2.13.	Canalización del crecimiento infantil	29
2.2.14.	Curvas de crecimiento de la Organización Mundial de la Salud.....	29
2.2.15.	Interpretación de las curvas de crecimiento.	38
2.3.	Definición de términos	38
2.4.	Sistema de variables	39
2.5.	Operacionalización de las variables	40
CAPÍTULO III		44
3.	MARCO METODOLÓGICO	44
3.1.	Nivel de investigación	44
3.2.	Diseño.....	44
3.3.	Población y muestra	45
3.4.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	45
3.5.	Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	47
CAPÍTULO IV		49
4.	RESULTADOS O LOGROS ALCANZADOS SEGÚN LOS OBJETIVOS PLANTEADOS.....	49
4.1.	Resultados según el objetivo 1: Identificar las condiciones socioeconómicas y demográficas de las familias de los niños menores de cinco años que asisten al Centro de Salud Cordero Crespo, y su relación con el crecimiento infantil.....	49
4.2.	Resultados según objetivo 2: Analizar la evolución del peso y la estatura de los niños menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud Cordero Crespo 57	
4.3.	Resultados según objetivo 3: Determinar el estado nutricional de los niños menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud Cordero Crespo63	
4.4.	Resultados de los objetivos	66
CAPÍTULO V		69
5.	MARCO ADMINISTRATIVO	69
5.1.	Recursos	69
5.1.1.	Recursos Humanos	69
5.1.2.	Recursos institucionales	69
5.1.3.	Recursos materiales	69
5.1.4.	Recursos tecnológicos	69
5.2.	Presupuesto.....	69
5.3.	Cronograma	70
CAPÍTULO VI.....		71
6.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	71
6.1.	Conclusiones.....	71
6.2.	Recomendaciones	73

Bibliografía.....	74
ANEXOS.....	86

Índice de tablas

Tabla 1 Características de los niños	49
Tabla 2 Características familiares	51
Tabla 3 Manejo de residuos.....	53
Tabla 4 Alimentación y cuidados del niño	55
Tabla 5 Análisis de peso para edad por grupo etario.....	57
Tabla 6 Análisis de talla para edad por grupo etario	59
Tabla 7 Análisis de IMC para edad por grupo etario	61
Tabla 8 Peso para edad Actual	63
Tabla 9 Talla para la edad Actual.....	64
Tabla 10 IMC para la edad Actual	65

Índice de gráficos

Gráfico 1 Peso para la edad niñas 0 a 5 años en percentiles.....	31
Gráfico 2 Peso para la edad niños 0 a 5 años en percentiles	31
Gráfico 3 Longitud/estatura para la edad niñas 0 a 5 años en percentiles	32
Gráfico 4 Longitud/estatura para la edad niños 0 a 5 años en percentiles.....	32
Gráfico 5 IMC para la edad niñas 0 a 5 años en percentiles.....	32
Gráfico 6 IMC para la edad niños 0 a 5 años en percentiles	33
Gráfico 7 Peso para la edad niñas 0 a 5 años en puntuación z	34
Gráfico 8 Peso para la edad niños 0 a 5 años en puntuación z.....	34
Gráfico 9 Longitud/estatura para la edad niñas 0 a 5 años en puntuación z.....	35
Gráfico 10 Longitud/estatura para la edad niños 0 a 5 años en puntuación z.....	35
Gráfico 11 IMC para la edad niñas 0 a 5 años en puntuación z	36
Gráfico 12 IMC para la edad niños 0 a 5 años en puntuación z.....	36
Gráfico 13 Distribución gráfica de peso para edad por grupo etario.....	57
Gráfico 14 Distribución gráfica de talla para edad por grupo etario.	59
Gráfico 15 Distribución gráfica de IMC para edad por grupo etario.	61

CERTIFICADO DE SEGUIMIENTO AL PROCESO INVESTIGATIVO EMITIDO POR EL TUTOR



CARRERA DE ENFERMERÍA

FACULTAD DE
CIENCIAS DE
LA SALUD Y
DEL SER HUMANO

**CERTIFICADO DE SEGUIMIENTO AL PROCESO DE INVESTIGACION EMITIDO POR
EL TUTOR**



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

CARRERA DE ENFERMERÍA

CERTIFICADO EMITIDO POR LA TUTORA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

CERTIFICACIÓN DE LA TUTORA

La suscrita ND. Janine Taco, tutora del Proyecto de investigación, como modalidad de titulación.

CERTIFICA

El proyecto de investigación como requisito para la titulación de grado, con el tema: **EVOLUCIÓN DEL CRECIMIENTO EN LA PRIMERA INFANCIA EN RELACIÓN CON LAS CURVAS DE LA OMS. CORDERO CRESPO. OCTUBRE 2024-ENERO 2025**, realizado por las estudiantes: **SHAYLIN MICAELA MANOTOA MERA** con CI: **1208351732** y **MARJORIE PRISILA TERCERO CAIZA** con CI: **0550422166**, 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. Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, facilitando a las interesadas dar el uso legal que estimen conveniente.

ND. JANINE TACO VEGA

TUTORA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

DERECHOS DE AUTOR

Yo/nosotros **MANOTOA MERA SHAYLIN MICAELA Y TERCERO CAIZA MARJORIE PRISILA**, portador/res de la Cédula de Identidad No **1208351732** y **0550422166**

en calidad de autor/res y titular / es de los derechos morales y patrimoniales del Trabajo de Titulación: **Evolución del crecimiento en la primera infancia en relación con las curvas de la OMS. Cordero Crespo. Octubre 2024-enero 2025**, modalidad **presencial**, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN, concedemos a favor de la Universidad Estatal de Bolívar, una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservamos a mi/nuestro favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo/autorizamos a la Universidad Estatal de Bolívar, para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Digital, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

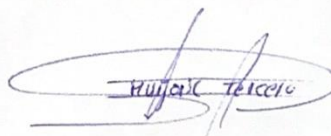
El (los) autor (es) declara (n) que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Nombres y Apellidos



Manotoa Mera Shaylin Micaela
Firma

Nombres y Apellidos



Tercero Caiza Marjorie Prisila
Firma

RESUMEN EJECUTIVO

Este estudio, analizó la evolución del crecimiento infantil en niños menores de cinco años en comparación con las curvas de la OMS, identificando factores asociados y proponiendo intervenciones. El objetivo fue evaluar el crecimiento infantil en relación con los estándares de la OMS, mediante un diseño descriptivo, longitudinal y cuantitativo. Se recopilaron datos antropométricos (peso, talla e IMC) y socioeconómicos de 50 niños, utilizando el software Anthro de la OMS para el análisis comparativo. Los resultados muestran que el 76% de los niños vive en zonas urbanas y el 88% pertenece a hogares con ingresos inferiores al salario mínimo, lo que afecta su nutrición y acceso a servicios básicos. Aunque el 70% de los niños recibe lactancia materna, el 74% no tuvo lactancia exclusiva prolongada. Respecto al crecimiento físico, si bien el 80% de los niños presenta un peso normal y el 78% una talla adecuada según las curvas de la OMS, se identificaron casos de bajo peso (6%), baja talla (16%), sobrepeso (12%) y obesidad (4%). Además, se detectaron discrepancias, como niños con peso normal pero baja talla, y otros con sobrepeso y talla alta, lo que subraya la importancia de analizar el IMC para evaluar el estado nutricional de manera integral. Se concluye que, aunque el crecimiento general es mayoritariamente adecuado, persisten desigualdades que requieren intervenciones focalizadas. Se recomienda fortalecer la educación en salud, mejorar las prácticas de lactancia, garantizar el acceso a servicios básicos y desarrollar programas nutricionales para reducir las brechas identificadas.

Palabras clave: crecimiento infantil, curvas OMS, nutrición, lactancia materna, condiciones socioeconómicas.

ABSTRACT

This study analyzed the evolution of child growth in children under five years old compared to WHO growth curves, identifying associated factors and proposing interventions. The objective was to assess child growth in relation to WHO standards through a descriptive, longitudinal, and quantitative design. Anthropometric (weight, height, and BMI) and socioeconomic data were collected from 50 children, using WHO Anthro software for comparative analysis. The results show that 76% of the children live in urban areas, and 88% belong to households with incomes below the minimum wage, affecting their nutrition and access to basic services. Although 70% of the children receive breastfeeding, 74% did not have prolonged exclusive breastfeeding. Regarding physical growth, while 80% of the children have a normal weight and 78% have an adequate height according to WHO curves, cases of underweight (6%), short stature (16%), overweight (12%), and obesity (4%) were identified. Additionally, discrepancies were detected, such as children with normal weight but short stature, and others with overweight and tall stature, highlighting the importance of analyzing BMI to comprehensively assess nutritional status. The study concludes that, although overall growth is mostly adequate, inequalities persist that require targeted interventions. It is recommended to strengthen health education, improve breastfeeding practices, ensure access to basic services, and develop nutritional programs to reduce the identified gaps.

Key words: child growth, WHO curves, nutrition, breastfeeding, socioeconomic conditions.

INTRODUCCIÓN

El crecimiento infantil es un indicador esencial de la salud y el desarrollo integral de los niños, especialmente en la primera infancia, cuando los cambios físicos y cognitivos son más pronunciados (Austudillo y Blandin, 2024). En este contexto, las curvas de crecimiento desarrolladas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) se han convertido en una herramienta fundamental para monitorear y evaluar el crecimiento de los niños a nivel global. Estas curvas, basadas en estándares internacionales, permiten comparar el desarrollo físico de los niños con patrones ideales establecidos, proporcionando información crucial para identificar desviaciones y posibles problemas de salud (Moyano, Estudio comparativo de los patrones de crecimiento OMS 2007 y referencias nacionales en la evaluación del estado nutricional en niños de 6 a 12 años del Ecuador, 2024).

La utilidad de las curvas de crecimiento radica en su capacidad para diagnosticar condiciones relacionadas con la nutrición y el bienestar general de los niños. Al evaluar indicadores como el peso, la talla y el índice de masa corporal (IMC), estas curvas no solo permiten monitorear el desarrollo adecuado, sino también detectar casos de desnutrición, emaciación, sobrepeso y obesidad, factores que pueden impactar negativamente en el desarrollo físico y cognitivo de los menores (Lago et al., 2021).

El presente estudio se enfoca en comparar el crecimiento de los niños menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud Cordero Crespo con los patrones establecidos por las curvas de la OMS. Este enfoque permitirá comprender mejor las dinámicas de crecimiento en la población estudiada y diseñar intervenciones específicas para mejorar las condiciones de salud infantil.

La estructura del estudio se organiza en capítulos que abordan de manera secuencial el planteamiento del problema, la fundamentación teórica, la metodología empleada y los resultados obtenidos:

Capítulo I: El Problema Este capítulo contextualiza la investigación y formula la pregunta principal: ¿Cómo se relaciona el crecimiento de los niños menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud Cordero Crespo con las curvas de crecimiento de la OMS? Se presentan los objetivos de la investigación, incluyendo el objetivo general de evaluar la evolución del crecimiento infantil y los objetivos específicos relacionados con el análisis de condiciones socioeconómicas, datos antropométricos y el estado nutricional de los niños. También se justifica la relevancia del estudio desde perspectivas sociales, sanitarias y científicas.

Capítulo II: Marco Teórico En este capítulo se expone el marco conceptual y teórico que sustenta la investigación, abordando temas como el crecimiento infantil, la desnutrición crónica y las curvas de crecimiento de la OMS. Se incluyen antecedentes de estudios internacionales, nacionales y locales, así como teorías del desarrollo infantil. Además, se analizan los factores que influyen en el crecimiento infantil, como las condiciones socioeconómicas, nutricionales y de salud, proporcionando una base sólida para interpretar los resultados del estudio.

Capítulo III: Marco Metodológico Este capítulo detalla el diseño metodológico de la investigación, que utiliza un enfoque cuantitativo, descriptivo y longitudinal. Se describe la población en estudio (niños menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud Cordero Crespo) y los criterios de inclusión y exclusión. También se explican las técnicas e instrumentos de recolección de

datos, incluyendo fichas de registro antropométrico y cuestionarios socioeconómicos. Por último, se describen las herramientas de análisis, como el software Anthro, utilizado para evaluar indicadores como peso, talla e índice de masa corporal.

Capítulo IV: Resultados o Logros Alcanzados En este capítulo se presentan los hallazgos obtenidos, organizados en función de los objetivos de la investigación. Se analiza detalladamente la relación entre las condiciones socioeconómicas y demográficas de las familias y el crecimiento infantil. Los datos recopilados incluyen la evolución del peso y la talla de los niños, comparados con los estándares de la OMS, mediante tablas y gráficos que facilitan la identificación de patrones y desviaciones. Además, se destacan los factores de riesgo y las áreas que requieren atención prioritaria.

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

El crecimiento de los niños es un índice importante que puede ayudar a los planificadores de salud a elaborar estrategias para la mejora de la salud infantil y su crecimiento. El crecimiento infantil se define durante las etapas iniciales de la vida, que va desde el nacimiento hasta los cinco años de edad (Britto et al., 2022).

Los estándares de crecimiento se han establecido mediante la elaboración de las gráficas de crecimiento que la Organización Mundial de la Salud (OMS) desarrolló inicialmente acompañadas por el Estudio de Referencia de Crecimiento Multicéntrico (Organización Mundial de la Salud, 2020). Estas curvas tienen como objetivo proporcionar un marco estándar para medir el crecimiento físico en los niños, lo que ayuda a diagnosticar otras condiciones de salud y nutrición (Organización Mundial de la Salud, 2019).

El monitoreo del crecimiento infantil es esencial para detectar problemas nutricionales que pueden derivar en desnutrición o, posteriormente, en sobrepeso (Cuno y Orozco, 2024). Los patrones de crecimiento de la OMS permiten evaluar el estado nutricional de los niños a través de la medición de su estatura y peso, y son utilizados por profesionales de la salud en todo el mundo para guiar intervenciones oportunas (2023). La malnutrición infantil es un problema de salud pública global que afecta el crecimiento adecuado de los niños. Según la OMS (2022), 144 millones de niños menores de 5 años presentan retraso en el crecimiento, 47 millones sufren de emaciación y 38,3 millones tienen sobrepeso u obesidad. Aproximadamente el 45% de las muertes de niños menores de 5 años están vinculadas a la desnutrición.

En América Latina y el Caribe, el crecimiento infantil enfrenta importantes desafíos debido a la exposición de los niños a múltiples factores de riesgo, como la malnutrición, la falta de acceso a programas educativos y el castigo corporal. A pesar de que el 83% de los niños entre 3 y 4 años presentan un desarrollo adecuado según el Índice de Desarrollo Infantil Temprano (UNICEF, 2019).

Por su parte, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (2023), explica que, en el 2022, 5,7 millones de niños en la región sufrían retraso del crecimiento, con mayor prevalencia en Mesoamérica (16,9%) y el Caribe (11,3%). Las diferencias entre países son notables, con Bolivia y Perú logrando las mayores reducciones, mientras que Guatemala y Haití aún presentan altas prevalencias.

En Ecuador, la desnutrición crónica infantil sigue siendo un problema significativo, afectando al 17,5% de los niños menores de cinco años y al 19,3% de los menores de dos años, según la Encuesta Nacional sobre Desnutrición Infantil (ENDI) (INEC, 2024). A pesar de algunos avances, el país enfrenta dificultades para reducir estas cifras de manera más acelerada. En la provincia de Bolívar, el retraso del crecimiento infantil es una problemática significativa que afecta al 30,3% de los niños menores de cinco años, una de las tasas más altas del país. La desnutrición crónica en esta provincia está vinculada a factores socioculturales, como la pobreza, la falta de educación materna y las creencias alimentarias (Cajamarca, 2024).

La problemática por abordar en la investigación se centra en la identificación de discrepancias entre el crecimiento real de los niños menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud Cordero Crespo y los patrones de

crecimiento establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS). A través de la recopilación de datos antropométricos y su comparación con las curvas de la OMS, se pretende identificar patrones de crecimiento, desviaciones y posibles factores asociados.

1.2. Formulación del problema

¿Cómo se relaciona el crecimiento de los niños menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud Cordero Crespo con las curvas de crecimiento establecidas por la OMS?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Evaluar la evolución del crecimiento de los niños menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud Cordero Crespo durante el periodo de octubre 2024 a enero 2025, en comparación con las curvas de crecimiento de la OMS.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar las condiciones socioeconómicas y demográficas de las familias de los niños menores de cinco años que asisten al Centro de Salud Cordero Crespo, y su relación con el crecimiento infantil.
- Analizar la evolución del peso y la estatura de los niños menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud Cordero Crespo.
- Determinar el estado nutricional de los niños menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud Cordero

1.4. Justificación de la investigación

Este estudio es de **importancia** porque la primera infancia es una etapa decisiva en el desarrollo físico y cognitivo de los niños (Carvajal-Sánchez et al., 2023). Las experiencias de crecimiento y nutrición en esta etapa determinan las bases para la salud, el aprendizaje y el bienestar futuro. El monitoreo del crecimiento infantil en relación con las curvas de la OMS permitirá evaluar si los niños en el Centro de Salud Cordero Crespo están alcanzando un desarrollo adecuado, y detectar posibles deficiencias que puedan requerir intervenciones de salud pública oportunas.

En Ecuador, y particularmente en la provincia de Bolívar, la desnutrición crónica sigue siendo un problema alarmante, con tasas que superan el promedio nacional (Urrea, 2024). Es **necesario** en tal sentido realizar un estudio de cómo es la evolución de crecimiento de los niños menores de 5 años tomando como referencia las curvas de la OMS para reconocer así si el estado nutricional se mantiene en el tiempo o si es una condición puntual.

La investigación es **pertinente** ya que se alinea con las metas de desarrollo sostenibles (ODS) que buscan reducir la desnutrición infantil a nivel mundial, así como con las prioridades del sistema de salud ecuatoriano para combatir el retraso en el crecimiento. Evaluar el crecimiento infantil en comparación con las curvas de la OMS proporcionará una medida objetiva de la situación en la comunidad, permitiendo identificar brechas y áreas de mejora en las políticas locales de salud.

Este estudio es **factible** ya que se realizará en el Centro de Salud Cordero Crespo, un lugar donde los datos de crecimiento infantil ya son recopilados regularmente. El acceso a información sobre peso y estatura permitirá una comparación directa con los estándares de la OMS. Además, el enfoque local y la

posibilidad de colaborar con el personal de salud del centro garantizarán que la recolección y análisis de datos sean viables dentro del periodo propuesto.

Los principales beneficiarios de esta investigación son los niños menores de cinco años que asisten al Centro de Salud Cordero Crespo y sus familias, quienes podrán recibir un monitoreo más preciso de su desarrollo y acceder a intervenciones específicas en caso de desnutrición o sobrepeso. A largo plazo, la comunidad también se beneficiará, ya que los resultados de este estudio podrán informar políticas públicas que mejoren la atención infantil. Además, los profesionales de salud y los tomadores de decisiones a nivel regional y nacional tendrán acceso a datos relevantes que guiarán la implementación de programas de salud más efectivos.

1.5. Limitaciones

Como limitación se identificó que no todos los niños llevaron control del niño sano de forma consecuyente, por lo que se dificultó la obtención de datos para la investigación, además como limitante se presentó la poca colaboración de las madres de los niños para la realización de las encuestas.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Internacionales

En Venezuela se desarrolló un “Estudio comparativo de las curvas de crecimiento NCHS y OMS en la evaluación del estado nutricional en niños menores de 5 años” con el objetivo de “Realizar valoración nutricional a niños menores de cinco años, y determinar la concordancia entre el diagnóstico nutricional obtenido con los patrones de referencia del National Center for Health Statistics (NCHS 1977) y con los de la Organización Mundial de la Salud (OMS 2006)” al considerar que el crecimiento de los niños está interrelacionado con la genética heredada y el medio ambiente en que se desarrolla. Con la utilización de la metodología observacional y el IMC de 601 niños menores de 5 años para determinar la prevalencia de desnutrición de acuerdo con los indicadores de OMS y del NCHS, establecieron que el indicador (P/T) de la OMS fue de 15,4% y del NCHS fue de 4,2%; la desnutrición moderada global según la OMS era del 27,1% y del NCHS era de 8%, lo que indicó que entre los dos patrones había una concordancia débil. En conclusión, con el patrón de la OMS se pueden detectar más estados de desnutrición (aguda, crónica y global) que utilizando el NCHS (Torres Páez y Camacho Camargo, 2021).

En el trabajo “Evolución del crecimiento de una cohorte de recién nacidos de bajo peso al nacer hasta los 12 meses de edad corregida”, elaborado en Uruguay, se vino realizando el estudio de la tasa de crecimiento y parámetros nutricionales de los recién nacidos (RN) con bajo peso al nacer (BPN) hasta 12 meses de edad corregida. La metodología fue el estudio descriptivo y prospectivo

en el que participaron 31 RN en la Maternidad del Hospital Dr. Manuel Quintela en 2015. A los 5, 9 y 12 meses de edad, los pacientes fueron sometidos a control antropométrico y nutricional. Los resultados señalan un deterioro del crecimiento en la población infantil de BPN con la condición de que una sección de estos mostró un crecimiento acelerado, lo que se considera un potencial riesgo para la obesidad y enfermedades crónicas en la vida posterior. Como remedio, se sugiere que se modifiquen las prácticas de alimentación para evitar estos cambios en la salud en futuras generaciones (Iturralde et al., 2022).

El estudio titulado "Variaciones Pondo-Estaturales en Infantes Menores de 12 Meses Atendidos en los Centros de Atención Primaria de Salud en Febrero del 2020 - Cusco" tuvo como objetivo "identificar las características que influyen en las variaciones de peso y talla en infantes menores de un año en centros de salud primaria". La metodología empleada fue descriptiva, analítica y de corte transversal, con una muestra de 140 infantes. Se analizaron variables como el sexo, peso de nacimiento, tipo de lactancia y edad de inicio de alimentación complementaria. Los resultados mostraron que el 63.3% de los infantes recibieron lactancia materna exclusiva, y el crecimiento fue más variable en los menores de 6 meses, con una relación directa entre el tipo de lactancia y el crecimiento en los primeros meses de vida (Herrera y Cordova, 2020).

Nacionales

En la investigación realizada en Manabí, los autores se enfocaron en el "Estudio comparativo entre curvas de crecimiento para ecuatorianos y de la OMS en niños manabitas de 7 a 10 años", para lo cual realizaron una comparación entre "las curvas de crecimiento de la Organización Mundial de la Salud y las adaptadas para ecuatorianos." Y llevaron a cabo un estudio observacional, donde

seleccionaron a 148 niños nacidos en Ecuador que asistían a una institución educativa y con edades comprendidas entre 7 y 10 años, los cuales se clasificaron por sexo y se les midió talla, peso para determinar el IMC y compararlo con la curva de crecimiento de la OMS: Obteniendo como resultado en relación a la OMS que 87,2% de los niños tenía una talla normal, el 11,5% baja, el 1,4% alta; en relación al peso el 47,3% tenía un peso normal; el 3,4% bajo peso, el 8,8% obesidad y el 29,1% sobrepeso y con respecto a las curvas de Ecuador el 65,5% tenía talla normal y el 34,5% se ubicaron en altos; en cuanto al peso el 67,6% tenía peso normal, el 16,2% obesidad y el 16,2% sobrepeso. Concluyen luego de calcular el IMC que hay una concordancia moderada entre el peso y la talla las dos curvas de crecimiento, pero hay mayor concordancia con el IMC (Mera Flores y Toledo Santana, 2022).

El estudio titulado “Ajuste de un modelo de regresión para predecir patrones de crecimiento en niños menores de 5 años en la provincia de Chimborazo” se desarrolló con el objetivo de “predecir patrones de crecimiento en niños menores de 5 años que acuden a controles médicos en los centros del Ministerio de Salud Pública en la provincia de Chimborazo.” Recurriendo a la metodología del estudio transversal y la información recaudada entre 2016 y 2020 de la talla y peso de los niños que asistieron a control en los diferentes centros de la salud de Chimborazo, en base a ello se compararon los resultados obtenidos con los patrones de crecimiento establecidos por la OMS. Obteniendo que los patrones de crecimiento del grupo de niños menores de 5 años resultaron ser diferentes al patrón de crecimiento de la OMS, solo guardaron concordancia el IMC con los del grupo de niños menores de 2 meses (Meneses Freire y Tenempaguay Tixi, 2023).

Locales

Considerando que no logró ubicar una investigación relacionada directamente con la curva de crecimiento de los niños del cantón Guaranda de la provincia Bolívar durante la primera infancia, se encontró cierta información relacionada con el IMC de niños menores de 2 años en la investigación titulada “Factores de riesgo que se asocian a la desnutrición aguda, en niños/as desde el primer mes hasta los 2 años de edad, que acuden al Centro de Salud ‘‘Simiatug’’ en la provincia de Bolívar en el periodo 2023-2024”, puesto que la desnutrición infantil guarda relación directa con el crecimiento y con el IMC. Para determinar los riesgos asociados a la desnutrición 80 niños menores de 2 años que asisten a consulta en el CS. Simiatug, se desarrolló una investigación cuantitativa y se tomaron las medidas antropométricas de los niños, determinando que 15% de los niños eran menores de 6 meses, el 35% tenían una edad entre 6 y 12 meses y el 50% tenía entre 12 meses y 2 años; en la relación peso/talla el 3% presentaba sobrepeso, el 44% emaciado, el 14% severamente emaciado y el 40% era normal; en la relación talla/edad el 54% tenía talla baja, 29% baja talla severa, el 14% tenía talla normal y el 3% talla alta; en la relación peso/edad el 45% tenía peso bajo; el 26% bajo peso severo, el 3% peso elevado para su edad y el 26% peso normal. Concluyendo que la mayoría de los niños están en riesgo de desnutrición aguda y sólo el 40% tenía una relación normal entre el peso y la talla de acuerdo con los parámetros establecidos (Rea Chela y Remache Yausen, 2024).

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Primera infancia

La primera infancia en la vida del niño se refiere al periodo anterior a su nacimiento o de los 0 años hasta los 5 años y se considera importante para la obtención del desarrollo físico, cognitivo, social y emocional, ya que ocurren los mayores y más numerosos cambios en el desarrollo (Unar-Munguía et al., 2023). El desarrollo del cerebro en estos años ocurre de tal manera que al nacer solo está aproximadamente al 30%, pero para cuando el niño tiene tres años, el tamaño del cerebro es aproximadamente el 90% del de una persona completamente adulta. A medida que el tamaño del cerebro es mayor que el de un bebé, es más fácil para el niño aprender actividades esenciales para la vida diaria. Sin embargo, hay familias, así como factores sociales, como la nutrición y las interacciones sociales, que también tienen un impacto en el desarrollo neural, así como en las capacidades cognitivas y conductuales (Ocaña-Noriega y Sagñay, 2020).

El futuro logro académico, el crecimiento emocional y la integración social se basan en la calidad de la etapa temprana de cuidado y estimulación que se recibe durante la primera infancia (Pisuña y Larco, 2023). Por esta razón, UNICEF y otras organizaciones abogan por la importancia de estrategias y modelos que busquen proporcionar un espacio seguro y alentador con nutrición y salud apropiadas para prevenir la desnutrición o la sobrealimentación que pueden ser perjudiciales para el éxito educativo y la capacidad de ser adultos independientes en el futuro (UNICEF, 2020).

2.2.2. Crecimiento

El crecimiento y el desarrollo de los niños en la primera infancia son conceptos entrelazados que son bastante difícil de separar. El crecimiento está relacionado con incremento de la masa corporal, del peso, de la talla, de los órganos, es decir el aumento de magnitud del cuerpo en general (Pons et al., 2022). Mientras que el desarrollo es un proceso dinámico y ordenado que abarca la interrelación de la integración física, cognitiva, social y emocional que son cruciales para el proceso de formación, así como para dar respuesta a los estímulos del entorno biofísico y para el desarrollo de habilidades motrices, para expresar sus pensamientos sentimientos y establecer relaciones interpersonales. Por lo tanto, el crecimiento infantil implica la autorregulación de comportamientos y conductas (Torres Escalante, 2022).

El crecimiento físico por su parte desde el momento del nacimiento se puede notar en el aumento de tamaño y peso del niño y también en el desarrollo por edad de varios órganos y sistemas en el cuerpo. Estas variaciones de la normalidad tienen un orden que es determinado por factores genéticos, biológicos y ambientales; sin embargo, hay un rápido crecimiento del sistema nervioso central del infante en los primeros dos años de vida, lo que permite al niño desarrollar conexiones neuronales que facilitan el aprendizaje al modelar el entorno (Hernández et al., 2020).

2.2.3. Dimensiones del desarrollo

El crecimiento del ser humano es un proceso bastante complejo, donde existe una interdependencia entre cuatro aspectos básicos del desarrollo físico, cognoscitivo, emocional y social (Gallardo et al., 2022).

- El desarrollo físico, abarca los aspectos relacionados con la genética, el crecimiento de los partes y sistemas del cuerpo humano, los cambios en la motricidad gruesa y fina, adquirir el ritmo del sueño y el funcionamiento sexual (Cárdenas, 2021).
- El desarrollo cognitivo, abarca los aspectos relacionados con los cambios que se producen a nivel intelectual, tales como el pensamiento, la capacidad para dar solución a los problemas, el aprendizaje, la formación de recuerdos, los cuales están influidos por aspectos hereditarios y la relación con el entorno (Rosales et al., 2023).
- El desarrollo emocional y afectivo, este abarca los aspectos relacionados con el desarrollo del apego, la seguridad, la confianza, el amor, el respeto, las emociones y el temperamento, así como el desarrollo de la autonomía y el manejo de las emociones (Morales, 2021).
- El desarrollo social, abarca los aspectos relacionados con la moral, las relaciones con los padres, la familia y amigos, el desempeño de roles en el entorno social (Universidad Nacional Autónoma de México, 2017).

2.2.4. Etapas de crecimiento y desarrollo multidimensional del niño de 0 a 5 años

Las etapas del crecimiento del niño de 0 a 5 años se dividen en diferentes fases del desarrollo en base a características físicas, psico-emotivas y afectivo-sociales.

Entre los 0 y 3 meses: el recién nacido que se sostiene en brazos, mueve la cabeza de un lado a otro, responde al tónico nuchal, las manos mantienen el puño aún cerrado. Cuando está dormido, al escucharse un sonido va a responder con movimientos del cuerpo y al despertarse mira hacia donde se produce el ruido, sigue con la vista de un objeto o persona. Emite ruidos de garganta y agarra con sus manos suavemente (Hernández et al., 2020).

Entre los 3 a 6 meses: en la motricidad gruesa apoya la cabeza, que empieza a ser sostenida en todos los movimientos, hacer rotaciones y laterales, el niño comienza a mover brazos, manos y piernas para arrastrarse y a girar su cuerpo primero hacia uno y luego hacia el otro lado. Comienza a trabajar la motricidad fina al jugar con las manos, con el chupete y al recibir el pecho abre la boca solo estableciendo una relación entre la boca y la comida. Empieza a abrir sus manos para intentar asir objetos. Distingue correctamente los gestos de enfado y escucha los timbres que corresponden, reír y pronunciará sonidos imitando palabras. (Salinas et al., 2022).

Entre los 6 a 9 meses: se lleva los pies a la cara y empieza a enfocar su torso hacia adelante mientras sostiene el peso sobre los brazos; observa los objetos e inicia un movimiento en el agarre de pinza, el primero realizado en este tiempo, empieza a pasar un objeto entre su mano y a mover las piernas para ayudar en el movimiento de los objetos y dar muestras iniciales de gateo, además de esta manera, al sonar objetos el niño imitando sus sonidos y se oye por primera vez. Se atisba la aparición de la primera palabra y presta más atención cuando come (Hurtado Roque y Vargas Palma, 2022).

Entre los 9 a 12 meses: el gateo es ya habitual y la movilización es independiente, se sostiene sentado sin ayuda, se arrastra sobre el estómago e inicia

acciones de ponerse de pie con apoyo y hace sus primeros pasos. El niño caminará sosteniendo una mano y a veces la otra mano puede estar sosteniendo un objeto. Puede permanecer de pie por un corto tiempo y se inclinará para recoger un apoyo. Utiliza sus dedos pulgar e índice para sujetarse y para sostenerse objetos. Centra su atención en ciertos objetos que le interesan Se gira hacia el sonido de su nombre, mueve su cuerpo mientras escucha música, juega juegos simples como caerse y levantarse, come alimentos sin asistencia y muestra su alegría o enojo. Para los 12 meses, será capaz de sostener un tercer objeto sin soltar los primeros dos, puede abrir una caja y alcanzar el contenido dentro, imita acciones, puede colocar un cubo en una ranura, así como dibujar con un lápiz en el papel, hacer sonar una campana o golpear un tambor (Lizarraga Maravi, 2021).

Entre 1 a 2 años: el desarrollo físico también sigue creciendo de manera permanente en el segundo año de vida, aunque no de la misma intensidad y espectacularidad de los 12 meses anteriores. A la edad de quince meses la mayoría de los niños caminan solos, serán capaces de dar algún paso, ponerse de pie y retomar la marcha, con la ayuda de un adulto va a ser capaz de subir y bajar escaleras. Después de observar como lo hace, puede hacer una torre poniendo dos cubos, puede organizar el juego de la pelota basándose en el adulto y retornarla suavemente si se la lanzan, puede meter y sacar algunos objetos de la caja siguiendo instrucciones, entiende y es capaz de seguir algunos comandos como poner un cubo en el lugar apropiado, golpear dos palos sobre la superficie o dibujar líneas usando solo un lápiz (Chanatásig Pichucho, 2020).

A los dieciocho meses el niño ya puede hacer muchas actividades solo y así traspasar obstáculos más altos, también en esta edad puede empujar la pelota pateándola mientras avanza, apilar mayor número de cubos o bloques en una

torre. Para este momento el niño ya puede beber solo del vaso, usar cucharas o tenedores e incluso dice lo que le gusta y lo que no, observa imágenes de un libro y reconoce algunas. El niño ya realiza las funciones opuestas a las que se le piden (Chanatásig Pichucho, 2020).

A la edad de 2 a 3 años: el niño habrá alcanzado una estatura y un cuerpo más robusto. Los varones poseen una mayor cantidad de tejido muscular pero las hembras en cambio retienen una mayor masa adiposa. Alrededor de los 24 meses se espera que muchos de ellos sean capaces de hacer torres con seis o siete bloques además de cogerse el bastón, ser más capaces de identificar las imágenes que le enseñas siendo más innovador al respecto, girar una hoja de un libro sin romperla, andar con un adulto y en gran medida va a repetir los movimientos del adulto. Apoyar su cabeza con las manos, levantar las manos, correr y lanzar pelotas (Maganto Mateo y Cruz Sáez, 2020).

Cuando el niño tiene dos años y medio, su equilibrio se ha perfeccionado y ya es capaz de correr y saltar con los pies juntos sin caerse. Suben y bajan las escaleras rápidamente, trepan a la cama y muebles. Además, podrá saltar un escalón con la ayuda de un adulto. Sabrá columpiarse, trepar para deslizarse por la rampa del tobogán, en la próxima etapa le enseñará a girar el pedal de la bici. Utilizará los cubos para construir una torre, puente con tres secciones, carros y otros objetos. Deben saber cómo realizar líneas verticales y horizontales, hacer movimientos que les permiten agarrar y encajar diferentes formas apretando el puño, mover el pulgar por separado y contar los dedos con el pulgar (Maganto Mateo y Cruz Sáez, 2020) .

Al cumplir 3 años el infante tiene ya cierta competencia en el control de la motricidad gruesa ya que los músculos de gran tamaño en ellos se desarrollan con

anterioridad a los músculos de menor tamaño. El crecimiento estará en función a las diferentes partes del cuerpo, en la cabeza es más lento, en el tronco sigue un ritmo constante y en las extremidades inferiores es bastante más acelerado que el resto. A esta edad ya puede mantenerse de pie sobre un pie e intentar hacer algunos saltos, puede subir y bajar las escaleras alternando los pies e incluso es capaz de saltar un escalón de alrededor de quince o dieciocho centímetros por sí solo. En la motricidad fina estará ocupado con construcciones puede construir la torre con nueve cubos o más, al perfeccionar el agarre, puede hacer un círculo y colorearlo, copiará trazos. Podrá manipular objetos como transferir líquido de un vaso a otro sin derramarlo, abrochar y desabrochar botones, cortará con cierta dificultad una tira de papel con tijeras (Molina Calderón y Piñón Gamez, 2024).

2.2.5. Teorías del desarrollo infantil

Cuadro 1. Teorías relacionadas con el desarrollo infantil

Teorías	Nombre y autor	Descripción
Teorías cognitivas del desarrollo del pensamiento	Teoría del conocimiento de Jean Piaget	El desarrollo del niño se da por etapas y está relacionado con la maduración biológica y la interacción con el entorno
	Teoría del desarrollo próximo de Vigotsky	El desarrollo del niño está moldeado por la sociedad y las interacciones sociales
	Teoría del procesamiento de información	El niño se desarrolla en función de sus estructuras internas que tienen la capacidad de procesar información del entorno, construir representaciones y esquemas que determinan su percepción de la realidad
Teorías del desarrollo de la personalidad	Teoría psicosexual de S. Freud	El desarrollo se da por una serie de acciones complementarias e interrelacionadas con la energía innata de los impulsos

		inconscientes y las conductas adquiridas, pasando por 5 etapas: oral, anal, fálica, latencia y genital
	Teoría Psicosocial de E, Erikson	En cada etapa del desarrollo el YO del niño tiene que resolver un conflicto y cada vez que lo soluciona crece y aumenta la fuerza del YO entre confianza y desconfianza, autonomía y duda, exploración y disfunción, laboriosidad e inferioridad, intimida y aislamiento
Teorías del aprendizaje	Teoría de conductismo clásico de Watson, Pávlov y Skinner	Los niños se desarrollan en función de sus reflejos innatos, los cuales se enriquecen en función de los estímulos y respuesta, que refuerzan positiva o negativamente las conductas
	Teoría del aprendizaje social de Bandura	El aprendizaje está determinado con el ambiente en que se desarrolla el niño, pues es un receptor de estímulos externos y de refuerzos al observar lo que hace otra persona
Teorías sociobiológicas	Teoría del Apego de Bowlby	El niño nace inmaduro por lo que precisa para poder desarrollarse y crear estructuras mentales, formar un vínculo interactuando con una figura de apego
	Teoría del desarrollo moral de L. Kohlberg	El desarrollo de la ética en el niño se da en tres etapas: Preconvencional aprende al relacionar obediencia y castigo; Convencional aprende al interactuar socialmente; Posconvencional aprende acatando las normas morales y sociales
Teorías humanísticas	Teoría de Rogers	El niño nace libre y con autodeterminación, pero la percepción y valoración del entorno moldea el desarrollo de

	sus potencialidades para ser como él quiere ser.
Teoría de Maslow	Para el desarrollo humano es necesario identificar y jerarquizar las distintas necesidades humanas, para satisfacerlas desde las más básicas hasta las más complejas

Autoría propia

Fuentes: (Díaz Ponce Leon, 2022) & (Frenkel Santillan, 2020) (Ruiz y Vélez, 2022)

2.2.6. Factores que inciden en el crecimiento de los niños en la primera infancia

- Socioeconómicos: son factores relacionados con las condiciones sociales y económicas del entorno familiar, tales como la pobreza, la desigualdad social, el bajo nivel académico de las madres, el difícil acceso a la atención sanitaria, falta de condiciones higiénicas y saneamiento ambiental, carencia de servicios públicos (Bonilla y Noriega, 2023).
- Nutricionales: son factores que están relacionados con la ausencia de lactancia materna exclusiva, carencia de alimentos complementarios balanceados, inicio tardío o insuficiente de la alimentación complementaria en los primeros años de vida, que aumentan el riesgo de desnutrición infantil
- Salud: son los factores de riesgo relacionados con las condiciones de vida y estilo de vida en las que se desarrolla el niño incluso antes de nacer, aunado a la falta de atención médica durante el embarazo y del niño después de nacer, factores que inciden directa o indirectamente en el desarrollo de enfermedades principalmente infecciosas, que condicionan el

crecimiento de los niños en la primera infancia (Guapi Sayay y Heredia Torres, 2024)

2.2.7. Evaluación del crecimiento en la primera infancia

La evaluación del crecimiento infantil se basa en la técnica de valoración antropométrica, que no es más que la toma de medida desde el momento del nacimiento y en cada control médico la longitud, el peso, la talla y el perímetro cefálico y torácico del niño (Flores, 2022). Con estos resultados se establece científicamente si el crecimiento del niño es adecuado o inadecuado al compararlos con los patrones de crecimiento niños y niñas. En los niños menores de 24 meses se toman otras medidas para determinar el crecimiento de los órganos, el crecimiento de segmentos del cuerpo y de tejidos, así como el estado nutricional. La combinación de las medidas de talla, peso y edad permite realizar una evaluación del crecimiento normal desde el momento de nacer (Ocampos, 2022)

Los índices antropométricos se calculan las siguientes relaciones:

- Peso/edad para evaluar el crecimiento general como indicador de la cantidad de masa corporal y masa muscular.
- Talla/peso para evaluar el crecimiento longitudinal de los huesos del niño, lo que permite establecer la nutrición.
- Peso/ talla para evaluar si hay armonía en el crecimiento (Salas Jimenez, 2024).

2.2.8. Ventajas y desventajas de la valoración antropométrica

La etimología de la palabra antropometría está compuesta de dos vocablos antropo que significa ser humano y *métrica* que significa medidas, por lo tanto, la valoración antropométrica es una técnica cuantitativa que se emplea para medir

científicamente algunos componentes del ser humano, incluyendo el componente esquelético, el grosor de la piel, además permite realizar una valoración nutricional, pero como toda técnica de medida tiene sus ventajas y desventajas.

Ventajas la valoración antropométrica

- Permite tener una idea en base a sus resultados de la cantidad de tejido graso acumulado y de la composición del tejido muscular.
- Permite realizar diagnóstico de desnutrición.
- Facilita información confiable para los estudios epidemiológicos.
- Puede ser utilizada en cualquier persona, sin importar la edad.
- Puede ser empleada en cualquier circunstancia y lugar.
- Todos los resultados pueden ser comparados con un patrón referencial de medidas establecido por entidades especializadas.
- Los métodos utilizados para obtener las medidas no son invasivos.
- Los equipos utilizados son económicos, de fácil acceso y de manipular.

Desventajas la valoración antropométrica

- Los equipos tienen que estar bien calibrados para evitar errores de medida.
- Para manejar los equipos se requiere de personal capacitado, calificado y diestro para que no se comentan errores de medida.
- Para que los resultados sean confiables se requiere de exactitud y precisión del personal.
- La técnica debe ser aplicada de forma precisa.

- El personal debe conocer y saber utilizar los patrones de comparación de medida establecidos y actualizados (Cerrón Andamayo y Solano Prado, 2021).

2.2.9. Técnicas para realizar las medidas antropométricas de peso y talla en niños

El proceso de toma de medidas de talla, longitud y peso en niños varía según la edad, ya que se deben utilizar métodos y herramientas adecuadas a su desarrollo. A continuación, se explica cómo se realiza la medición en cada etapa:

La talla mide el tamaño del individuo desde la coronilla de la cabeza hasta los pies (talones), el niño se mide de pie (parado). La talla se toma en niños mayores de 24 meses. Y la longitud mide el tamaño del niño desde la coronilla de la cabeza hasta los pies (talones), y se mide acostado. Esta medida se toma en niños de 0 a 24 meses .

1. Peso

La medición del peso en niños se realiza de la siguiente manera:

- **Recién nacidos y lactantes menores de 2 años:** Se usa una balanza pediátrica digital o mecánica. El bebé debe estar desnudo o con ropa mínima para obtener un peso preciso.
- **Niños mayores de 2 años:** Se usa una balanza de plataforma o una báscula digital de pie. El niño debe estar descalzo y con ropa ligera.

2. Talla o Longitud

La medición de la talla o longitud depende de la edad del niño:

a) Longitud (niños menores de 2 años)

- Se mide con un infantómetro o un tallímetro pediátrico.

- El niño debe estar acostado boca arriba, con la cabeza tocando el extremo fijo del infantómetro y los pies extendidos hasta la parte móvil del instrumento.
- Se debe asegurar que la cabeza esté en posición neutral y que las piernas estén estiradas.

b) Talla (niños mayores de 2 años)

- Se mide con un tallímetro de pared o estadiómetro.
- El niño debe estar de pie, descalzo, con los pies juntos y la espalda recta, apoyando la cabeza, los hombros, los glúteos y los talones contra la pared.
- La cabeza debe estar en la posición de plano de Frankfurt (línea imaginaria entre el borde inferior de la órbita del ojo y el borde superior del conducto auditivo externo paralela al suelo).
- Se coloca la varilla del tallímetro sobre la cabeza y se toma la medida.

Niños de más de 24 meses

Para niños mayores de 24 meses (2 años en adelante), la toma de medidas de peso y talla se realiza con técnicas específicas para garantizar la precisión de los datos. A continuación, se detallan los procedimientos adecuados:

1. Medición del Peso

Materiales necesarios:

- Báscula digital o mecánica de plataforma.
- Superficie firme y estable.

Procedimiento:

- Asegurar que la báscula esté calibrada y en **cerro** antes de iniciar la medición.

- El niño debe estar **descalzo** y con la menor cantidad de ropa posible para evitar alteraciones en la medida.
- Indicarle que se coloque de pie en el centro de la báscula, con el peso distribuido de manera equilibrada en ambos pies.
- Esperar unos segundos hasta que el peso se estabilice y **registrar el valor en kilogramos**.
- Repetir la medición si es necesario para verificar precisión.

2. Medición de la Talla

Materiales necesarios:

- Tallímetro fijo a la pared o estadiómetro portátil.
- Superficie plana sin alfombras o desniveles.

Procedimiento:

- El niño debe estar descalzo y con la cabeza descubierta (sin gorras, diademas, etc.).
- Ubicarlo de pie, con la espalda recta, pegando los talones, glúteos, espalda y cabeza a la pared o al estadiómetro.
- Asegurar que los pies estén juntos, los brazos relajados a los lados del cuerpo y la mirada al frente.
- Colocar la cabeza en el plano de Frankfurt (una línea imaginaria desde el borde inferior de la órbita ocular hasta el borde superior del conducto auditivo externo, paralela al suelo).
- Deslizar la regla o el tope del tallímetro hasta que toque la parte superior de la cabeza.
- Registrar la medida en centímetros (cm) con precisión.
- Realizar la medición dos veces para verificar la exactitud.

Para tomar las principales mediciones del niño que va a hacer medido (Norte Navarro et al., 2022)

2.2.10. Índice de masa corporal

El índice de masa corporal (IMC) también llamado índice de Quételet por su creador Lambert Quételet (1835) está basado en las medidas antropométricas de talla y peso de una persona. El IMC proporciona información útil para determinar los patrones de crecimiento de los niños, para detectar el estado nutricional y los riesgos asociados (Vega Falcón et al., 2020) .

Para calcular el IMC se aplica la siguiente fórmula

$$\text{IMC} = \text{peso (Kg)} / \text{altura (m)}^2$$

En base a los resultados obtenidos, se puede ubicar al niño de acuerdo con el sexo y edad en clasificación nutricional de desnutrición, delgadez, peso normal, sobrepeso, obesidad u obesidad mórbida (Lomaglio et al., 2022).

2.2.11. Incremento de peso en niños menores de 2 años

Los cambios en el primer año de vida son más pronunciados, en los niños (0-24 meses) hay un incremento de peso de aproximadamente 2 a 2.5 kg y en torno a la talla de 10 cm, con las niñas la talla y el peso son inferiores. Por ejemplo, se ha dicho que un niño de 2 años llega a tener un peso entre 12 a 12.5 kg y una estatura de 85 a 86 cm y en las niñas se estima un peso entre 11.5 a 12 kg y una talla de 84.5 a 85 cm. A la vez en ambos sexos va a aumentar el peso del cerebro y se completa la edad madura en el sistema nervioso donde se da la posibilidad de movimiento armónico, pero a su vez musculoso y a lograr mayor precisión (Pérez Fernández, 2022).

2.2.12. Retraso del crecimiento infantil

Es una consecuencia directa de la desnutrición infantil crónica, el cual se identifica al establecer la relación entre la talla y la edad del niño, esta condición de retraso del crecimiento infantil puede estar asociado a las condiciones de vida, a la situación económica de la madre, falta de nutrientes en la alimentación diaria, enfermedades infecciosas, entre otras causas (Rea Chela y Remache Yausen, 2024)

El retraso del crecimiento implica un retardo significativo en el desarrollo físico y es un indicativo de que la talla del niño se encuentra muy por debajo de los indicadores estándar de referencia establecidos para su edad, esto además implica una perturbación en el crecimiento armonioso del niño, impactando su desarrollo personal (Nagua Jiménez, 2024).

2.2.13. Canalización del crecimiento infantil

El concepto de canalización del crecimiento fue introducido en la biología del crecimiento por Waddington (1942). La canalización del crecimiento está relacionada con mantener el crecimiento del niño dentro de los canales de perceptibles, representados por las curvas de crecimiento de la estatura. Los niños y las niñas a lo largo de los canales percentiles crecen en forma paralela y medidos en la primera infancia deben permanecer dentro de estos canales, si están los valores por debajo indican que tiene una talla baja y por encima una talla alta para su edad y sexo (Lejarraga, 2021).

2.2.14. Curvas de crecimiento de la Organización Mundial de la Salud

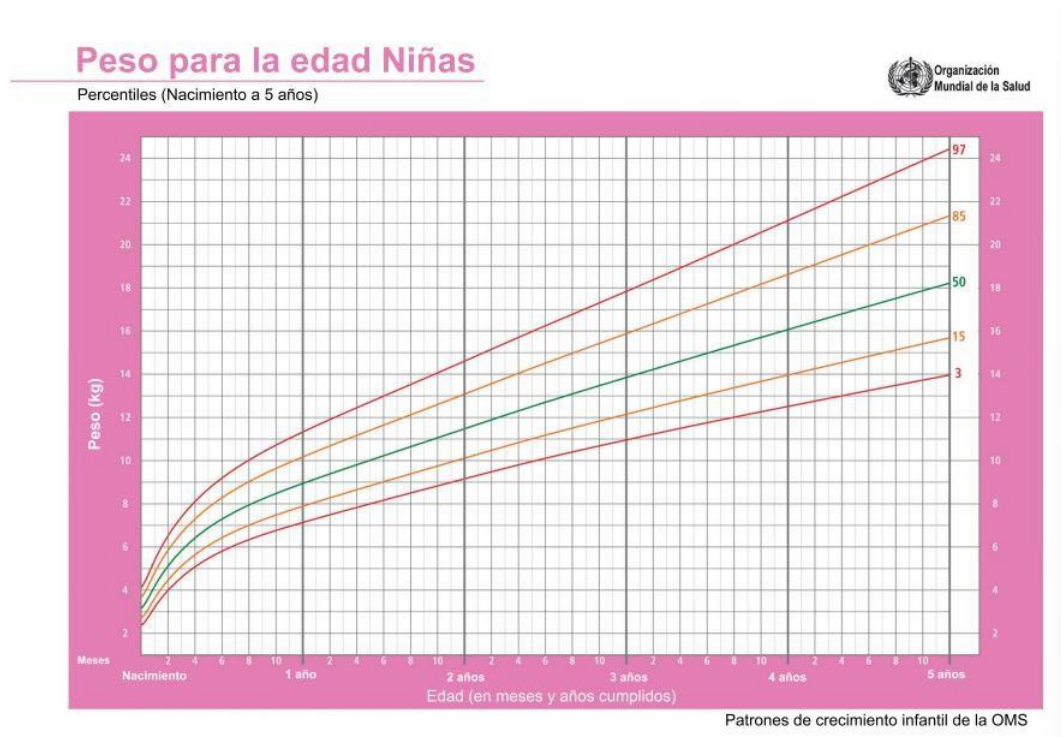
Para la Organización Mundial de la Salud es importante medir el crecimiento de los niños lactantes y durante la primera infancia, al considerar que

un crecimiento inadecuado es un indicador de la desnutrición infantil. Para la OMS la utilización de los patrones de crecimiento infantil es una herramienta que permite hacer diagnóstico al monitorear y evaluar a los niños menores de 5 años a nivel mundial, mediante el seguimiento del peso corporal y la estatura. Estos patrones permiten detectar que los niños estén creciendo adecuadamente, para ello la OMS ha estructurado tablas de crecimiento con los patrones de crecimiento infantil para niñas y niños, que van desde el momento del nacimiento hasta los 5 años de edad (Organización Mundial de la Salud, 2022).

El Patrón Internacional de Crecimiento Infantil de la OMS permite a los profesionales de la salud evaluar de forma confiable el crecimiento y desarrollo de los niños de forma individual, para mejorar las oportunidades de crecimiento y desarrollo (Ministerio de Salud Argentino, 2024).

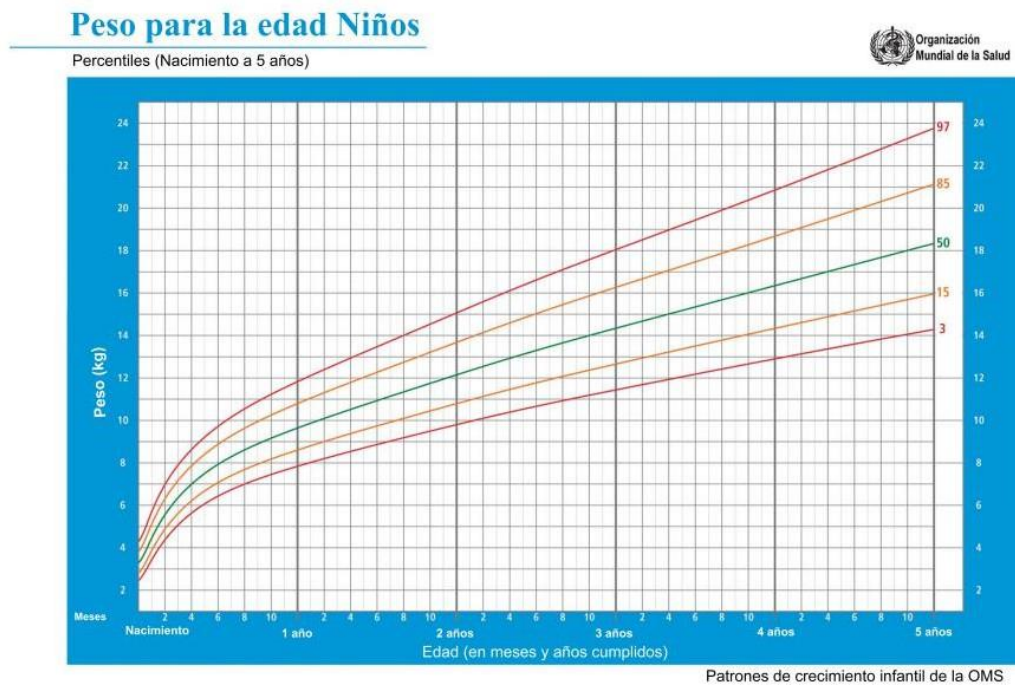
Curvas de crecimiento de la OMS En Percentiles

Gráfico 1 Peso para la edad niñas 0 a 5 años en percentiles



Fuente: (German, 2023)

Gráfico 2 Peso para la edad niños 0 a 5 años en percentiles

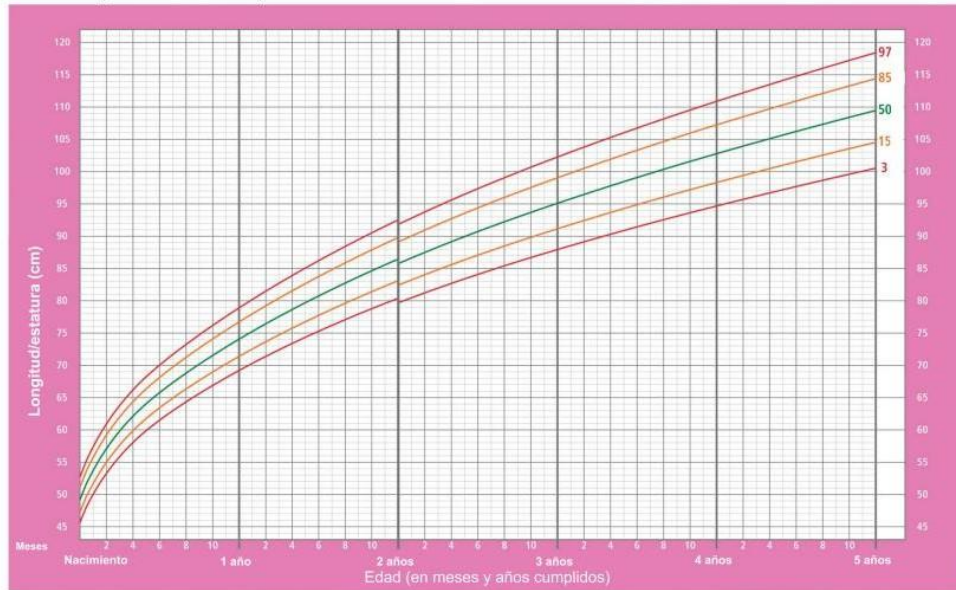


Fuente: (German, 2023)

Gráfico 3 Longitud/estatura para la edad niñas 0 a 5 años en percentiles

Longitud/estatura para la edad Niñas

Percentiles (Nacimiento a 5 años)



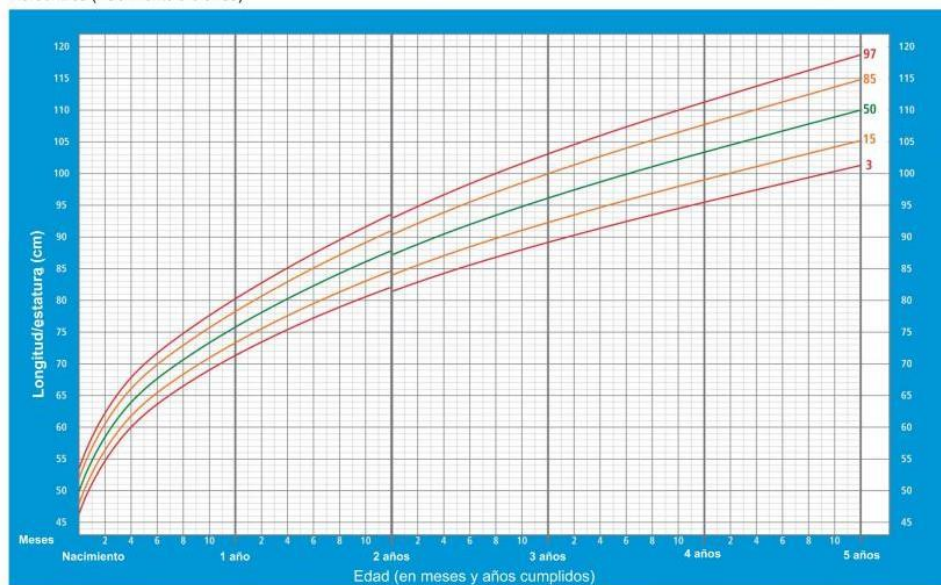
Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Fuente: (Junco, 2022)

Gráfico 4 Longitud/estatura para la edad niños 0 a 5 años en percentiles

Longitud/estatura para la edad Niños

Percentiles (Nacimiento a 5 años)



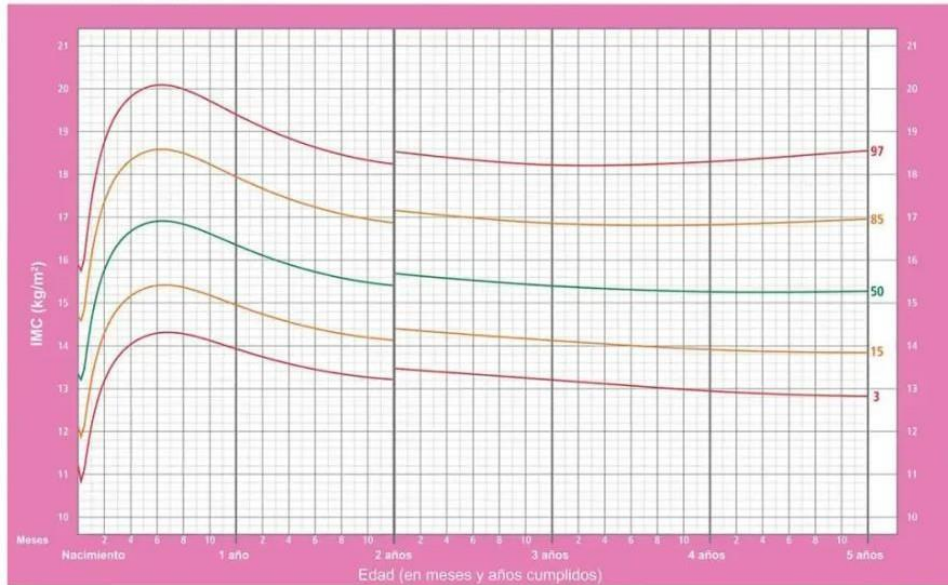
Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Fuente: (Junco, 2022)

Gráfico 5 IMC para la edad niñas 0 a 5 años en percentiles

IMC para la edad Niñas

Percentiles (Nacimiento a 5 años)

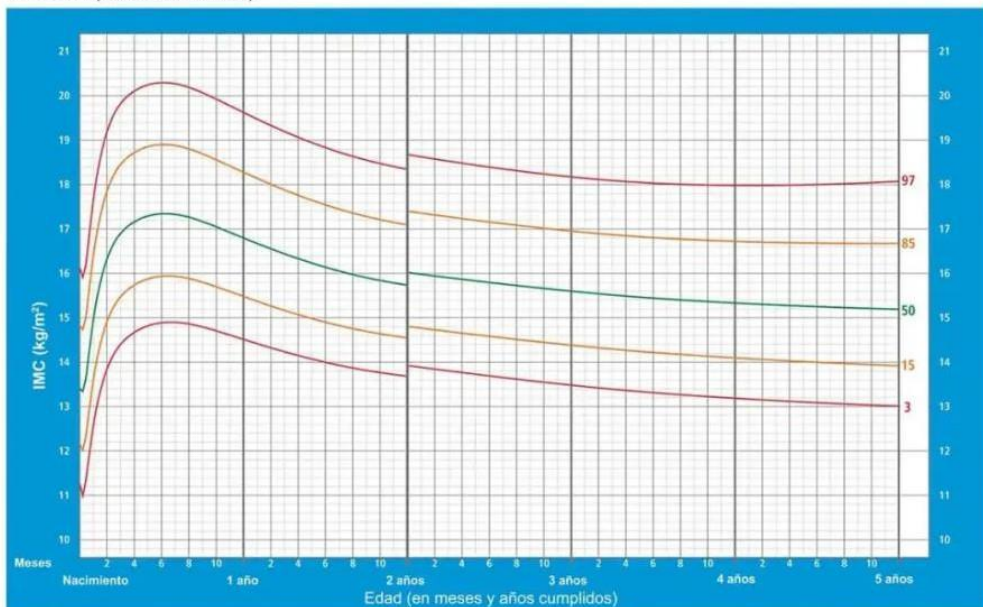


Fuente: (German, 2023)

Gráfico 6 IMC para la edad niños 0 a 5 años en percentiles

IMC para la edad Niños

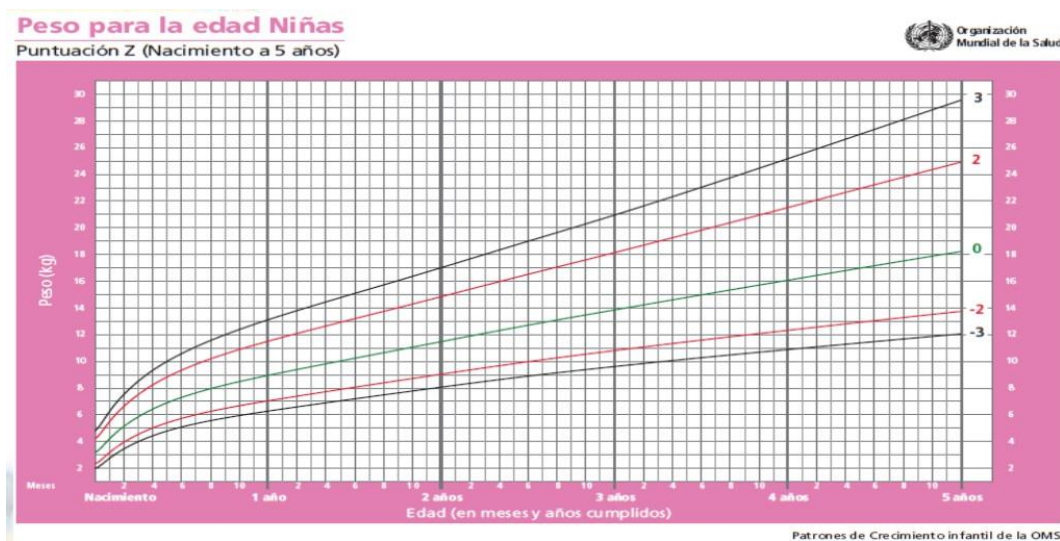
Percentiles (Nacimiento a 5 años)



Fuente: (German, 2023)

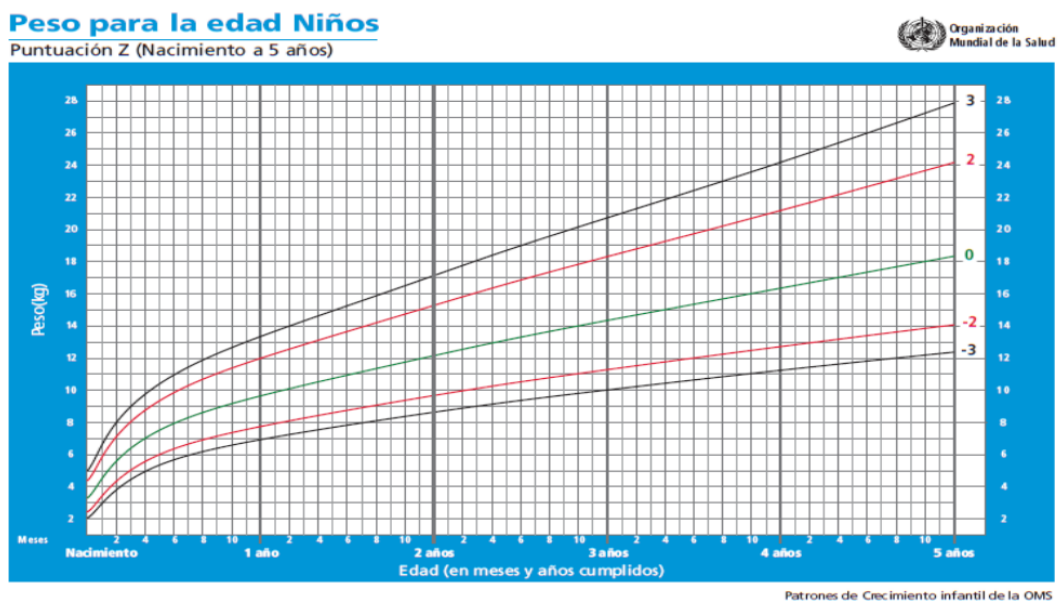
Curvas de crecimiento infantil Puntuación Z

Gráfico 7 Peso para la edad niñas 0 a 5 años en puntuación z



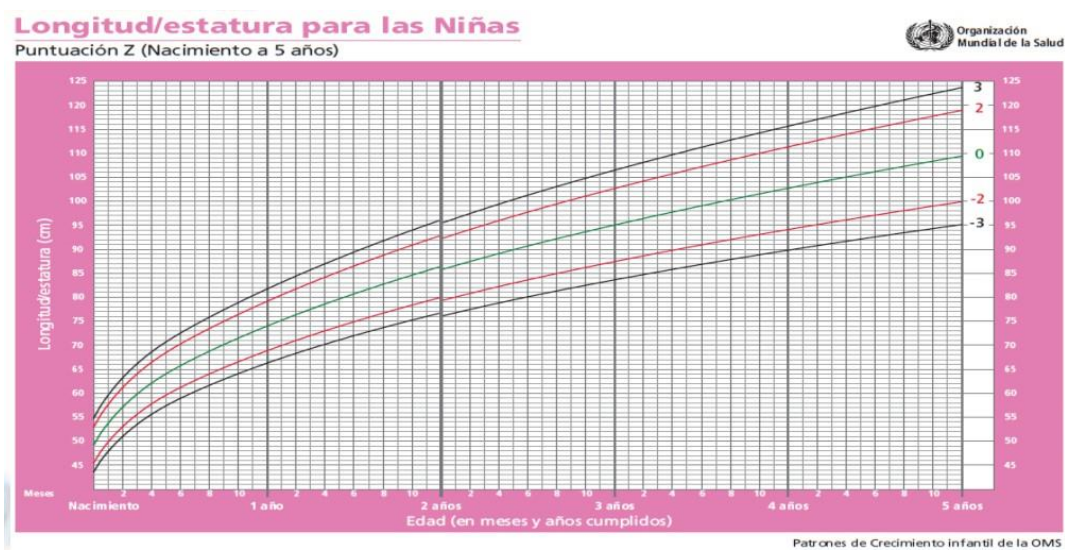
Fuente: (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2016)

Gráfico 8 Peso para la edad niños 0 a 5 años en puntuación z



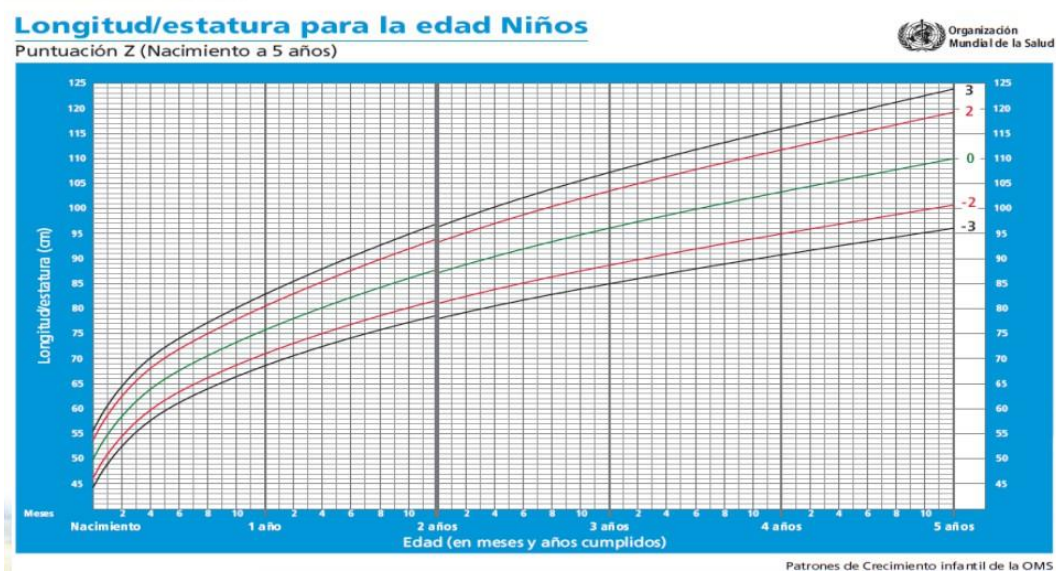
Fuente: (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2016)

Gráfico 9 Longitud/estatura para la edad niñas 0 a 5 años en puntuación z



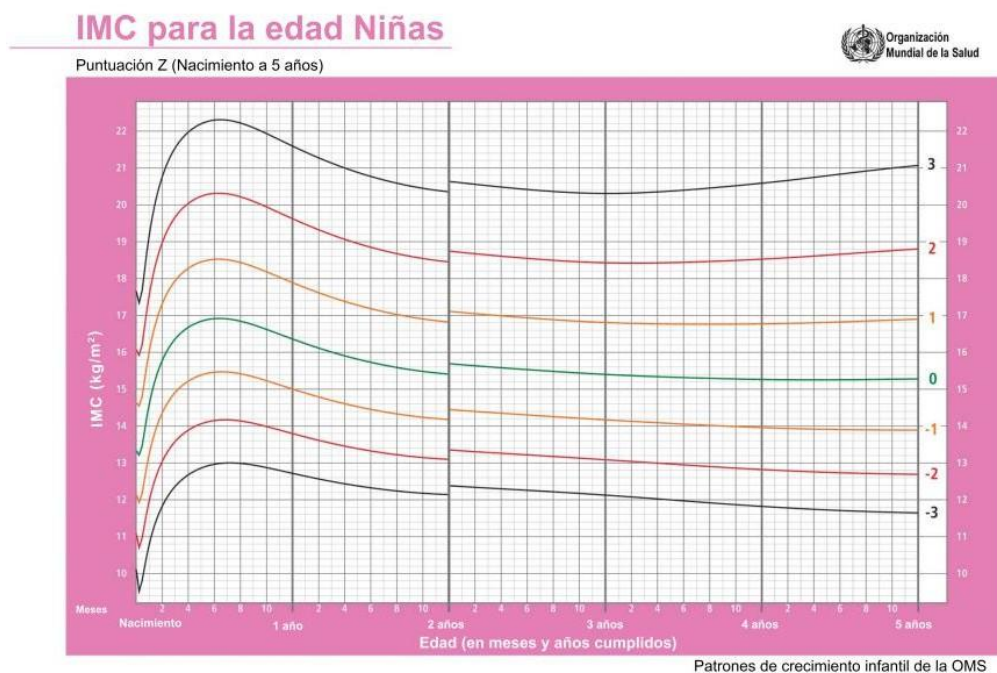
Fuente: (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2016)

Gráfico 10 Longitud/estatura para la edad niños 0 a 5 años en puntuación z



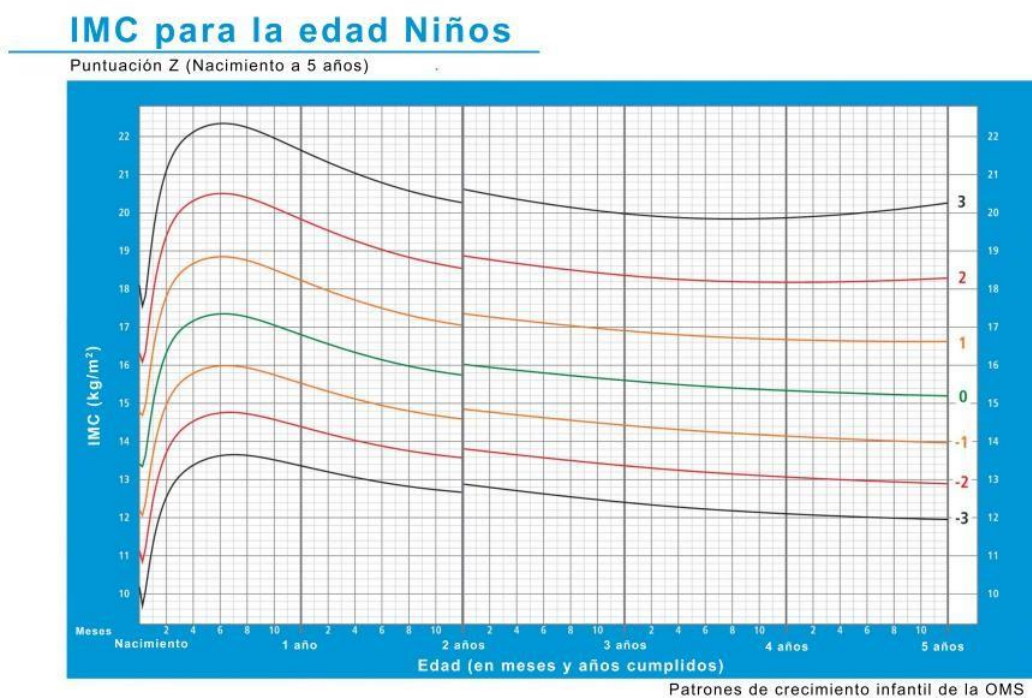
Fuente: (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2016)

Gráfico 11 IMC para la edad niñas 0 a 5 años en puntuación z



Fuente: (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2016)

Gráfico 12 IMC para la edad niños 0 a 5 años en puntuación z



Fuente: (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2016)

Cuadro 2. Patrones Internacionales de Crecimiento Infantil de la OMS para niños

TABLAS DE VELOCIDAD DE CRECIMIENTO SIMPLIFICADAS PARA MENORES DE 2 AÑOS

INCREMENTOS EN LA LONGITUD.
NIÑOS. Puntuación Z (3 a 24 meses)

Organización Mundial de la Salud

Interval	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Mediana	1 SD	2 SD	3 SD
0-3 mo	7.7	8.9	10.2	11.4	12.7	14.1	15.4
1-4 mo	6.0	7.1	8.3	9.5	10.7	11.9	13.2
2-5 mo	4.2	5.3	6.4	7.6	8.8	10.0	11.2
3-6 mo	3.0	4.0	5.1	6.2	7.4	8.5	9.7
4-7 mo	2.3	3.2	4.3	5.3	6.4	7.5	8.6
5-8 mo	1.8	2.8	3.7	4.7	5.8	6.8	7.9
6-9 mo	1.6	2.5	3.4	4.4	5.4	6.4	7.4
7-10 mo	1.4	2.3	3.2	4.1	5.1	6.1	7.1
8-11 mo	1.3	2.1	3.0	3.9	4.9	5.8	6.8
9-12 mo	1.2	2.0	2.9	3.8	4.7	5.7	6.7
10-13 mo	1.1	1.9	2.8	3.7	4.6	5.6	6.5
11-14 mo	1.0	1.8	2.6	3.5	4.5	5.4	6.4
12-15 mo	0.9	1.7	2.5	3.4	4.3	5.3	6.3
13-16 mo	0.7	1.5	2.4	3.3	4.2	5.2	6.1
14-17 mo	0.6	1.4	2.3	3.2	4.1	5.0	6.0
15-18 mo	0.6	1.3	2.2	3.1	4.0	4.9	5.9
16-19 mo	0.5	1.2	2.1	3.0	3.9	4.8	5.8
17-20 mo	0.4	1.2	2.0	2.9	3.8	4.8	5.7
18-21 mo	0.4	1.1	2.0	2.9	3.8	4.7	5.7
19-22 mo	0.3	1.1	1.9	2.8	3.7	4.7	5.6
20-23 mo	0.2	1.0	1.8	2.7	3.7	4.6	5.6

Fuente: (Ministerio de Salud Argentino, 2024, p. 28)

Cuadro 3. Patrones Internacionales de Crecimiento Infantil de la OMS para niños

TABLAS DE VELOCIDAD DE CRECIMIENTO SIMPLIFICADAS PARA MENORES DE 2 AÑOS

INCREMENTOS EN LA LONGITUD.
NIÑAS. Puntuación Z (3 a 24 meses)

Organización Mundial de la Salud

Interval	3 SD	-2 SD	-1 SD	Mediana	1 SD	2 SD	3 SD
0-3 mo	7.0	8.2	9.4	10.6	11.8	13.1	14.4
1-4 mo	5.3	6.5	7.6	8.8	10.0	11.2	12.4
2-5 mo	3.9	5.0	6.0	7.1	8.3	9.4	10.6
3-6 mo	2.9	3.9	4.9	5.9	7.0	8.1	9.2
4-7 mo	2.3	3.2	4.2	5.2	6.2	7.2	8.3
5-8 mo	1.9	2.8	3.7	4.7	5.7	6.7	7.8
6-9 mo	1.7	2.5	3.4	4.4	5.4	6.4	7.4
7-10 mo	1.5	2.4	3.3	4.2	5.2	6.1	7.1
8-11 mo	1.4	2.3	3.1	4.0	5.0	5.9	6.9
9-12 mo	1.3	2.1	3.0	3.9	4.8	5.7	6.7
10-13 mo	1.2	2.0	2.8	3.7	4.6	5.6	6.5
11-14 mo	1.1	1.9	2.7	3.6	4.5	5.5	6.4
12-15 mo	1.0	1.8	2.6	3.5	4.4	5.4	6.3
13-16 mo	0.9	1.7	2.5	3.4	4.3	5.3	6.2
14-17 mo	0.8	1.6	2.4	3.3	4.2	5.2	6.2
15-18 mo	0.7	1.5	2.3	3.2	4.1	5.1	6.1
16-19 mo	0.6	1.4	2.2	3.1	4.0	5.0	6.0
17-20 mo	0.6	1.3	2.1	3.0	4.0	4.9	5.9
18-21 mo	0.5	1.2	2.1	2.9	3.9	4.8	5.8
19-22 mo	0.4	1.2	2.0	2.9	3.8	4.7	5.7
20-23 mo	0.4	1.1	1.9	2.8	3.7	4.6	5.6
21-24 mo	0.3	1.0	1.8	2.7	3.6	4.5	5.5

Fuente: (Ministerio de Salud Argentino, 2024, p. 29)

2.2.15. Interpretación de las curvas de crecimiento.

La interpretación de los datos antropométricos de una muestra se realiza en función de los percentiles, la puntuación Z o los puntajes de la media, los cuales permiten observar una dispersión de la normalidad por exceso o por déficit de acuerdo con la edad y sexo de la muestra.

Interpretación de las curvas en percentiles

- El percentil permite expresar la posición de la persona dentro de una distribución de datos referenciales para hombres y mujeres. Las líneas percentiles normales están numeradas con 3, 10,25,50,75,90 y 97. Los niños con percentil 50 tiene una estatura media, por encima del percentil 97 son excesivamente altos y por debajo de 3 son excesivamente bajo (Caicedo Cardenas, 2021).

Interpretación mediante la puntuación Z

- La puntuación Z representa la media numérica de un conjunto de valores y expresan la distancia de la talla y peso de una persona con respecto al grupo poblacional. Esta puntuación permite observar la desviación del ritmo del crecimiento de los niños, ubicándolo como normal, retardado leve, moderado o grave (Caicedo Cardenas, 2021).

2.3. Definición de términos

Desnutrición: según la Organización Panamericana de la Salud “La desnutrición se caracteriza por una dieta monótona de baja calidad nutricional, deficientes en vitaminas y minerales”. (Rea Chela y Remache Yausen, 2024, p. 22)

Indicadores antropométricos: “reflejan el estado nutricional del individuo a través de la composición corporal, proporcionalidad y tamaño”. (Guapi Sayay y Heredia Torres, 2024, p. 19)

Índice de masa muscular: “diagnostica cómo se encuentra el peso corporal, al definir esto como nivel de tejido adiposo y asociarlo con la estatura, en base a esto considera necesariamente la complejidad del cuerpo”. (Cerrón Andamayo y Solano Prado, 2021, p. 30)

Percentiles: “Es una medida estadística de posición, la cual divide la distribución de los datos en cien partes iguales. Este valor aporta información sobre el porcentaje de observaciones de una variable, ordenados de menor a mayor, situados por debajo de este valor”. (Caicedo Cardenas, 2021, p. 8)

Peso: es un indicador antropométrico que expresa la masa corporal, se expresa en kilogramos o gramos (Reyes y Rodríguez, 2021).

Longitud. Mide el tamaño del niño desde la coronilla de la cabeza hasta los pies (talones), y se mide acostado. Esta medida se toma en niños de 0 a 24 meses.

Talla: es un indicador antropométrico que expresa la medida de una persona desde los talones hasta el vértice superior de la cabeza, en posición vertical (Reyes y Rodríguez, 2021).

2.4. Sistema de variables

Variable dependiente: Peso, talla/ longitud, perímetro cefálico.

Variable independiente: Crecimiento primera infancia: sexo, edad, etnia, residencia, socioeconómico.

2.5. Operacionalización de las variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Variable independiente: Crecimiento primera infancia: sexo, edad, etnia, residencia, socioeconómico, alimentación y cuidados del niño	El crecimiento está relacionado con incremento de la masa corporal, del peso, de la talla, de los órganos, es decir el aumento de magnitud del cuerpo en general (Torres Escalante, 2022)	Condiciones demográficas	Género	Femenino Masculino
			Edad	Menos de un año Entre 1 a 2 años Entre 2 a 3 años Entre 3 a 4 años Entre 4 a 5 años Fecha de nacimiento: Día Mes Año
			Etnia	Mestizo Indígena Blanco Afroecuatoriano

			Otro
		Lugar de vivienda	Zona rural Zona urbana
	Condiciones económicas	Socio	Tipo de familia
			Monoparental (Un solo padre y los hijos) Nuclear (Padre, madre e hijos) Extendida (Padres, hijos, abuelos, tíos y primos)
		Ingreso estimado mensualmente en el hogar	Menos de salario mínimo (460 \$) Entre 460\$ a 1000 \$ Más de 1000 \$
		En su hogar el agua de consumo (bebida y comida) es:	Filtrada/ de botellón/envasada Hervida De tubería De pozo De Río
		En su hogar la basura se elimina por:	Recolección del camión Disposición en vertedero Quema

			En su hogar las aguas residuales se disponen por.	Sistema de alcantarillado Por pozo séptico	
		Datos de peso y talla del niño	Peso	Kg	
			Talla	Cm	
			Fecha de toma de medidas	Día/mes/año	
Variable dependiente Peso, talla/ longitud, perímetro cefálico.		Indicadores antropométricos	Peso para la edad	Sobrepeso (+2 a +3) Peso normal (-2 a +2) Bajo peso (-2 a -3) Bajo peso severo (menos de -3)	
				Talla para la edad	Talla alta (+2 a +3) Talla normal (-2 a +2) Baja talla (-2 a +2) Baja talla severa (menos -3)
				IMC para la edad	Obesidad (más de +3) Sobrepeso (+2 a +3) Peso saludable (-2 a +2) Emaciado (-2 a -3) Severamente emaciado (menos de -3)

		Alimentación	Tipo de alimentación del niño	Mixta (lactancia materna- otras leches) Lactancia materna Otros alimentos
			Edad hasta que el niño recibió lactancia materna.	No aplica Menos de 6 meses 6-12 meses 1 a 2 años
		Cuidado del niño	Asistencia del niño a algún centro de cuidado infantil	Guardería privada CNH CDI Cuidado en casa

CAPÍTULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Nivel de investigación

El estudio tiene un **enfoque cuantitativo**, porque se realizó la recolección y análisis de datos numéricos mediante medidas antropométricas, tales como peso, altura y el índice de masa corporal (IMC), los cuales fueron confrontados con los valores estándares de las curvas de crecimiento de la OMS. De este modo es posible obtener valoraciones sobre el crecimiento infantil de forma objetiva a la hora de descubrir tendencias, anomalías y su relación a factores poblacionales entre otras.

El presente estudio es **descriptivo** porque la atención se concentra en la observación, medición y análisis de las características de la evolución de la niñez en los menores de 5 años que asisten al Centro de Salud Cordero Crespo. No intenta determinar causalidades, sino reconocer y caracterizar patrones de crecimiento y sus desviaciones en relación con los gráficos de la OMS.

3.2. Diseño

El estudio se considera de **campo** porque se obtienen los datos en el mismo lugar donde se desarrolla el fenómeno objeto de análisis, es decir en el Centro de Salud Cordero Crespo.

Es **transversal** porque realiza la evaluación de las medidas en un solo punto, considerando los registros llevados en las fichas de registro de control de niño sano dando seguimiento de las variables relacionadas con el crecimiento infantil (peso, talla, IMC).

3.3. Población y muestra

La población en estudio de la investigación se enfoca en los niños menores de cinco años que asisten al Centro de Salud Cordero Crespo, ubicado en el cantón Guaranda, provincia de Bolívar, Ecuador.

Los criterios de inclusión son:

- Grupo etario: Niños con edades de 0 a 5 años
- Los niños deben ser pacientes regulares o registrados en los controles de crecimiento y desarrollo del centro de salud desde el primer control en el Centro de Salud Cordero Crespo.
- Consentimiento informado de los padres para la participación en el estudio

Los criterios de exclusión

- No tener los datos antropométricos regularmente desde el nacimiento.
- No contar con la disposición de los padres en participar en el estudio

Para el muestreo se estableció como técnica el muestreo no probabilístico por conveniencia, el cual es aquel donde se elige la participación según la conveniencia de la investigación (Hernández O. , 2021). En tal sentido se espera contar con la participación de 50 niños entre 0 a 5 años que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

En la investigación se utilizarán dos instrumentos principales para la recolección de datos, diseñados para abordar distintos aspectos del estudio:

1. Cuestionario cerrado para valoración socioeconómica y demográfica:

- **Descripción:** Es un instrumento estructurado que consta de preguntas cerradas dirigidas a los padres o cuidadores de los niños menores de cinco años.
- **Objetivo:** Recopilar información sobre las condiciones socioeconómicas y demográficas de las familias.
- **Dimensiones evaluadas:**
 - **Datos demográficos:** Edad, sexo, lugar de residencia, etnia.
 - **Condiciones socioeconómicas:** Tipo de familia (nuclear, monoparental, extendida), ingresos familiares mensuales, acceso a servicios básicos (agua, eliminación de basura, disposición de aguas residuales).
- **Modo de aplicación:**
 - Se realizará mediante encuestas aplicadas directamente por los investigadores en el Centro de Salud Cordero Crespo.

2. Ficha de registro para datos de crecimiento:

- **Descripción:** Es un instrumento diseñado para documentar los datos antropométricos de los niños obtenidos en sus controles médicos regulares.
- **Objetivo:** Registrar las medidas de crecimiento de los niños (peso, talla e índice de masa corporal) para su posterior comparación con las curvas de crecimiento de la OMS.
- **Información registrada:**
 - **Peso:** En kilogramos, medido con balanza calibrada.
 - **Talla (>24 meses) o Longitud (<24 meses):** En centímetros, usando tallímetros adecuados.

- **IMC:** Calculado a partir de las medidas de peso y talla, utilizando la fórmula estándar.
- **Fecha de registro:** Para establecer un seguimiento trasversal porque realiza la evaluación de las medidas en un solo punto, considerando los registros llevados en las fichas de registro de control de niño sano.

3.5. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

El análisis de los datos recolectados se realizará en dos fases, empleando herramientas específicas para cada tipo de información: Excel para los datos socioeconómicos y demográficos, y el software Anthro de la OMS para los datos antropométricos.

Los datos obtenidos a partir de las encuestas aplicadas a los padres o cuidadores serán ingresados en una hoja de cálculo de Excel. Se calcularán frecuencias, porcentajes para cada variable. Se generarán tablas para visualizar la distribución de las variables sociodemográficas y económicas.

Los datos de peso, talla y edad de los niños registrados en la ficha de crecimiento serán ingresados al software Anthro. Donde se incluirá información como el sexo y la fecha de medición para calcular los índices antropométricos de acuerdo con los estándares de la OMS.

- **Peso para la edad (P/E)**
- **Talla para la edad (T/E)**
- **Índice de masa corporal para la edad (IMC/E)**

Los resultados serán categorizados en rangos como:

- Sobrepeso, Peso normal, bajo peso, bajo peso severo (para P/E).

- Talla alta, Talla normal, baja talla, baja talla severa (para T/E).
- IMC Obesidad, sobrepeso, peso saludable, emaciado, severamente emaciado (para IMC/E).

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS O LOGROS ALCANZADOS SEGÚN LOS OBJETIVOS PLANTEADOS

4.1. Resultados según el objetivo 1: Identificar las condiciones

socioeconómicas y demográficas de las familias de los niños menores de cinco años que asisten al Centro de Salud Cordero Crespo, y su relación con el crecimiento infantil.

Tras hacer un levantamiento de la información, se identificó que la población estaba compuesta por niños de hasta 4 años, no reconociendo niños de 5 años, debido a que durante el período de recolección de información no se registraron niños de esta edad.

Tabla 1

Características de los niños

		Frecuencia	Porcentaje
Género	Femenino	27	54,0%
	Masculino	23	46,0%
	Total	50	100,0%
Edad	1-5 meses	18	36,0%
	6-11 meses	16	32,0%
	1 año	11	22,0%
	2 años	4	8,0%
	3 años	1	2,0%
	Total	50	100,0%
Etnia	Indígena	7	14,0%
	Mestizo	43	86,0%
	Total	50	100,0%

Nota: Información obtenida de las encuestas aplicadas. Elaborado por autoras del estudio

Análisis e interpretación

Los resultados muestran que la mayoría de los niños atendidos en el Centro de Salud Cordero Crespo son de género femenino, representando un 54%

del total, mientras que los niños masculinos constituyen el 46%. Los resultados muestran que la mayoría de los niños atendidos en el Centro de Salud Cordero Crespo son lactantes menores de un año, representando el 68% del total. Dentro de este grupo, el 36% tiene entre 1 y 5 meses, mientras que el 32% se encuentra en el rango de 6 a 11 meses. Los niños de 1 año representan el 22%, seguidos por los de 2 años con un 8%, y finalmente, los de 3 años, quienes constituyen solo el 2% de la población atendida.

Respecto a la etnia, el 86% de los niños son mestizos, mientras que el 14% se identifican como indígenas. Este perfil socio-demográfico refleja una alta concentración de niños en sus primeros meses de vida y una predominancia de la población mestiza, lo que podría estar vinculado a las características de la comunidad atendida en este centro.

Los resultados muestran que el 54% de los niños atendidos en el Centro de Salud Cordero Crespo son de género femenino y el 46% masculinos, una distribución equilibrada similar a la reportada en estudios como el de Herrera y Córdova (2020), donde la mayoría de los niños (66%) son menores de un año, lo que concuerda con investigaciones como la de Iturralde et al. (2022), que evidenciaron mayor frecuencia de controles médicos en esta etapa crítica del desarrollo. En cuanto a la etnia, el 86% son mestizos y el 14% indígenas, una distribución que refleja las características poblacionales de la región según el INEC (2024), aunque en zonas con mayor proporción indígena, como Simiatug, los valores suelen ser más altos (Rea Chela y Remache Yausen, 2024). Esto sugiere que el acceso a servicios de salud puede estar influido por factores socioeconómicos y de urbanización.

Tabla 2
Características familiares

		Frecuencia	Porcentaje
Lugar de vivienda	Zona rural	12	24,0%
	Zona urbana	38	76,0%
	Total	50	100,0%
Tipo de familia	Monoparental (Un solo padre y los hijos)	3	6,0%
	Extendida (Padres, hijos, abuelos, tíos y primos)	22	44,0%
	Nuclear (Padre, madre e hijos)	25	50,0%
	Total	50	100,0%
Ingreso estimado mensualmente en el hogar	Entre 460\$ a 1000 \$	6	12,0%
	Menos de salario mínimo (460 \$)	44	88,0%
	Total	50	100,0%

Nota: Información obtenida de las encuestas aplicadas. Elaborado por autoras del estudio

Análisis e interpretación

Los datos reflejan que la mayoría de las familias de los niños atendidos en el Centro de Salud Cordero Crespo residen en zonas urbanas, representando el 76%, mientras que el 24% vive en áreas rurales. En cuanto al tipo de familia, predomina la estructura nuclear (padre, madre e hijos) con un 50%, seguida de las familias extendidas (44%) y, en menor medida, las monoparentales (6%). Respecto al ingreso mensual, la gran mayoría de las familias (88%) tiene ingresos inferiores al salario mínimo, lo que evidencia una situación económica vulnerable. Este panorama sugiere que las condiciones socioeconómicas podrían influir en el desarrollo y bienestar de los niños, subrayando la importancia de atender estas necesidades en el ámbito comunitario.

Los resultados reflejan que la mayoría de las familias residen en zonas urbanas (76%) y presentan una estructura predominantemente nuclear (50%), seguidas de familias extendidas (44%) y monoparentales (6%). Además, un alarmante 88% de las familias tiene ingresos inferiores al salario mínimo, lo que

evidencia una situación económica vulnerable que puede influir negativamente en el desarrollo infantil.

Estos hallazgos son consistentes con estudios como los de Rea Chela y Remache Yausen (2024) y Torres Páez y Camacho Camargo (2021), que también identificaron una relación entre condiciones socioeconómicas adversas y riesgos de desnutrición infantil. La situación destaca la necesidad de implementar intervenciones focalizadas en educación nutricional, apoyo económico y mejora de servicios básicos, especialmente en familias rurales, para reducir las desigualdades y garantizar el desarrollo saludable de los niños.

Tabla 3
Servicios básicos

		Frecuencia	Porcentaje
En su hogar el agua de consumo (bebida y comida) es:	Filtrada/ de botellón/envasad	11	22,0%
	Hervida	16	32,0%
	De tubería	23	46,0%
	Total	50	100,0%
En su hogar la basura se elimina por:	Disposición en vertedero	3	6,0%
	Recolección del camión	47	94,0%
	Total	50	100,0%
En su hogar las aguas residuales se disponen por.	Por pozo séptico	4	8,0%
	Sistema de alcantarillado	46	92,0%
	Total	50	100,0%

Nota: Información obtenida de las encuestas aplicadas. Elaborado por autoras del estudio

Análisis e interpretación

El análisis de los datos sobre el manejo de residuos en los hogares muestra que el 46% de las familias consumen agua directamente de la tubería, mientras que un 32% hierve el agua antes de usarla y solo el 22% utiliza agua filtrada o envasada, lo que evidencia posibles riesgos sanitarios. En cuanto a la gestión de basura, casi todas las familias (94%) cuentan con recolección por camión, y solo un 6% dispone de sus desechos en vertederos. Por otro lado, el 92% de los hogares tiene acceso a un sistema de alcantarillado para las aguas residuales, mientras que un pequeño porcentaje (8%) utiliza pozos sépticos. Estos datos reflejan condiciones básicas aceptables en servicios sanitarios, pero se perciben oportunidades de mejora en la calidad del agua de consumo.

Los resultados muestran que el 46% de las familias consumen agua de tubería sin tratamiento adicional, lo que plantea un riesgo sanitario similar al señalado por Rea Chela y Remache Yausen (2024), quienes evidenciaron problemas relacionados con el acceso a agua potable en comunidades rurales de

Bolívar. En contraste, el 32% que hierve el agua refleja un esfuerzo preventivo similar al reportado por Herrera y Córdova (2020), quienes destacaron la importancia de prácticas de higiene en la reducción de enfermedades hídricas.

Además, el 94% de recolección de basura por camión y el 92% de acceso al alcantarillado son superiores a lo documentado en áreas rurales de países vecinos como Perú, donde Iturralde et al. (2022) encontraron menores tasas de acceso a saneamiento básico. Estos resultados refuerzan la necesidad de mejorar la calidad del agua y de extender la infraestructura sanitaria en comunidades vulnerables.

Tabla 4
Alimentación y cuidados del niño

		Frecuencia	Porcentaje
Alimentación del niño	Mixta (lactancia materna- otras leches)	2	4,0%
	Otros alimentos	13	26,0%
	Lactancia materna	35	70,0%
	Total	50	100,0%
Hasta que edad el niño recibió lactancia materna.	1 a 2 año	6	12,0%
	6-12 meses	7	14,0%
	No aplica	37	74,0%
	Total	50	100,0%
Asiste el niño a algún centro de cuidado infantil	Guardería privada	1	2,0%
	CNH	4	8,0%
	CDI	4	8,0%
	Cuidado en casa	41	82,0%
	Total	50	100,0%

Nota: Información obtenida de las encuestas aplicadas. Elaborado por autoras del estudio

Análisis e interpretación

Los resultados sobre alimentación y cuidados muestran que la mayoría de los niños (70%) reciben lactancia materna, mientras que el 26% consume otros alimentos y solo un 4% tiene una alimentación mixta. En cuanto a la duración de la lactancia materna exclusiva, el 74% de los casos no aplica, lo que podría indicar que no recibieron esta práctica de manera adecuada, mientras que el 12% continuó entre 1 y 2 años y el 14% entre 6 y 12 meses.

Respecto al cuidado infantil, el 82% de los niños permanece en casa bajo la supervisión de familiares, mientras que el acceso a centros de desarrollo infantil (CDI) y programas como CNH es limitado, con solo un 8% cada uno, y menos aún a guarderías privadas (2%). Estos datos reflejan una dependencia predominante del cuidado familiar y posibles brechas en la implementación de prácticas óptimas de alimentación y acceso a servicios formales de cuidado infantil.

Los resultados muestran que el 70% de los niños reciben lactancia materna, aunque solo el 14% tuvo lactancia exclusiva hasta los 6-12 meses, cifras que coinciden con estudios como el de Herrera y Córdova (2020), quienes reportaron que la lactancia exclusiva suele ser limitada debido a factores sociales y económicos.

La alta proporción de niños bajo cuidado en casa (82%) refleja tendencias similares a las observadas por Iturralde et al. (2022) en Uruguay, donde el acceso a centros de cuidado infantil es reducido, especialmente en zonas rurales o con recursos limitados. Por otro lado, la baja prevalencia de alimentación mixta (4%) resalta una mayor inclinación hacia la lactancia materna, en línea con las recomendaciones de la OMS. Estos resultados subrayan la importancia de reforzar programas educativos y de apoyo para prolongar la lactancia exclusiva y mejorar el acceso a servicios de cuidado infantil.

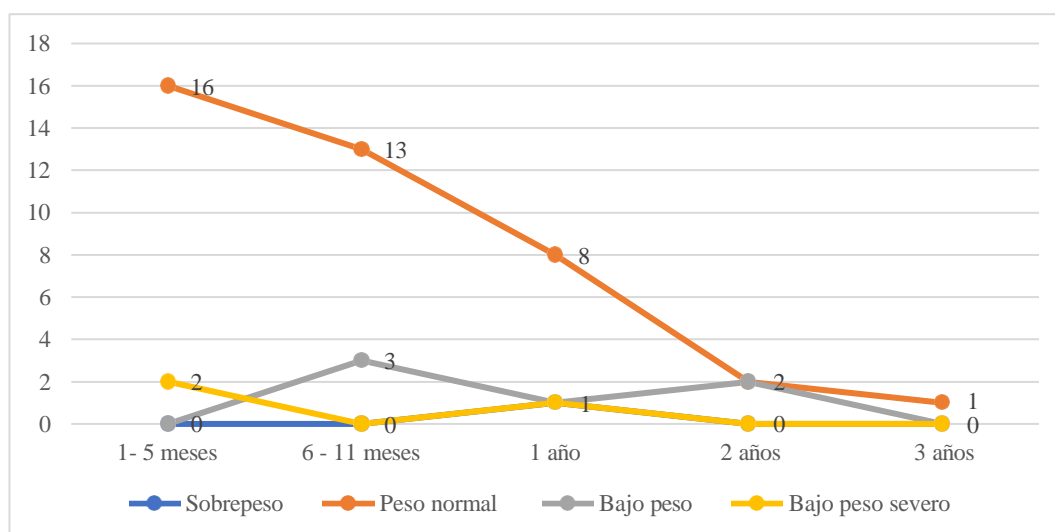
4.2. Resultados según objetivo 2: Analizar la evolución del peso y la estatura de los niños menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud Cordero Crespo

Tabla 5
Análisis de peso para edad por grupo etario

	1- 5 meses		6 - 11 meses		1 año		2 años		3 años		Total	
Sobrepeso	0	0%	0	0%	1	2%	0	0%	0	0%	1	2%
Peso normal	16	32%	13	26%	8	16	2	4%	1	2%	40	80%
Bajo peso	0	0%	3	6%	1	2%	2	4%	0	0%	6	12%
Bajo peso severo	2	4%	0	0%	1	2%	0	0%	0	0%	3	6%
Total	18	36%	16	32%	11	22	4	8%	1	2%	50	100%

Nota: %Información obtenida de los datos recopilados en las fichas de observación. Elaborado por autoras del estudio

Gráfico 13
Distribución gráfica de peso para edad por grupo etario.



Nota: %Información obtenida de los datos recopilados en las fichas de observación. Elaborado por autoras del estudio

Análisis e interpretación

La mayoría de los niños (80%) tienen un peso normal para su edad, mientras que el 12% presenta bajo peso y el 6% bajo peso severo, concentrados principalmente en los primeros dos años de vida. El 2% con sobrepeso se observa únicamente en niños de 1 año. Estos resultados reflejan posibles deficiencias en la

transición entre la lactancia y la alimentación complementaria, subrayando la importancia de un monitoreo nutricional temprano para prevenir alteraciones en el crecimiento.

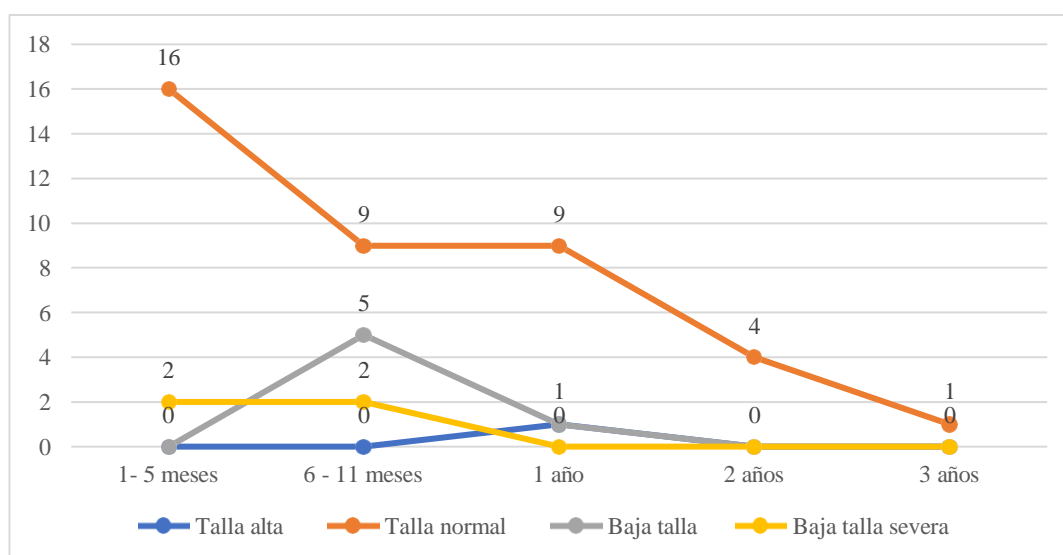
Este patrón es similar al observado por Torres Páez y Camacho Camargo (2021) en Venezuela, donde predominó el peso normal, pero con una proporción significativa de bajo peso asociada a factores socioeconómicos. Por el contrario, Iturralde et al. (2022) en Uruguay reportaron más casos de sobrepeso en niños mayores de un año, vinculados a prácticas alimentarias inadecuadas. En Ecuador, Rea Chela y Remache Yausen (2024) destacaron problemas de bajo peso en menores de 2 años debido a fallas en la alimentación complementaria, confirmando la necesidad de fortalecer estrategias nutricionales en la primera infancia.

Tabla 6
Análisis de talla para edad por grupo etario

	1- 5 meses		6 - 11 meses		1 año		2 años		3 años		Total	
Talla alta	0	0%	0	0%	1	2%	0	0%	0	0%	1	2%
Talla normal	16	32%	9	18%	9	18%	4	8%	1	2%	39	78%
Baja talla	0	0%	5	10%	1	2%	0	0%	0	0%	6	12%
Baja talla severa	2	4%	2	4%	0	0%	0	0%	0	0%	4	8%
Total	18	36%	16	32%	11	22%	4	8%	1	2%	50	100

Nota: %Información obtenida de los datos recopilados en las fichas de observación. Elaborado por autoras del estudio

Gráfico 14
Distribución gráfica de talla para edad por grupo etario.



Nota: %Información obtenida de los datos recopilados en las fichas de observación. Elaborado por autoras del estudio

Análisis e interpretación

Los resultados muestran que el 78% de los niños tiene una talla normal para su edad, mientras que el 12% presenta baja talla y el 8% baja talla severa, concentradas principalmente en los primeros 11 meses de vida. Solo un 2% tiene talla alta, observada en niños de 1 año. Estas cifras reflejan un desarrollo adecuado en la mayoría de los niños, pero las desviaciones hacia la baja talla en los primeros meses pueden estar asociadas a deficiencias nutricionales o factores

socioeconómicos que afectan el crecimiento temprano, destacando la importancia de intervenciones oportunas para prevenir el retraso en el crecimiento.

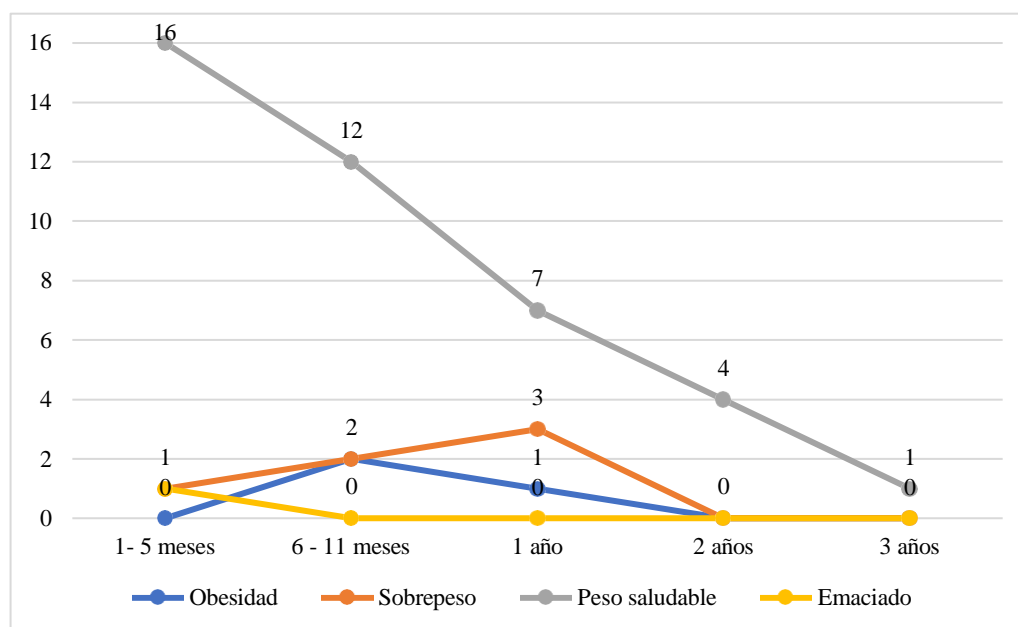
Estos hallazgos coinciden con lo reportado por Torres Páez y Camacho Camargo (2021) en Venezuela, donde también se identificó una prevalencia significativa de baja talla en los primeros años, relacionada con desnutrición crónica. Sin embargo, difieren del estudio de Iturralde et al. (2022) en Uruguay, que mostró un mayor porcentaje de talla alta en niños con crecimiento acelerado. En Ecuador, Rea Chela y Remache Yausen (2024) reportaron una alta incidencia de baja talla en menores de 2 años, asociada a condiciones de pobreza y acceso limitado a servicios de salud, confirmando que factores socioeconómicos son determinantes clave en el desarrollo físico infantil.

Tabla 7
Análisis de IMC para edad por grupo etario

	1- 5 meses		6 - 11 meses		1 año		2 años		3 años		Total	
Obesidad	0	0%	2	4%	1	2%	0	0%	0	0%	3	6%
Sobrepeso	1	2%	2	4%	3	6%	0	0%	0	0%	6	12%
Peso saludable	16	32%	12	24%	7	14%	4	8%	1	2%	40	80%
Emaciado	1	2%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	2%
Severamente emaciado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	18	36%	16	32%	11	22%	4	8%	1	2%	50	100%

Nota: % Información obtenida de los datos recopilados en las fichas de observación. Elaborado por autoras del estudio

Gráfico 15
Distribución gráfica de IMC para edad por grupo etario.



Nota: % Información obtenida de los datos recopilados en las fichas de observación. Elaborado por autoras del estudio

Análisis e interpretación

La mayoría de los niños (80%) presentan un peso saludable según el IMC para su edad, lo que refleja un desarrollo adecuado en esta población. Sin embargo, un 12% tiene sobrepeso y un 6% obesidad, con mayor prevalencia en los grupos de 6 a 11 meses y de 1 año, posiblemente debido a prácticas alimentarias inadecuadas en la transición hacia la alimentación complementaria.

Solo un 2% presenta emaciación, mientras que no se registraron casos de emaciación severa, lo que sugiere que los problemas relacionados con la malnutrición aguda son menos frecuentes en esta muestra. Estos resultados subrayan la necesidad de promover prácticas de alimentación equilibradas para prevenir tanto el sobrepeso como la obesidad en los primeros años de vida.

Estos hallazgos son consistentes con lo reportado por Torres Páez y Camacho Camargo (2021) en Venezuela, donde el peso saludable predominó, pero también se observó sobrepeso en niños menores de cinco años, asociado a una introducción temprana de alimentos altos en calorías. En contraste, Iturralde et al. (2022) en Uruguay documentaron un mayor porcentaje de obesidad en niños mayores de un año, lo que sugiere que los factores socioeconómicos y culturales influyen significativamente en los patrones de peso.

En Ecuador, Rea Chela y Remache Yausen (2024) encontraron una baja incidencia de obesidad, pero mayor prevalencia de emaciación en comunidades rurales, lo que evidencia que las disparidades regionales afectan el estado nutricional infantil y destacan la importancia de estrategias adaptadas al contexto local.

4.3. Resultados según objetivo 3: Determinar el estado nutricional de los niños menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud Cordero Crespo

Tabla 8
Peso para edad Actual

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo peso severo (menos de -3)	1	2,0%
Bajo peso (-2 a -3)	3	6,0%
Peso normal (-2 a +2)	46	92,0%
Total	50	100,0%

Nota: Información obtenida de los datos recopilados en las fichas de observación. Elaborado por autoras del estudio

Análisis e interpretación

Los resultados sobre el estado nutricional de los niños del Centro de Salud Cordero Crespo, en los que el 92% presenta un peso normal, son alentadores y sugieren que la mayoría de los niños mantienen un desarrollo adecuado. Sin embargo, los casos de bajo peso (6%) y bajo peso severo (2%) revelan desigualdades que pueden estar influenciadas por factores socioeconómicos y de acceso a recursos, como se menciona en la teoría de Guapi Sayay y Heredia Torres (2024). Estos autores destacan la importancia de las condiciones sociales, como la pobreza y el acceso limitado a servicios básicos, en el crecimiento infantil. Además, según Cerrón Andamayo y Solano Prado (2021), la valoración antropométrica es esencial para identificar a tiempo riesgos nutricionales, lo que respalda la necesidad de un monitoreo regular y personalizado para estos casos.

Tabla 9
Talla para la edad Actual

	Frecuencia	Porcentaje
Baja talla severa (menos -3)	4	8,0%
Baja talla (-2 a -3)	8	16,0%
Talla normal (-2 a +2)	37	74,0%
Talla alta (+2 a +3)	1	2,0%
Total	50	100,0%

Nota: Información obtenida de los datos recopilados en las fichas de observación. Elaborado por autoras del estudio

Análisis e interpretación

Los resultados de la talla para la edad muestran que, aunque el 74% de los niños presenta una talla normal, el 24% restante con baja talla o baja talla severa refleja un porcentaje significativo de casos que podrían estar relacionados con la desnutrición crónica y otros factores adversos. Según Torres Escalante (2022), el crecimiento físico está influenciado tanto por factores genéticos como ambientales, siendo estos últimos determinantes en situaciones de carencia nutricional. Asimismo, la teoría de Maslow destaca la importancia de satisfacer las necesidades básicas, como la nutrición adecuada, para garantizar un desarrollo físico y cognitivo óptimo.

Por otro lado, los casos de baja talla severa (8%) pueden alinearse con lo señalado por Rea Chela y Remache Yausen (2024), quienes explican que las condiciones socioeconómicas, como el acceso limitado a alimentos nutritivos y servicios básicos, desempeñan un papel crucial en el retraso del crecimiento. Para abordar esta problemática, Bowlby, a través de su teoría del apego, enfatiza la importancia de crear un entorno de cuidado y atención para los niños, lo que podría ser clave para mitigar estos efectos. Finalmente, el 2% de niños con talla alta sugiere que las características genéticas y el entorno favorable también son

determinantes positivos, como lo respalda la visión de Lejarraga (2021) sobre la canalización del crecimiento dentro de los rangos normales. Estos resultados refuerzan la necesidad de intervenciones específicas y políticas públicas que reduzcan las brechas existentes en el desarrollo infantil.

Tabla 10
IMC para la edad Actual

	Frecuencia	Porcentaje
Emaciado (-2 a -3)	1	2,0%
Peso saludable (-2 a +2)	41	82,0%
Sobrepeso (+2 a +3)	6	12,0%
Obesidad (más de +3)	2	4,0%
Total	50	100,0%

Nota: Información obtenida de los datos recopilados en las fichas de observación. Elaborado por autoras del estudio

Análisis e interpretación

Los resultados del IMC para la edad evidencian que, aunque el 82% de los niños presenta un peso saludable, un 18% muestra desviaciones que requieren atención. Según Vega Falcón et al. (2020), el IMC es un indicador clave para identificar patrones de crecimiento y diagnosticar problemas nutricionales o de peso. El 2% de niños con emaciación puede estar relacionado con desnutrición aguda, como lo señala Rea Chela y Remache Yausen (2024), quienes vinculan este fenómeno a carencias alimentarias y factores socioeconómicos.

Por otro lado, el 12% con sobrepeso y el 4% con obesidad refuerzan lo señalado por Cerrón Andamayo y Solano Prado (2021) sobre la importancia de monitorear estos indicadores para prevenir riesgos metabólicos a largo plazo.

4.4. Resultados de los objetivos

Objetivo	Resultado
Identificar las condiciones socioeconómicas y demográficas de las familias de los niños menores de cinco años que asisten al Centro de Salud Cordero Crespo, y su relación con el crecimiento infantil.	<p>Los resultados del primer objetivo revelan que la mayoría de los niños atendidos en el Centro de Salud Cordero Crespo son menores de un año (66%), de género femenino (54%) y mestizos (86%), predominando familias nucleares (50%) ubicadas en zonas urbanas (76%). Sin embargo, el 88% de estas familias presenta ingresos inferiores al salario mínimo, lo que refleja una situación económica vulnerable. Aunque la mayoría dispone de acceso a servicios básicos como recolección de basura (94%) y alcantarillado (92%), el 46% consume agua de tubería sin tratamiento, lo que representa riesgos sanitarios. En cuanto a la alimentación, el 70% de los niños recibe lactancia materna, pero solo el 14% tuvo lactancia exclusiva hasta los 6-12 meses, y el cuidado infantil se realiza predominantemente en casa (82%). Estos hallazgos resaltan desigualdades en acceso a servicios y prácticas de cuidado, destacando la necesidad de intervenciones para mejorar la nutrición, el acceso a agua potable y los servicios de desarrollo infantil.</p>
Analizar la evolución del peso y la estatura de	<p>La evolución del crecimiento infantil en los niños atendidos en el Centro de Salud Cordero Crespo</p>

los niños menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud Cordero Crespo. revela que, en su mayoría, presentan un desarrollo físico adecuado. El 80% de los niños mantiene un peso normal para su edad, aunque se registran casos de bajo peso (12%) y bajo peso severo (6%), especialmente en los primeros dos años de vida. En cuanto a la talla, el 78% alcanza valores normales, mientras que el 20% presenta baja talla, concentrada mayormente en menores de 11 meses, lo que indica una alerta temprana sobre posibles deficiencias nutricionales.

En relación con el Índice de Masa Corporal (IMC), también el 80% de los niños se encuentra dentro del rango saludable, pero se observa un 12% con sobrepeso y un 6% con obesidad, principalmente en niños de entre 6 y 12 meses, lo cual podría estar relacionado con la transición alimentaria posterior a la lactancia. La emaciación es mínima (2%) y no se reportaron casos de emaciación severa.

Estos hallazgos reflejan que, si bien el crecimiento general es mayoritariamente adecuado, existen desviaciones tanto por déficit como por exceso, que se manifiestan en etapas específicas del desarrollo infantil. Las alteraciones se relacionan con factores nutricionales y socioeconómicos, lo que subraya la necesidad de fortalecer el acompañamiento

nutricional desde los primeros meses de vida, asegurando una adecuada introducción de la alimentación complementaria y el monitoreo continuo del crecimiento infantil.

Determinar el estado nutricional de los niños menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud Cordero	Los resultados del tercer objetivo muestran que la mayoría de los niños atendidos en el Centro de Salud Cordero Crespo presentan un estado nutricional adecuado, con el 92% teniendo un peso normal, el 74% una talla normal y el 82% un IMC saludable. Sin embargo, existen casos preocupantes, como el 24% con baja talla o baja talla severa, el 18% con desviaciones en el IMC (12% sobrepeso y 4% obesidad) y un 8% con baja talla severa. Estos datos evidencian desigualdades asociadas a factores socioeconómicos y de acceso a recursos. Mientras que la emaciación (2%) y el bajo peso severo (2%) son menos frecuentes, reflejan la necesidad de monitorear estos indicadores y diseñar estrategias específicas para abordar las carencias nutricionales, prevenir la desnutrición crónica y mitigar los riesgos de obesidad infantil en esta población.
--	---

CAPÍTULO V

5. MARCO ADMINISTRATIVO

5.1. Recursos

5.1.1. Recursos Humanos

- Autoras del proyecto
- Licenciada tutora del proyecto
- Madres de niños menores de 5 años que asisten a control del niño sano en el Centro de Salud Cordero Crespo

5.1.2. Recursos institucionales

- Universidad Estatal de Bolívar
- Centro de Salud Cordero Crespo

5.1.3. Recursos materiales

- Cuaderno de notas
- Esferos
- Hojas
- Impresiones

5.1.4. Recursos tecnológicos

- Computador
- Celular con acceso a internet
- Cámara fotográfica

5.2. Presupuesto

g	Cantidad	Costo unitario (\$)	Costo total (\$)
Acceso a internet	100	0,75	75
Traslados	30	0,25	7,5
Impresiones varias	150	0,15	22,5
Impresión de borradores	400	0,25	100
Anillado	6	2	12
CD	3	2	6
Total			223

CAPÍTULO VI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. Conclusiones

La caracterización de la población infantil reveló que predominan niñas menores de un año, pertenecientes a familias nucleares y residentes en zonas urbanas. A pesar del acceso a servicios básicos como alcantarillado y recolección de residuos, se identifican condiciones de vulnerabilidad socioeconómica, reflejadas en bajos ingresos familiares y prácticas inadecuadas en el tratamiento del agua para el consumo. La mayoría de los niños recibió lactancia materna, aunque no siempre de forma exclusiva y prolongada, y el cuidado infantil se da principalmente en el entorno familiar. Estos factores configuran un contexto de desigualdad que puede influir directamente en el crecimiento y desarrollo infantil.

El análisis de la evolución del crecimiento infantil muestra un desarrollo mayormente adecuado en términos de peso y talla. Sin embargo, se observan desviaciones importantes, como bajo peso, baja talla y alteraciones en el índice de masa corporal, especialmente en los primeros años de vida. Estas variaciones indican que, si bien la mayoría de los niños crece dentro de los parámetros esperados, existen casos que reflejan desbalances nutricionales asociados a la transición alimentaria temprana y a factores del entorno familiar, lo cual impacta en el desarrollo físico armonioso.

El estado nutricional de los niños evaluados se caracteriza por una prevalencia de condiciones normales en peso, talla e IMC, lo que evidencia una situación general favorable. No obstante, también se identifican casos de baja talla, sobrepeso, obesidad y desnutrición leve, lo que revela la coexistencia de diferentes formas de malnutrición dentro de la población estudiada. Estas

condiciones sugieren la presencia de desigualdades estructurales que afectan el desarrollo infantil, y resaltan la importancia de abordar el estado nutricional desde una mirada integral y contextualizada.

Los hallazgos destacan la importancia de implementar estrategias integrales que incluyan el monitoreo regular del crecimiento infantil, educación nutricional para las familias y mejoras en el acceso a recursos básicos. Estas acciones son fundamentales para prevenir alteraciones en el desarrollo y promover el bienestar integral de los niños en esta población.

6.2. Recomendaciones

Se recomiendan acciones concretas para mejorar las condiciones de vida de los niños y sus familias, principalmente con programas comunitarios que apoyen a las familias de bajos ingresos, enseñándoles sobre alimentación adecuada y ayudándolas a mejorar el acceso a servicios básicos como agua tratada y saneamiento.

El seguimiento del peso y la talla de los niños debe mantenerse como una prioridad. Esto permite detectar a tiempo cualquier problema en su crecimiento. Además, sería valioso organizar talleres para los padres sobre cómo cuidar y alimentar a sus hijos en las diferentes etapas de desarrollo, asegurando que tengan acceso a alimentos nutritivos y a un ambiente saludable que favorezca su desarrollo.

Para abordar los problemas de desnutrición, sobrepeso y obesidad, es necesario diseñar estrategias completas. Estas podrían incluir asesoramiento nutricional, distribución de suplementos alimenticios en casos necesarios y actividades físicas para los niños. También se deben llevar a cabo campañas educativas para las familias, ayudándoles a entender los riesgos de una mala nutrición y cómo prevenirlos con una dieta balanceada.

Bibliografía

- Austudillo, C., & Blandin, M. (2024). *Análisis de desarrollo de los preescolares de tres a cuatro años*. Universidad del Azuay.
<https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/15244/1/20760.pdf>
- Bonilla, D., & Noriega, V. (2023). Desnutrición en la primera infancia en el Ecuador. *Revista Científica Arbitrada Multidisciplinaria Pentaciencias*, 5(4). <https://doi.org/https://doi.org/10.59169/pentaciencias.v5i4.692>
- Britto, S., Cassia, A., Oliveira, B., Justino, G., Bortolan, S., & Carias, L. (2022). Newborn and child growth and development – a systematic review. *Brazilian Journal of Development*, 8(11).
<https://doi.org/https://doi.org/10.34117/bjdv8n11-003m>
- Caicedo Cardenas, D. (2021). Situación nutricional entre los percentiles ecuatorianos y la OMS en adolescentes de 12 años. *MásVita*, 4(1), 1-14.
<https://acvenisproh.com/revistas/index.php/masvita/article/view/310/591>
- Cajamarca, F. (2024). *Influencia de los factores socioculturales en la desnutrición infantil*. Universidad Nacional de Chimborazo.
<http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/13751/1/Cajamarca%20Pilco%2C%20F.%20%282024%29%20Influencia%20de%20los%20factores%20socioculturales%20en%20la%20desnutrici%C3%B3n%20infantil..pdf>
- Cárdenas, C. (2021). *Desarrollo físico, intelectual y social de la niñez, infancia, adolescencia y adultez. Aplicación didáctica: Diseño de clase*. Universidad Nacional de Educación.
<https://repositorio.une.edu.pe/entities/publication/b18d97de-4c3e-4c0e-b998-6cc15f92b63d>

Carvajal-Sánchez, P., Gallego, A., Vargas, E., & Arroyave, L. (2023).

Competencias científicas en niños y niñas de primera infancia. *Revista Electrónica Educare*, 27(1).

<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.15359/ree.27-1.14402>

Cerrón Andamayo, M., & Solano Prado, K. (2021). *Estado nutricional por mediciones antropométricas y nivel de actividad física en estudiantes de un Colegio Privado de Huancayo - 2018*. Tesis de Grado, Universidad Peruana Los Andes, Perú.

<https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/3114/TESIS%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Chanatásig Pichucho, L. (2020). *Estimulación temprana en el desarrollo motor de los niños/as de 0 a 2 años*. Proyecto de Investigación, Universidad Técnica cde Ambato, Ecuador.

<https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/30953/1/Chanatasig%20Pichucho%2C%20Lilian%20de%20los%20%20Angeles.pdf>

Cuno, V., & Orozco, V. (2024). *Intervenciones de enfermería en la prevención de la desnutrición crónica en menores de 5 años*.

<http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/13960/1/Cuno%20Pilco%2c%20V.%20-%20Orozco%20Chauca%2c%20V.%20%282024%29%20Intervenciones%20de%20enfermer%3%ada%20en%20la%20prevenci%3%b3n%20de%20la%20desnutrici%3%b3n%20cr%3%b3nica%20en%20menores%20de%205%20a>

Díaz Ponce Leon, J. (2022). Principales planos teóricos de la psicología evolutiva y del desarrollo aplicados a la práctica docente entorno a la pedagogía

contemporánea en América Latina. *Ciencia Latina*, 6(2), 3505-3520.

<https://doi.org/file:///D:/Downloads/2105->

[Texto%20del%20art%C3%ADculo-8303-1-10-20220427.pdf](#)

Flores, S. (2022). *Evaluación del estado nutricional y su relación con las funciones cognitivas de niños y adolescentes institucionalizados en las Casas Hogar Guayaquil, Infanto Juvenil Femenino e Inés Chambers de Guayaquil*. Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.

[https://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstreams/98b824ef-55b3-48bc-a42b-](https://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstreams/98b824ef-55b3-48bc-a42b-dd6c28bbebc3/download)

[dd6c28bbebc3/download](#)

Frenkel Santillan, S. (2020). *Teorías del Desarrollo Infantil*. Crianza empática:

<https://www.crianzaempatica.com/post/teor%C3%ADas-del-desarrollo->

[infantil](#)

Gallardo, P., Gallardo, F., & Gallardo, J. (2022). *Desarrollo de las habilidades socioemocionales y de los valores en Educación Infantil y Primaria*.

Ediciones Octaedro.

<https://books.google.es/books?id=zeJsEAAAQBAJ&dq=El+crecimiento+>

[del+ser+humano+es+un+proceso+bastante+complejo,+donde+existe+una](#)

[+interdependencia+entre+cuatro+aspectos+b%C3%A1sicos+del+desarroll](#)

[o+f%C3%ADsico,+cognoscitivo,+emocional+y+social.&lr=&hl=es&so](#)

German, E. (2023). *Graficos de Crecimiento -OMS*. Pediatría. Portal Colombia:

<https://pedia-gess.com/index.php/crecimiento-desarrollo/131-graficas->

[crecimiento-oms](#)

Guapi Sayay, F., & Heredia Torres, Y. (2024). *Factores de riesgo que influyen en la desnutrición infantil en niños menores de 2 años del puesto de salud*

Tundayme, Panguí 202. Tesis de Magister, Universidad Estatal de

Milagro, Ecuador.

<https://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/7380/1/GUAPI%20SAYAY-HEREDIA%20TORRES.pdf>

Hernández, M., Prada, M., Briñez, E., & López, I. (2020). Factores que influyen en la asistencia al control de crecimiento y desarrollo en la población infantil. *Difundiendo el conocimiento*, 6(3).

<https://eduneuro.com/revista/index.php/revistaneuronum/article/view/269>

Hernández, O. (2021). Aproximación a los distintos tipos de muestreo no probabilístico que existen. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 37(3). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252021000300002

Herrera, C., & Cordova, A. (2020). *Variaciones pondo-estaturales en infantes menores de 12 meses atendidos en los Centros de Atención Primaria de Salud*. Universidad Andina Del Cusco .

<https://repositorio.uandina.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/8bfb8095-0854-49d5-bcc2-69549a17650b/content>

Hurtado Roque, G., & Vargas Palma, H. (2022). *Contacto piel a piel al nacimiento y el desarrollo psicomotor en lactantes de seis meses, Centro de Salud Fredy Vallejo Oré – Pasco- 2020*. Tesis Segunda Especialidad, Universidad Nacional Hermilio Valdizán, Perú.

<https://repositorio.unheval.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13080/8772/2EN.CDN022H96.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

INEC. (2024). *Documento Metodológico Encuesta Nacional sobre Desnutrición Infantil ENDI*. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/ENDI/R2/Documento_metodologico_ENDI_R2.pdf

- Iturralde, A., Giachetto, G., Rodríguez, G., Torres, A., Bitancurt, N., Bove, I., & Blasina, F. (2022). Evolución del crecimiento de una cohorte de recién nacidos de la maternidad del Hospital Dr. Manuel Quintela con bajo peso al nacer hasta los 12 meses de edad corregida. *Arch Pediatr. Urug.*, *93*(1). <https://doi.org/10.31134/AP.93.1.13>
- Junco, M. (2022). *Gráficas de crecimiento y percentiles: cómo interpretarlos para saber si tu hijo está creciendo bien*. <https://www.bebesymas.com/salud-infantil/graficas-crecimiento-percentiles-como-interpretarlos-para-saber-tu-hijo-esta-creciendo-bien>
- Lago, F., Fernández, L., Herves, C., A., S., Blanco, S., Romero, G., . . . Bazarra, R. (2021). Análisis de la utilidad diagnóstica de diferentes índices antropométricos para medir composición corporal en la infancia. *Orixinai*, *27*(4). https://revista.agamfec.com/wp-content/uploads/2021/12/AGAMFEC_CAP-V274-DEFINITIVO-An%C3%A1lisis-de-la-utilidad-diagn%C3%B3stica-de-diferentes-%C3%ADndices-antropom%C3%A9tricos-para-medir-composici%C3%B3n-corporal-en-la-infancia.pdf
- Lejarraga, H. (2021). Diferencias de sexo en la canalización del crecimiento y del desarrollo infantil: un ejemplo de regulación genética. *Archivo Argentino Pediatría*, *119*(5), 473-480. https://www.researchgate.net/profile/Horacio-Lejarraga/publication/355000603_Sex_differences_in_the_canalization_of_child_growth_and_development_An_example_of_genetic_regulation/links/61f7f7c61e98d168d7e12a8a/Sex-differences-in-the-canalization-of-child-g

Lizarraga Maravi, R. (2021). *Desarrollo psicomotor en niños menores de un año que acuden a la estrategia de crecimiento y desarrollo en el Centro de Salud "Concepción" 2020*. Tesis de Grado, Universidad Peruana del Centro, Perú.

<https://repositorio.upecen.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14127/264/Tesis%20-%20RUTH%20LZARRAGA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Lomaglio, D., M., M., Dipierri, J., Alfaro, E., Bejardo, I., & et.al. (2022).

Referencias de índice de masa corporal. Precisión diagnóstica con área grasa braquial en escolares argentinos. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 72(1), 31-44. <https://ve.scielo.org/pdf/alan/v72n1/0004-0622-alan-72-01-31.pdf>

Maganto Mateo, C., & Cruz Sáez, S. (2020). Desarrollo físico y psicomotor en la primera infancia. Em *Apuntes del desarrollo motor* (pp. 3-41). Argentina. <https://isfd112-bue.infed.edu.ar/sitio/wp-content/uploads/2020/07/APUNTE-DESARROLLO-MOTOR-LIBRO-1.pdf>

Meneses Freire, M., & Tenempaguay Tixi, L. (2023). *Ajuste de un modelo de regresión para predecir patrones de crecimiento en niños menores de 5 años en la provincia de Chimborazo*. Tesis de Posgrado, Universidad Nacional de Chimborazo, Ecuador.

<http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/11540>

Mera Flores, R., & Toledo Santana, N. (2022). Estudio comparativo entre curvas de crecimiento para ecuatorianos y de la OMS en niños manabitas de 7 a 10 años. *Anatomía Digital*, 5(3), 91-103.

<https://doi.org/file:///D:/Downloads/2192->

[Texto%20del%20art%C3%ADculo-9781-1-10-20220705.pdf](#)

Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2016). *Curvas de Crecimiento según indicadores antropométricos*. <https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/2018/07/PRESENTACI%C3%93N-CURVAS-1-1.pdf>

Ministerio de Salud Argentino. (2024). Patrones Internacionales de Crecimiento Infantil de la OMS. 1-21. Argentina. https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/wp-content/uploads/sites/2/2024/04/1-evaluacion_curvas_final1.pdf

Molina Calderón, M., & Piñón Gamez, A. (2024). Desarrollo Psicomotor y Aprendizaje Infantil a los 3 Años en una Unidad Educativa de Chone. *Ciencia Latina*, 8(3), 8785-8799.

<https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/12035/17495>

Morales, J. (2021). *Un acercamiento multidisciplinar a las dimensiones del desarrollo humano*. Universidad Católica de el Salvador.

<http://18.235.180.106:8080/jspui/handle/unicaes/410>

Moyano, E. (2024). *Estudio comparativo de los patrones de crecimiento OMS 2007 y referencias nacionales en la evaluación del estado nutricional en niños de 6 a 12 años del Ecuador*. Universidad Católica de Cuenca.

<https://www.proquest.com/openview/b7748150bb9df3a9f1502a7d8fff3edd/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2026366&diss=y>

Moyano, E., Villavicencio, E., & Cuenca, K. (2023). Patrones de crecimiento y estado nutricional en escolares. *FACSalud*, 7(13).

<https://doi.org/https://doi.org/10.29076/issn.2602-8360vol7iss13.2023pp36-46p>

- Nagua Jiménez, W. (2024). *Factores de riesgo que inciden en la desnutrición crónica infantil en menores de 2 años*. Trabajo de Grado, Universidad Técnica de Machala, Ecuador.
- https://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/23172/1/E-13541_NAGUA%20JIMENEZ%20WILSON%20ALEXANDER.pdf
- Norte Navarro, A., Martínez Sanz, J., Gutiérrez Hervás, A., González Rodríguez, E., & et.al. (2022). Recursos audiovisuales para la adquisición de competencias y destrezas antropométricas en grupos vulnerables. Em *Memorias del Programa de Redes de investigación en docencia universitaria Convocatoria 2021/22* (pp. 623-640). España: Universidad de Alicante .
- https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/130480/1/Memories-Xarxes-ICE-2021-22_034.pdf
- Ocampos, S. (2022). Estudio comparativo de las curvas de crecimiento de la OMS y los aplicativos Anthro WHO e Intergrowth 21st utilizados para el diagnóstico de microcefalia en recién nacidos de término. *Rev. cient. cienc. Salud*, 4(1), 84-92.
- https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/11/1388754/ao9_estudiocomparativodelascurvasdecrecimientoomsanthrowhoeint_fibq0Nx.pdf
- Ocaña-Noriega, J., & Sagñay, G. (2020). La malnutrición y su relación en el desarrollo cognitivo en niños de la primera infancia. *Polo del conocimiento*, 5(12).
- <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8042554>
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (2023). *América Latina y El Caribe. Panorama regional de la seguridad*

alimentaria y la nutrición 2023 Estadísticas y tendencias.

openknowledge.fao.org: Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura

Organización Mundial de la Salud . (2020). *Crecimiento infantil* . who.int/es:

https://www.who.int/es/health-topics/child-growth#tab=tab_1

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Recomendaciones para la obtención de datos, el análisis y la elaboración de informes sobre indicadores antropométricos en niños menores de 5 años.*

https://www.unicef.org/lac/media/9821/file/IdentificarLasDesigualdadesParaActuar_Resumen.pdf

Organización Mundial de la Salud. (22 de 20 de 2022). *Crecimiento infantil.*

who.int: https://www.who.int/es/health-topics/child-growth#tab=tab_1

Pérez Fernández, L. (2022). Desarrollo del niño de 0 a 6 años. *NPunto*, V(49).

<https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/62694c75acbf4art4.pdf>

Pisuña, M., & Larco, J. (2023). Beneficios de la estimulación temprana en el desarrollo de los niños de 0 a 12 meses. *Polo del Conocimiento*, 8(5).

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9295456>

Pons, O., Juárez, I., & López, G. (2022). Trastornos del desarrollo y crecimiento.

Em J. Santacruz, & J. Mazón, *Terapéutica en Medicina familiar.*

Universidad Nacional Autónoma de México Edición y Farmacia SA de

CV. [https://medfam.fmposgrado.unam.mx/wp-](https://medfam.fmposgrado.unam.mx/wp-content/uploads/2022/09/Libro-Terapeutica-en-Medicina-Familiar.pdf#page=105)

[content/uploads/2022/09/Libro-Terapeutica-en-Medicina-](https://medfam.fmposgrado.unam.mx/wp-content/uploads/2022/09/Libro-Terapeutica-en-Medicina-Familiar.pdf#page=105)

[Familiar.pdf#page=105](https://medfam.fmposgrado.unam.mx/wp-content/uploads/2022/09/Libro-Terapeutica-en-Medicina-Familiar.pdf#page=105)

Rea Chela, A., & Remache Yausen, P. (2024). *Factores de riesgo que se asocian a la desnutrición aguda, en niños/as desde el primer mes hasta los 2 años*

de edad, que acuden al Centro de Salud "Simiatug" en la provincia de Bolívar en el periodo 2023-2024. Tesis de Magister, Universidad Estatal de Milagro, Ecuador.

<https://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/7297/1/REA%20CHELA%20%20Y%20REMACHE%20YAUSEN.pdf>

Reyes, F., & Rodríguez, L. (30 de 1 de 2021). *Peso y Talla*. Salud y Medicina:

<https://es.slideshare.net/slideshow/peso-y-talla-242062077/242062077>

Rosales, M., Revelo, P., & Guijarro, J. (2023). La importancia de la estimulación sensorial en el desarrollo cognitivo: Un análisis documental y de campo.

Revista Alpha & Omega, 1(1).

<https://doi.org/https://doi.org/10.24133/ALPHAOMEGA.VOL01.01.2023>.

ART02

Ruiz, R., & Vélez, J. (2022). Juegos interactivos y su importancia en el desarrollo del pensamiento lógico matemático de los estudiantes de 4 años. *Educare, 26*.

<https://doi.org/https://doi.org/10.46498/reduipb.v26iExtraordinario.1694>

Salas Jimenez, C. (2024). *Factores asociados al estado nutricional en niños menores de 2 años en el puesto de salud Escuri - Puno, 2022.* Tesis de Grado, Universidad Continental, Perú.

https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/14918/1/IV_FCS_504_TE_Salas_Jimenez_2024.pdf

Salinas, M., Schonhaut, L., Muñoz, S., & Weisstaud, G. (2022). Trayectoria del desarrollo psicomotor según estado nutricional en niños alimentados con lactancia materna. *Andes Pediatr., 93(4), 535-542.*

<https://www.scielo.cl/pdf/andesped/v93n4/2452-6053-andesped-andespediatr-v93i4-4107.pdf>

slideshare. España. (7 de 2 de 2022). *Curvas OMS*.

<https://es.slideshare.net/slideshow/curvas-oms-251127085/251127085>

Torres Escalante, B. (2022). *Anemia en niños menores de 5 años y su relación con el crecimiento y desarrollo en la consulta Cred del centro de salud Santiago de Surco, Lima*. Tesis de Grado, Universidad Norbet Wiener, Perú.

https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/8496/T061_07944960_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Torres Páez, F., & Camacho Camargo, N. (2021). Estudio comparativo de las curvas de crecimiento NCHS y OMS en la evaluación del estado nutricional en niños menores de 5 años. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*, 19(3), 149-161.

<https://www.redalyc.org/journal/3755/375569375004/375569375004.pdf>

Unar-Munguía, M., Hubert, C., Bonvecchio, A., & Vázquez, R. (2023). Acceso a servicios de salud prenatal y para primera infancia. *Salud Pública de México*, 65(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.21149/14796>

UNICEF. (2019). *El Desarrollo de la primera infancia (DPI) es la clave para un desarrollo sostenible*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. https://www.unicef.org/lac/media/9821/file/IdentificarLasDesigualdadesParaActuar_Resumen.pdf

UNICEF. (2020). *Desarrollo de la primera infancia*. Unicef.org:

<https://www.unicef.org/lac/desarrollo-de-la-primera-infancia>

UNICEF. (29 de Agosto de 2022). *Desarrollo en la primera infancia*. unicef.org:

<https://www.unicef.org/es/desarrollo-en-la-primer-a-infancia>

Universidad Nacional Autónoma de México. (2017). *Teorías del Desarrollo*

Humano. México: UNAM.

https://portalacademico.cch.unam.mx/repositorio-de-sitios/experimentales/psicologia2/pscII/MD1/MD1-L/teorias_desarrollo.pdf

Urrea, G. (2024). *Promoción de salud y su incidencia en la desnutrición en niños menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Balsapamba, provincia de Bolívar*. Universidad Técnica de Babahoyo.

<https://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/17460/TIC-UTB-FCS-ER-000099.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Vega Falcón, V., Villacrés Gavilanes, S., & Sánchez Martínez, B. (2020).

Relación entre índice de masa corporal y trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños. *Revista Cubana de Pediatría*, 92(2), 1-15.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubped/cup-2020/cup202e.pdf>

ANEXOS

Anexo 1 Aprobación de tema



CONSEJO
DIRECTIVO

FACULTAD DE CIENCIAS DE
LA SALUD Y DEL SER HUMANO

Consejo Directivo
Resolución Nro. DFCS- RCD- 472-2024

Fecha y lugar: Guaranda, 15 de octubre del 2024

LA SUSCRITA DECANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO, LIC. SILVANA LÓPEZ PAREDES. MSc., CERTIFICA: Que, el Consejo Directivo de la Facultad en sesión ordinaria (11) del 15 de octubre del 2024.

PUNTO 11.- Varios

11.4. Lectura y tratamiento del Memorando Nro. UEB-CE-2024-356-M suscrito por la Lic. María Olalla Coordinadora de la Carrera Enfermería, quien remite el Acta de la Comisión de la Unidad de Titulación de fecha 10 de octubre del 2024

**EL CONSEJO DIRECTIVO
CONSIDERANDO:**

QUE, El Estatuto de la Universidad Estatal de Bolívar en el artículo 44.- Atribuciones del Consejo Directivo, manifiesta:

- a) Sesionar ordinariamente en forma obligatoria dos veces al mes; y, en forma extraordinaria cuando el caso lo amerite; la convocatoria la realizará el presidente o la mitad más uno de sus miembros;
- b) Designar al representante de la facultad, para que conforme las comisiones y comités que determine el presente Estatuto;
- c) Emitir resoluciones para el funcionamiento de la gestión administrativa, académica, investigación y vinculación de la Facultad, acorde a la normativa legal;
- d) Aprobar la planificación estratégica y el plan operativo anual (POA) de la Facultad y carreras, y remitir a las instancias correspondientes;
- e) Aprobar la planificación académica de la Facultad, sobre la base de las políticas emitidas por Consejo Universitario para el ciclo académico correspondiente, y remitir para conocimiento y toma de decisiones a las instancias y organismos, observando el procedimiento de ley;
- f) Aprobar la planificación de los procesos de titulación;
- g) Aprobar en primera instancia, proyectos de nueva oferta académica y/o de supresión de carreras;
- h) Aprobar requerimientos de titularización, en primera instancia de profesores e investigadores, para presentar a los organismos correspondientes;
- i) Analizar proyectos de reglamentos y reformas propuestos, para su aprobación en los organismos o instancias pertinentes;
- j) Resolver en primera instancia las solicitudes de carácter académico y administrativo de profesores y estudiantes;
- Y,
- k) Las demás que determine la normativa legal.

QUE, Visto el Memorando Nro. UEB-CE-2024-356-M suscrito por la Lic. María Olalla Coordinadora de la Carrera Enfermería, quien remite el Acta de la Comisión de la Unidad de Titulación de fecha 10 de octubre del 2024, suscrito por el Doctor Santiago Freire Coordinador de la Unidad de Titulación de la Carrera Enfermería.

QUE, Visto el ACTA DE LA REUNIÓN DE LA COMISIÓN DE TITULACIÓN DE GRADO DE ENFERMERÍA, realizado en 10 de octubre del 2024, a las 8h30, para tratar los puntos de la convocatoria; a las 8:30 a.m., se inicia la reunión con una cordial bienvenida y saludo a los miembros de la comisión. A continuación, se procede con la lectura de la convocatoria, la cual especifica el tema a tratar. Los integrantes de la comisión de titulación expresan su conformidad para comenzar la sesión, según los puntos establecidos en dicha convocatoria.

Desarrollo del orden del día:

PUNTO 4.- Tratamiento de presentación de Anteproyectos de Investigación.

La comisión de la Unidad de Titulación recepta y analiza los temas de los anteproyectos de investigación, aprobando, realizando ciertos ajustes en número de palabras y /o periodo académico actual. Asignando tutores en base al perfil profesional. Sugiriendo la aprobación por instancias pertinentes, según detalla en la siguiente tabla:

Tabla N°3

Nombres y Apellidos	Tema propuesto	Tema Aprobado por la comisión de titulación	Modalidad de titulación	Director de tesis asignado	Observaciones
Jeimy Estefanía Mariño Meneses María Belén	Seguimiento al consumo del suplemento alimentario para madres lactantes de Salinas, Simiatug y Guanujo. Septiembre	Seguimiento al consumo del suplemento alimentario para madres lactantes de Salinas, Simiatug y Guanujo. Octubre 2024 – Enero 2025	Proyecto de investigación	ND. Janine Maribel Taco	

Torres Ramos	- Diciembre 2024				
Marjorie Estefanía vega González. Yessenia Maybeth Yazuma Tamami	Conocimientos, aptitudes y practicas sobre las nuevas masculinidades en estudiantes de la carrera de enfermería. Periodo septiembre - diciembre 2024	Conocimientos, aptitudes y practicas sobre las nuevas masculinidades en estudiantes de la carrera de enfermería. Octubre 2024 - Enero 2025	Proyecto de investigación	Lic. Mery Rea PhD.	
Manotoa Mera Shaylin Micaela Tercero Calza Marjorie Prisila	Aplicación de los principios bioéticos por los internos rotativos de enfermería en la atención a pacientes indígenas. Hospital Alfredo Noboa Montenegro. Periodo septiembre - diciembre 2024	Evolución del crecimiento en la primera infancia en relación con las curvas de la OMS. Cordero Crespo. Octubre 2024 - Enero 2025.	Proyecto de investigación	ND. Janine Maribel Taco	Reformulado
Zuleica Nataly Cherras Naranjo Gerardo Caleb Urrea Bustillos	Nutrición y salud en adultos mayores: relación entre la dieta y la sarcopenia. Centro de Salud Cordero Crespo. Periodo octubre 2024 - enero 2025	Patrones dietéticos y prevención del deterioro cognitivo en adultos mayores. Centro de Salud Julio Moreno. Octubre 2024 - Enero 2025.	Proyecto de investigación	Dr. Santiago Freire	Reformulado
Chacha Bayas Jonathan Fabian Chariguaman Lluimitaxi Alex Ruperto	Cuidados de enfermería para prevenir las repercusiones psicológicas en los pacientes post operatorio en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro. Septiembre - Diciembre 2024	Cuidados de enfermería para prevenir las repercusiones psicológicas en pacientes post operatorio. Hospital Alfredo Noboa Montenegro. Octubre 2024 - Enero 2025	Proyecto de investigación	Lic. Stefanny Dias Ledesma. Mgtr	
Yadira Andriana Cayambe Chimborazo Fernanda Magali Rea Chasi	Proceso de atención de enfermería según el modelo de Nola Pender para el fomento de la lactancia materna en el egreso hospitalario de recién nacidos. Hospital Alfredo Noboa Montenegro. Septiembre - Diciembre 2024	Proceso de atención de enfermería en primigestas según Ramona Mercer. Hospital Alfredo Noboa Montenegro. Octubre 2024 - Enero 2025.	Proyecto de investigación	Lic. Katherin Chasi	Reformulado
Yadira Estefanía Toapanta Tituaña Odalis Lisette Quispe Olivarez	Prácticas de enfermería en la prevención de infecciones urinarias en mujeres embarazadas en el centro de salud San Simón, periodo octubre 2024 - enero 2025	Prevalencia del virus del papiloma humano en mujeres en edad fértil, Cordero Crespo. Octubre 2024 - Enero 2025	Proyecto de investigación	Lic. Mary Mosso Mgtr.	Reformulado

CONSEJO DIRECTIVO RESUELVE: SOBRE LA BASE DEL CONTENIDO DEL ACTA DE LA COMISIÓN DE TITULACIÓN DE LA CARRERA ENFERMERÍA DESARROLLADA EL 10 DE OCTUBRE DEL 2024, Y SOBRE EL ANÁLISIS REALIZADO POR LA COMISIÓN DE TITULACIÓN DE LA CARRERA ENFERMERÍA, RESUELVE:

1. APROBAR LOS TEMAS DE LOS TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN, REALIZANDO AJUSTES EN NÚMERO DE PALABRAS Y /O PERIODO ACADÉMICO ACTUAL.
2. APROBAR LA DESIGNACIÓN DE TUTORES EN BASE AL PERFIL PROFESIONAL, SEGÚN SE INDICA:

Nombres y Apellidos	Tema propuesto	Tema Aprobado por la comisión de titulación	Modalidad de titulación	Director de tesis asignado	Observaciones
Jeimy Estefanía Mariño Meneses María Belén Torres Ramos	Seguimiento al consumo del suplemento alimentario para madres lactantes de Salinas, Simiatug y Guanujo. Septiembre - Diciembre 2024	Seguimiento al consumo del suplemento alimentario para madres lactantes de Salinas, Simiatug y Guanujo. Octubre 2024 - Enero 2025	Proyecto de investigación	ND. JANINE MARIBEL TACO	

Marjorie Esthefania vega González. Yessenia Maybeth Yazuma Tamami	Conocimientos, aptitudes y practicas sobre las nuevas masculinidades en estudiantes de la carrera de enfermería. Período septiembre – diciembre 2024	Conocimientos, aptitudes y practicas sobre las nuevas masculinidades en estudiantes de la carrera de enfermería. Octubre 2024 – Enero 2025	Proyecto de investigación	LIC. MERY REA PHD.	
Manotoa Mera Shaylin Micaela Tercero Calza Marjorie Prisila	Aplicación de los principios bioéticos por los internos rotativos de enfermería en la atención a pacientes indígenas. Hospital Alfredo Noboa Montenegro. Período septiembre – diciembre 2024	Evolución del crecimiento en la primera infancia en relación con las curvas de la OMS. Cordero Crespo. Octubre 2024 – Enero 2025.	Proyecto de investigación	ND. JANINE MARIBEL TACO	Reformulado
Zuleica Nataly Cherres Naranjo Gerardo Caleb Urrea Bustillos	Nutrición y salud en adultos mayores: relación entre la dieta y la sarcopenia. Centro de Salud Cordero Crespo. Período octubre 2024 – enero 2025	Patrones dietéticos y prevención del deterioro cognitivo en adultos mayores. Centro de Salud Julio Moreno. Octubre 2024 – Enero 2025.	Proyecto de investigación	DR. SANTIAGO FREIRE	Reformulado
Chacha Bayas Jonathan Fabian. Chariguaman Llumitaxi Alex Ruperto	Cuidados de enfermería para prevenir las repercusiones psicológicas en los pacientes post operatorio en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro. Septiembre – Diciembre 2024	Cuidados de enfermería para prevenir las repercusiones psicológicas en pacientes post operatorio. Hospital Alfredo Noboa Montenegro. Octubre 2024 – Enero 2025	Proyecto de investigación	LIC. STEFANNY DIAS LEDESMA. MGTR	
Yadira Andriana Cayambe Chimbora Fernanda Magali Rea Chasi	Proceso de atención de enfermería según el modelo de Nola Pender para el fomento de la lactancia materna en el egreso hospitalario de recién nacidos. Hospital Alfredo Noboa Montenegro. Septiembre – Diciembre 2024	Proceso de atención de enfermería en primigestas según Ramona Mercer. Hospital Alfredo Noboa Montenegro. Octubre 2024 – Enero 2025.	Proyecto de investigación	LIC. KATHERIN CHASI	Reformulado
Yadira Estefania Toapanta Tituaña Odalis Lissette Quispe Olivarez	Prácticas de enfermería en la prevención de infecciones urinarias en mujeres embarazadas en el centro de salud San Simón, período octubre 2024 – enero 2025	Prevalencia del virus del papiloma humano en mujeres en edad fértil, Cordero Crespo. Octubre 2024 – Enero 2025	Proyecto de investigación	LIC. MARY MOSSO MGTR.	Reformulado

Notifíquese. –

LIC. SILVANA LÓPEZ PAREDES Mgtr.
DECANA



Lo certifico. –

LIC. TANIA HURTADO GARCÍA
SECRETARIA DE CONSEJO DIRECTIVO

SLP/TH.

Anexo 2 Aprobación de ejecución



Ministerio de Salud Pública
Coordinación Zonal 5 - Salud
Dirección Distrital 02D01 Guaranda - Salud

Oficio Nro. MSP-CZS5-BO-02D01-2024-0601-OF

Guaranda, 27 de diciembre de 2024

Asunto: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA EL DESARROLLO DEL TRABAJO DE TITULACIÓN, ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA UEB

Señora Licenciada
María Humbelina Olalla García
Coordinadora de la Carrera Enfermería
UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
En su Despacho

De mi consideración:

Por medio del presente paso a informar lo siguiente: luego de revisar solicitud enviada por su persona, me es grato comunicarle que la UEB y el MSP tienen celebrado el convenio Marco de cooperación Interinstitucional para desarrollar la capacidad de Gestión Institucional, Por lo tanto *se procede con autorización respectiva*.

Permítame expresar un cordial saludo de quienes hacemos la carrera de Enfermería de la Universidad Estatal de Bolívar, a la vez me permito solicitar su autorización para que los estudiantes inscritos en la Unidad de Titulación de la carrera apliquen el desarrollo de su trabajo de investigación en los establecimientos de salud que está bajo su dirección, facilite la recolección de datos e información que requieran para el desarrollo de la investigación que se detallan a continuación:

Dirección: Guaranda, Calles Sucre 701 y Vicente Rocafuerte
Código postal: 020101 / Guaranda-Ecuador. Teléfono: +593-3-2980-288
www.salud.gob.ec

Documento firmado electrónicamente por Outpass

EL NUEVO
ECUADOR

1/3



Ministerio de Salud Pública
 Coordinación Zonal 5 - Salud
Dirección Distrital 02D01 Guaranda - Salud

Oficio Nro. MSP-CZS5-BO-02D01-2024-0601-OF

Guaranda, 27 de diciembre de 2024

Nº	Temas de investigación	Autoras/re
1	Seguimiento al consumo del suplemento alimentario para madres lactantes de Salinas, Simiatug y Guanujo. Octubre 2024 – enero 2025	Jeimy Estefanía Mariño Meneses María Belén Torres Ramos
2	Evolución del crecimiento en la primera infancia en relación con las curvas de la OMS. Cordero Crespo. Octubre 2024 – Enero 2025.	Shaylin Micaela Manotoa Mera Marjorie Prisila Tercero Caiza
3	Patrones dietéticos y prevención del deterioro cognitivo en adultos mayores. Centro de Salud Julio Moreno. Octubre 2024 – Enero 2025.	Zuleica Nataly Cherres Naranjo Gerardo Caleb Urrea Bustillos
4	Prevalencia del virus del papiloma humano en mujeres en edad fértil, Cordero Crespo. Octubre 2024 – Enero 2025	Yadira Estefanía Toapanta Tituaña Odalis Lissette Quispe Olivarez

A la vez hago conocer Memorando Nro. MSP-CZONAL5- 2024-11852- M. Por la atención a la presente, le expreso mi gratitud .

Por la atención a la presente, le expreso mi gratitud.

Atentamente,

Documento firmado electrónicamente

Med. Susana Gabriela Lopez Barragan
**DIRECTORA DISTRITAL - DIRECCIÓN DISTRITAL 02D01
 GUARANDA-SALUD**

Copia:

Señora Licenciada
 Jenny Maribel Chamorro Aldas
**Responsable de la Gestión Distrital de Implementación y Evaluación de Redes en Atención en
 Salud - Dirección Distrital 02D01 Guaranda - Salud, Subrogante**



Ministerio de Salud Pública
 Coordinación Zonal 5 - Salud
 Dirección Distrital 02D01 Guaranda - Salud

Oficio Nro. MSP-CZS5-BO-02D01-2024-0601-OF

Guaranda, 27 de diciembre de 2024

Nº	Temas de investigación	Autoras/re
1	Seguimiento al consumo del suplemento alimentario para madres lactantes de Salinas, Simiatug y Guanujo. Octubre 2024 – enero 2025	Jeimy Estefanía Mariño Meneses María Belén Torres Ramos
2	Evolución del crecimiento en la primera infancia en relación con las curvas de la OMS. Cordero Crespo. Octubre 2024 – Enero 2025.	Shaylin Micaela Manotoa Mera Marjorie Prisila Tercero Caiza
3	Patrones dietéticos y prevención del deterioro cognitivo en adultos mayores. Centro de Salud Julio Moreno. Octubre 2024 – Enero 2025.	Zuleica Nataly Cherres Naranjo Gerardo Caleb Urrea Bustillos
4	Prevalencia del virus del papiloma humano en mujeres en edad fértil, Cordero Crespo. Octubre 2024 – Enero 2025	Yadira Estefanía Toapanta Tituaña Odalis Lissette Quispe Olivarez

A la vez hago conocer Memorando Nro. MSP-CZONAL5- 2024-11852- M. Por la atención a la presente, le expreso mi gratitud .

Por la atención a la presente, le expreso mi gratitud.

Atentamente,

Documento firmado electrónicamente

Med. Susana Gabriela Lopez Barragan
**DIRECTORA DISTRITAL - DIRECCIÓN DISTRITAL 02D01
 GUARANDA-SALUD**

Copia:

Señora Licenciada
 Jenny Maribel Chamorro Aldas
**Responsable de la Gestión Distrital de Implementación y Evaluación de Redes en Atención en
 Salud - Dirección Distrital 02D01 Guaranda - Salud, Subrogante**



Ministerio de Salud Pública
Coordinación Zonal 5 - Salud
Dirección Distrital 02D01 Guaranda - Salud

Oficio Nro. MSP-CZS5-BO-02D01-2024-0601-OF
Guaranda, 27 de diciembre de 2024

mzj/jmcha



Este documento es firmado por
RODAMA GARCÍA
LUPEZ BARRAGAN

Dirección: Guaranda, Calles Sucre 701 y Vicente Rocafuerte
Código postal: 020101 / Guaranda-Ecuador. Teléfono: +593-3-2980-288
www.salud.gob.ec

documento firmado electrónicamente por Output





REPÚBLICA
DEL ECUADOR

Ministerio de Salud Pública
Coordinación Zonal 5 - Salud
Dirección Distrital 02D01 Guaranda - Salud

Oficio Nro. MSP-CZS5-BO-02D01-2024-0575-OF

Guaranda, 10 de diciembre de 2024

Asunto: SOLICITUD DE PERMISO PARA APLICAR EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN CON INFORMACIÓN REFERENTE AL PROGRAMA DE CONTROL DEL NIÑO SANO, CENTRO DE SALUD CORDERO CRESPO.

Janine Maribel Taco Vega
Tutora de Proyecto de Investigación
UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR - CARRERA DE ENFERMERÍA
En su Despacho

De mi consideración:

Una vez revisado convenios suscritos entre el MSP y las Instituciones de Educación superior se puede verificar que la UEB Y EL MSP tienen celebrado el Convenio Marco de Cooperación Interinstitucional para desarrollar la capacidad de Gestión Institucional.

En virtud de lo expuesto este Distrito de Salud 02d01 Guaranda Salud otorga el permiso solicitado para aplicar el proyecto de Investigación referente al programa de Control de Niño Sano en el Centro de Salud Cordero Crespo en la ciudad de Guaranda.

En respuesta al Documento No. MSP-CZS5-BO-02D01-FIN-2024-0541-E

SOLICITUD DE PERMISO PARA APLICAR EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN CON INFORMACIÓN REFERENTE AL PROGRAMA DE CONTROL DEL NIÑO SANO, CENTRO DE SALUD CORDERO CRESPO.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,





REPÚBLICA
DEL ECUADOR

Ministerio de Salud Pública
Coordinación Zonal 5 - Salud
Dirección Distrital 02D01 Guaranda - Salud

Oficio Nro. MSP-CZS5-BO-02D01-2024-0575-OF

Guaranda, 10 de diciembre de 2024

Documento firmado electrónicamente

Med. Susana Gabriela Lopez Barragan
**DIRECTORA DISTRITAL - DIRECCIÓN DISTRITAL 02D01
GUARANDA-SALUD**

Copia:

Señora Magíster
Karla Anabelle Serrano Castro
Responsable de la Gestión Distrital de Implementación y Evaluación de Redes en Atención en
Salud - Dirección Distrital 02D01 Guaranda - Salud

mzj/kasc



SUSANA GABRIELA
LOPEZ BARRAGAN

Anexo 3 Instrumentos aplicados



CARRERA DE ENFERMERÍA

FACULTAD DE
CIENCIAS DE
LA SALUD Y
DEL SER HUMANO

CUESTIONARIO CERRADO

Objetivo específico: Identificar las condiciones socioeconómicas y demográficas de las familias de los niños menores de cinco años que asisten al Centro de Salud Cordero Crespo, y su relación con el crecimiento infantil.

Sección I: Condiciones demográficas

Sexo	<input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino
Edad	<input type="radio"/> Menos de un año <input type="radio"/> Entre 1 a 2 años <input type="radio"/> Entre 2 a 3 años <input type="radio"/> Entre 3 a 4 años <input type="radio"/> Entre 4 a 5 años Fecha de nacimiento: <input type="radio"/> Día <input type="radio"/> Mes <input type="radio"/> Año
Etnia	<input type="radio"/> Mestizo <input type="radio"/> Indígena <input type="radio"/> Blanco <input type="radio"/> Afroecuatoriano <input type="radio"/> Otro
Lugar de vivienda	<input type="radio"/> Zona rural <input type="radio"/> Zona urbana
Asiste el niño algún centro de cuidado infantil	<input type="radio"/> CNH <input type="radio"/> CDI <input type="radio"/> Guardería privada <input type="radio"/> Cuidado en casa

Sección II: Condiciones Socioeconómicas

Tipo de familia	<input type="radio"/> Monoparental (Un solo padre y los hijos) <input type="radio"/> Nuclear (Padre, madre e hijos) <input type="radio"/> Extendida (Padres, hijos, abuelos, tios y primos)
Ingreso estimado mensualmente en el hogar	<input type="radio"/> Menos de salario mínimo (460 \$) <input type="radio"/> Entre 460\$ a 1000 \$ <input type="radio"/> Más de 1000 \$
En su hogar el agua de consumo (bebida y comida) es:	<input type="radio"/> Filtrada/ de botellón/envasada <input type="radio"/> Hervida <input type="radio"/> De tubería <input type="radio"/> De pozo <input type="radio"/> De Río
En su hogar la basura se elimina por:	<input type="radio"/> Recolección del camión <input type="radio"/> Disposición en vertedero <input type="radio"/> Quema
En su hogar las aguas residuales se disponen por:	<input type="radio"/> Sistema de alcantarillado <input type="radio"/> Por pozo séptico
Alimentación del niño	<input type="radio"/> Lactancia materna <input type="radio"/> Otras leches (leche de tarro, de vaca) <input type="radio"/> Mixta (lactancia materna- otras leches) <input type="radio"/> Otros alimentos

Dirección: Av. Ernesto Che Guevara y Gabriel Secaira
Guaranda-Ecuador
Teléfono: (593) 3220 6059
www.ueb.edu.ec

Hasta que edad el niño recibió lactancia materna exclusiva.	<input type="radio"/> 0-6 meses <input type="radio"/> 6-12 meses <input type="radio"/> 1 a 2 años <input type="radio"/> 2 años y más
---	---

Objetivo específico: Analizar la evolución del peso y la estatura de los niños menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud Cordero Crespo.

Sección III: Datos de crecimiento del niño

Fecha de nacimiento

Día	Mes	Año

Ficha de registro

Objetivo específico: Comparar los indicadores antropométricos con las curvas de crecimiento (Peso para la edad, talla para la edad y el IMC para la edad)

Fecha de medición	Edad	Peso (kg)	Talla (cm)	Indicadores		
				Peso para la edad	Peso para la talla	IMC para la edad
D. M. A.	1 mes			Sobrepeso (+2 a +3) Peso normal (-2 a +2) Bajo peso (-2 a -3) Bajo peso severo (menos de -3)	Talla alta (+2 a +3) Talla normal (-2 a +2) Baja talla (-2 a -3) Baja talla severa (menos -3)	Obesidad (más de +3) Sobrepeso (+2 a +3) Peso saludable (-2 a +2) Emaciado (-2 a -3) Severamente emaciado (menos de -3)
D. M. A.	2 meses			Sobrepeso (+2 a +3) Peso normal (-2 a +2) Bajo peso (-2 a -3) Bajo peso severo (menos de -3)	Talla alta (+2 a +3) Talla normal (-2 a +2) Baja talla (-2 a -3) Baja talla severa (menos -3)	Obesidad (más de +3) Sobrepeso (+2 a +3) Peso saludable (-2 a +2) Emaciado (-2 a -3) Severamente emaciado (menos de -3)
D. M. A.	3 meses			Sobrepeso (+2 a +3) Peso normal (-2 a +2) Bajo peso (-2 a -3) Bajo peso severo (menos de -3)	Talla alta (+2 a +3) Talla normal (-2 a +2) Baja talla (-2 a -3) Baja talla severa (menos -3)	Obesidad (más de +3) Sobrepeso (+2 a +3) Peso saludable (-2 a +2) Emaciado (-2 a -3) Severamente emaciado (menos de -3)
D. M. A.	4 meses			Sobrepeso (+2 a +3) Peso normal (-2 a +2) Bajo peso (-2 a -3) Bajo peso severo (menos de -3)	Talla alta (+2 a +3) Talla normal (-2 a +2) Baja talla (-2 a -3) Baja talla severa (menos -3)	Obesidad (más de +3) Sobrepeso (+2 a +3) Peso saludable (-2 a +2) Emaciado (-2 a -3) Severamente emaciado (menos de -3)
D. M. A.	5 meses			Sobrepeso (+2 a +3) Peso normal (-2 a +2) Bajo peso (-2 a -3) Bajo peso severo (menos de -3)	Talla alta (+2 a +3) Talla normal (-2 a +2) Baja talla (-2 a -3) Baja talla severa (menos -3)	Obesidad (más de +3) Sobrepeso (+2 a +3) Peso saludable (-2 a +2) Emaciado (-2 a -3) Severamente emaciado (menos de -3)
D. M.	6 meses			Sobrepeso (+2 a +3) Peso normal (-2 a +2)	Talla alta (+2 a +3) Talla normal (-2 a +2)	Obesidad (más de +3) Sobrepeso (+2 a +3)

A.				Bajo peso (-2 a -3) Bajo peso severo (menos de -3)	Baja talla (-2 a -3) Baja talla severa (menos -3)	Peso saludable (-2 a +2) Emaciado (-2 a -3) Severamente emaciado (menos de -3)
D. M. A.	7 meses			Sobrepeso (+2 a +3) Peso normal (-2 a +2) Bajo peso (-2 a -3) Bajo peso severo (menos de -3)	Talla alta (+2 a +3) Talla normal (-2 a +2) Baja talla (-2 a -3) Baja talla severa (menos -3)	Obesidad (más de +3) Sobrepeso (+2 a +3) Peso saludable (-2 a +2) Emaciado (-2 a -3) Severamente emaciado (menos de -3)
D. M. A.	8 meses			Sobrepeso (+2 a +3) Peso normal (-2 a +2) Bajo peso (-2 a -3) Bajo peso severo (menos de -3)	Talla alta (+2 a +3) Talla normal (-2 a +2) Baja talla (-2 a -3) Baja talla severa (menos -3)	Obesidad (más de +3) Sobrepeso (+2 a +3) Peso saludable (-2 a +2) Emaciado (-2 a -3) Severamente emaciado (menos de -3)
D. M. A.	9 meses			Sobrepeso (+2 a +3) Peso normal (-2 a +2) Bajo peso (-2 a -3) Bajo peso severo (menos de -3)	Talla alta (+2 a +3) Talla normal (-2 a +2) Baja talla (-2 a -3) Baja talla severa (menos -3)	Obesidad (más de +3) Sobrepeso (+2 a +3) Peso saludable (-2 a +2) Emaciado (-2 a -3) Severamente emaciado (menos de -3)
D. M. A.	10 meses			Sobrepeso (+2 a +3) Peso normal (-2 a +2) Bajo peso (-2 a -3) Bajo peso severo (menos de -3)	Talla alta (+2 a +3) Talla normal (-2 a +2) Baja talla (-2 a -3) Baja talla severa (menos -3)	Obesidad (más de +3) Sobrepeso (+2 a +3) Peso saludable (-2 a +2) Emaciado (-2 a -3) Severamente emaciado (menos de -3)
D. M. A.	11 meses			Sobrepeso (+2 a +3) Peso normal (-2 a +2) Bajo peso (-2 a -3) Bajo peso severo (menos de -3)	Talla alta (+2 a +3) Talla normal (-2 a +2) Baja talla (-2 a -3) Baja talla severa (menos -3)	Obesidad (más de +3) Sobrepeso (+2 a +3) Peso saludable (-2 a +2) Emaciado (-2 a -3) Severamente emaciado (menos de -3)
D. M. A.	12 meses			Sobrepeso (+2 a +3) Peso normal (-2 a +2) Bajo peso (-2 a -3)	Talla alta (+2 a +3) Talla normal (-2 a +2) Baja talla (-2 a -3)	Obesidad (más de +3) Sobrepeso (+2 a +3) Peso saludable (-2 a +2)

				Bajo peso severo (menos de -3)	Baja talla severa (menos -3)	Emaciado (-2 a -3) Severamente emaciado (menos de -3)
D: M: A:	1 año			Sobrepeso (+2 a +3) Peso normal (-2 a +2) Bajo peso (-2 a -3) Bajo peso severo (menos de -3)	Talla alta (+2 a +3) Talla normal (-2 a +2) Baja talla (-2 a -3) Baja talla severa (menos -3)	Obesidad (más de +3) Sobrepeso (+2 a +3) Peso saludable (-2 a +2) Emaciado (-2 a -3) Severamente emaciado (menos de -3)
D: M: A:	2 años			Sobrepeso (+2 a +3) Peso normal (-2 a +2) Bajo peso (-2 a -3) Bajo peso severo (menos de -3)	Talla alta (+2 a +3) Talla normal (-2 a +2) Baja talla (-2 a -3) Baja talla severa (menos -3)	Obesidad (más de +3) Sobrepeso (+2 a +3) Peso saludable (-2 a +2) Emaciado (-2 a -3) Severamente emaciado (menos de -3)
D: M: A:	3 años			Sobrepeso (+2 a +3) Peso normal (-2 a +2) Bajo peso (-2 a -3) Bajo peso severo (menos de -3)	Talla alta (+2 a +3) Talla normal (-2 a +2) Baja talla (-2 a -3) Baja talla severa (menos -3)	Obesidad (más de +3) Sobrepeso (+2 a +3) Peso saludable (-2 a +2) Emaciado (-2 a -3) Severamente emaciado (menos de -3)
D: M: A:	4 años			Sobrepeso (+2 a +3) Peso normal (-2 a +2) Bajo peso (-2 a -3) Bajo peso severo (menos de -3)	Talla alta (+2 a +3) Talla normal (-2 a +2) Baja talla (-2 a -3) Baja talla severa (menos -3)	Obesidad (más de +3) Sobrepeso (+2 a +3) Peso saludable (-2 a +2) Emaciado (-2 a -3) Severamente emaciado (menos de -3)
D: M: A:	5 años			Sobrepeso (+2 a +3) Peso normal (-2 a +2) Bajo peso (-2 a -3) Bajo peso severo (menos de -3)	Talla alta (+2 a +3) Talla normal (-2 a +2) Baja talla (-2 a -3) Baja talla severa (menos -3)	Obesidad (más de +3) Sobrepeso (+2 a +3) Peso saludable (-2 a +2) Emaciado (-2 a -3) Severamente emaciado (menos de -3)

Anexo 4 Validación de instrumentos

CARRERA DE ENFERMERÍA

FACULTAD DE
CIENCIAS DE
LA SALUD Y
DEL SER HUMANO

Guaranda, 03 de diciembre de 2024.

Doctora
Sandy Fierro
Docente de la Carrera de Enfermería
Universidad Estatal de Bolívar
Presente.

De mi consideración:

Luego de expresar un atento y cordial saludo, me permito solicitar de la manera más respetuosa su aporte como experto validador del instrumento diseñado para la recolección de la información, que se aplicará en el desarrollo de las investigaciones que se detallan a continuación como modalidad de titulación:

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: Evolución del crecimiento en la primera infancia en relación con las curvas de la OMS. Cordero cresco. Octubre 2024-enero 2025

AUTORES: Shaylín Micaela Manotoa Mera – Marjorie Prisila Tercero Caiza

Por la atención le agradezco.

Cordialmente,

Lcda. Janine Taco.
Tutora de Trabajo de Titulación

Recibido
9.12.2024
M. Fierro

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN POR JUICIOS DE EXPERTOS

Tema: " Evolución del crecimiento en la primera infancia en relación con las curvas de la OMS. Cordero cresco. Octubre 2024-enero 2025"

Responsables: Shaylin Micaela Manotoa Mera – Marjorie Prisila Tercero Caiza

Luego de analizar el instrumento de recolección de información, en base a su criterio y experiencia profesional, designe validar dicho instrumento: Guía

Marque con una (X) la puntuación que considere adecuada para cada criterio a evaluar tomando en cuenta que:

- 1= Muy en desacuerdo
- 2= En desacuerdo
- 3= De acuerdo
- 4= Muy de acuerdo

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la evolución del crecimiento de los niños menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud Cordero Crespo durante el periodo de octubre 2024 a enero 2025, en comparación con las curvas de crecimiento de la OMS.

Criterio	Puntuación				Propuesta de mejora
	1	2	3	4	
Coherencia				X	
Pertinencia				X	
Objetividad				X	
Validez				X	
Total puntuación	16				
De 1 a 4 → No aplicable De 5 a 8 → No aplicable De 9 a 12 → Aplicable, (mejora) De 13 a 16 → Aplicable					
NOMBRE DEL VALIDADOR	PROFESIÓN Y CARGO		INSTITUCIÓN DONDE LABORA	FIRMA Y SELLO	
Doctora Sandy Fierro	Docente de la Carrera de Enfermería		Universidad Estatal de Bolívar		

Guaranda, 03 de diciembre de 2024.

Doctor.
Santiago Freire
Docente de la Carrera de Enfermería
Universidad Estatal de Bolívar
Presente.

De mi consideración:

Luego de expresar un atento y cordial saludo, me permito solicitar de la manera más respetuosa su aporte como experto validador del instrumento diseñado para la recolección de la información, que se aplicará en el desarrollo de las investigaciones que se detallan a continuación como modalidad de titulación:

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: Evolución del crecimiento en la primera infancia en relación con las curvas de la OMS. Cordero cresco. Octubre 2024-enero 2025

AUTORES: Shaylin Micaela Manotoa Mera – Marjorie Prisila Tercero Caiza

Por la atención le agradezco.

Cordialmente,



Lcda. Janine Taco.
Tutora de Trabajo de Titulación

**VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN POR JUICIOS DE
EXPERTOS**

Tema: " Evolución del crecimiento en la primera infancia en relación con las curvas de la OMS. Cordero cresco. Octubre 2024-enero 2025"

Responsables: Shaylin Micaela Manotoa Mera – Marjorie Prisila Tercero Caiza


Luego de analizar el instrumento de recolección de información, en base a su criterio y experiencia profesional, designe validar dicho instrumento: Guía

Marque con una (X) la puntuación que considere adecuada para cada criterio a evaluar tomando en cuenta que:

- 1= Muy en desacuerdo
- 2= En desacuerdo
- 3= De acuerdo
- 4= Muy de acuerdo

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la evolución del crecimiento de los niños menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud Cordero Crespo durante el periodo de octubre 2024 a enero 2025, en comparación con las curvas de crecimiento de la OMS.

Criterio	Puntuación				Propuesta de mejora
	1	2	3	4	
Coherencia				X	
Pertinencia				X	
Objetividad				X	
Validez				X	
Total puntuación	16				
De 1 a 4	→ No aplicable				
De 5 a 8	→ No aplicable				
De 9 a 12	→ Aplicable, (mejora)				
De 13 a 16	→ Aplicable				
NOMBRE DEL VALIDADOR	PROFESIÓN Y CARGO		INSTITUCIÓN DONDE LABORA	FIRMA Y SELLO	
Doctor. Santiago Freire	Docente de la Carrera de Enfermería		Universidad Estatal de Bolívar		

Guaranda, 03 de diciembre de 2024.

Licenciada
Stefanny Días
Docente de la Carrera de Enfermería
Universidad Estatal de Bolívar
Presente.

De mi consideración:

Luego de expresar un atento y cordial saludo, me permito solicitar de la manera más respetuosa su aporte como experto validador del instrumento diseñado para la recolección de la información, que se aplicará en el desarrollo de las investigaciones que se detallan a continuación como modalidad de titulación:

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: Evolución del crecimiento en la primera infancia en relación con las curvas de la OMS. Cordero crespo. Octubre 2024-enero 2025

AUTORES: Shaylin Micaela Manotoa Mera – Marjorie Prisila Tercero Caiza

Por la atención le agradezco.

Cordialmente,



Lcda. Janine Taco.
Tutora de Trabajo de Titulación

Recibido
03/12/2024
14:30
Stefanny Días

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN POR JUICIOS DE EXPERTOS

Tema: "Evolución del crecimiento en la primera infancia en relación con las curvas de la OMS. Cordero cresco. Octubre 2024-enero 2025"

Responsables: Shaylin Micaela Manotoa Mera – Marjorie Prisila Tercero Caiza

Luego de analizar el instrumento de recolección de información, en base a su criterio y experiencia profesional, designe validar dicho instrumento: Guía

Marque con una (X) la puntuación que considere adecuada para cada criterio a evaluar tomando en cuenta que:

1= Muy en desacuerdo

2= En desacuerdo

3= De acuerdo

4= Muy de acuerdo

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la evolución del crecimiento de los niños menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud Cordero Crespo durante el periodo de octubre 2024 a enero 2025, en comparación con las curvas de crecimiento de la OMS.

Criterio	Puntuación				Propuesta de mejora
	1	2	3	4	
Coherencia				X	
Pertinencia			X		
Objetividad				X	
Validez				X	
Total puntuación	15				Aplicable
De 1 a 4 → No aplicable De 5 a 8 → No aplicable De 9 a 12 → Aplicable, (mejora) De 13 a 16 → Aplicable					
NOMBRE DEL VALIDADOR	PROFESIÓN Y CARGO		INSTITUCIÓN DONDE LABORA		FIRMA Y SELLO
Licenciada Steffany Días	Docente de la Carrera de Enfermería		Universidad Estatal de Bolívar		

Anexo 5 Consentimiento informado



CARRERA DE ENFERMERÍA

FACULTAD DE
CIENCIAS DE
LA SALUD Y
DEL SER HUMANO



UNIVERSIDAD
ESTATAL DE BOLÍVAR

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

CARRERA DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sr(a) Yessenia Paola Rosillo Moron

Lugar de Procedencia Guaranda

En forma voluntaria autorizo participar en la investigación titulada "Evolución del crecimiento en la primera infancia en relación con las curvas de la OMS. Cordero Crespo. Octubre 2024-Enero 2025"

Se me ha informado del objetivo de la investigación es "Evaluar la evolución del crecimiento de los niños menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud Cordero Crespo durante el periodo de octubre 2024 a enero 2025, en comparación con las curvas de crecimiento de la OMS", por lo que acepto proporcionar información referente a la encuesta e instrumentos necesarios para el alcance de los objetivos planteados.

He comprendido las preguntas pertinentes y estoy satisfecho(a) con la información brindada por los investigadores, quienes lo han comunicado de forma clara y sencilla, dándome la oportunidad de preguntar y resolver las dudas e interrogantes.

Los resultados que se obtengan se manejarán con absoluta confidencialidad y solo serán usados para los fines académicos en el marco de la ética profesional.

En tales condiciones consiento voluntariamente participar en la investigación.

Firma del Participante
investigación

Firma Responsable de la
Investigación

Anexo 6 Registro fotográfico



Tutorías realizadas



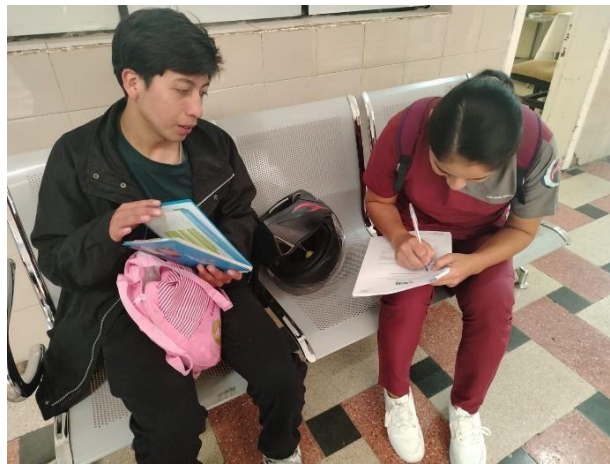
Tutorías realizadas



Encuestas realizadas



Encuestas realizadas



Encuestas realizadas



Encuestas realizadas



Encuestas realizadas



Encuestas realizadas



Encuestas realizadas



Encuestas realizadas



Encuestas realizadas



Encuestas realizadas

Anexo 7 Certificado de plagio

MARJORIE TERCERO

TESIS TURNITIN.docx

 Universidad Estatal de Bolívar

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid::3117:424023345

Fecha de entrega

27 ene 2025, 11:16 a.m. GMT-5

Fecha de descarga

27 ene 2025, 11:21 a.m. GMT-5

Nombre de archivo

TESIS TURNITIN.docx

Tamaño de archivo

104.0 KB

51 Páginas

11,190 Palabras

59,534 Caracteres



Página 1 of 56 - Portada

Identificador de la entrega trn:oid::3117:424023345



Página 2 of 56 - Descripción general de integridad

Identificador de la entrega trn:oid::3117:424023345

6% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...




Filtrado desde el informe

- Trabajos entregados
- Fuentes de Internet

Exclusiones

- N.º de fuente excluida

Fuentes principales

- 0%  Fuentes de Internet
- 6%  Publicaciones
- 0%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

