



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**

TEMA:

**CONDICIONES SOCIODEMOGRÁFICAS Y ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS DE 1
A 5 AÑOS EN LA PARROQUIA DE LA ESPERANZA, IBARRA, 2022**

Trabajo de Grado previo a la obtención del título de Licenciado en Nutrición y
Dietética

AUTOR: Andrade Jurado Sergio Alejandro

DIRECTORA: Msc. Perugachi Benalcazar Ivonne Alexaida

IBARRA - ECUADOR

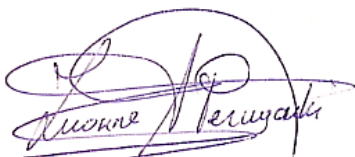
2024

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

En calidad de la directora de la tesis de grado titulada, “**CONDICIONES SOCIODEMOGRÁFICAS Y ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS DE 1 A 5 AÑOS EN LA PARROQUIA DE LA ESPERANZA, IBARRA, 2022**”; de autoría de ANDRADE JURADO SERGIO ALEJANDRO, para obtener el Título de Licenciada en Nutrición y Dietética, doy fe que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a presentación y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, a los 8 días del mes de abril del 2023

Lo certifico:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Ivonne Perugachi', written over a horizontal line.

(Firma).....

Lic. Perugachi Benalcázar Ivonne Alexaida, MSc.

C.I.

DIRECTORA DE TESIS



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE CIUDADANÍA:	100383909-7		
APELLIDOS Y NOMBRES:	ANDRADE JURADO SERGIO ALEJANDRO		
DIRECCIÓN:	Chorlavi, Ciudadela Andrea Tobar		
EMAIL:	sergiooalejandro97@gmail.com		
TELÉFONO FIJO:	(06)2 932 325	TELF. MÓVIL:	0987894611
DATOS DE LA OBRA			
TÍTULO:	CONDICIONES SOCIODEMOGRÁFICAS Y ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS DE 1 A 5 AÑOS EN LA PARROQUIA DE LA ESPERANZA, IBARRA, 2022		
AUTOR (A):	Andrade Jurado Sergio Alejandro		
FECHA:			
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO			
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO		
TITULO POR EL QUE OPTAN:	Licenciado en Nutrición y Dietética		

ASESOR /DIRECTOR:

Lic. Perugachi Benalcázar Ivonne Alexaida, MSc.

CONSTANCIAS 2.

El autor manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es el titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

En la ciudad de Ibarra, a los 8 días del mes de enero 2024

EL AUTOR:



Sergio Alejandro Andrade Jurado

C.C: 1003839097

REGISTRE BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCS – UTN

Fecha:

Sergio Alejandro Andrade Jurado. “CONDICIONES SOCIODEMOGRÁFICAS Y ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS DE 1 A 5 AÑOS EN LA PARROQUIA DE LA ESPERANZA, IBARRA, 2022”.

DIRECTORA: Lic. Perugachi Benalcázar Ivonne Alexaida, MSc.

El principal objetivo de la presente investigación fue: Determinar las condiciones sociodemográficas y estado nutricional en niños de 1 a 5 años en la parroquia de La Esperanza. Identificar características sociodemográficas en la población sujeta de estudio. Evaluar el estado nutricional en los niños de 1 a 5 años en la parroquia de “La Esperanza”.

Fecha: Ibarra, 8 De abril del 2023



.....
Lic. Perugachi Benalcázar Ivonne Alexaida, MSc.

C.C 1002452389

Directora



.....
Sergio Alejandro Andrade Jurado

C.C 1003839097

Autor

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de grado, a aquellas personas que, con su apoyo incondicional, han hecho posible que hoy pueda presentar este trabajo con gran satisfacción. A mis padres, amigos, docentes, tutora especialista en el tema, gracias por su paciencia, motivación y por haberme brindado su sabiduría y conocimiento en los momentos más cruciales de mi investigación. Sus palabras de aliento y su confianza en mí han sido el motor para superar cada obstáculo en este camino. Espero que este logro también sea un motivo de orgullo y felicidad para ustedes.

Sergio Alejandro Andrade Jurado

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, quiero agradecer a la Universidad Técnica del Norte por brindarme la oportunidad de estudiar en una institución de prestigio y por haberme permitido desarrollar mi formación profesional en un ambiente académico de excelencia.

Asimismo, quisiera expresar mi gratitud a mi directora de tesis, MSc. Perugachi Benalcázar Ivonne Alexaida, por su valiosa orientación, su apoyo y su paciencia durante todo el proceso de investigación. Sus consejos y sugerencias fueron fundamentales para la realización de este trabajo.

También deseo agradecer a mis compañeros de carrera, quienes me han acompañado en este trayecto y con quienes he compartido momentos inolvidables.

Por último, pero no menos importante, quiero dedicarle este logro a mi familia y amigos, quienes han sido mi mayor fuente de inspiración y apoyo incondicional. Su amor, cariño y motivación han sido fundamentales para alcanzar mis metas.

Gracias a todos ellos, hoy puedo presentar con orgullo mi tesis de grado, la cual representa un esfuerzo constante y una gran dedicación. Espero que este trabajo sea de utilidad para la comunidad académica y científica, y contribuya al avance de la investigación en mi campo de estudio."

Sergio Alejandro Andrade Jurado

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS.....	2
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA	3
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO	5
DEDICATORIA	6
AGRADECIMIENTO	7
ÍNDICE DE CONTENIDOS	8
ÍNDICE DE TABLAS	10
TEMA	11
RESUMEN	12
ABSTRACT.....	13
CAPÍTULO I	14
Problema de investigación	14
Planteamiento del problema.....	14
Formulación del problema	15
Justificación.....	16
Objetivos	17
Objetivo general	17
Objetivos específicos	17
Preguntas de investigación.....	17
CAPÍTULO II.....	18
Marco teórico	18
Marco referencial	18
Marco contextual.....	20
Marco conceptual.....	22
Condiciones Sociodemográficas	22

Definiciones	23
Factores de riesgo en los niños.....	24
Estado nutricional en niños	24
Mediciones, índices e indicadores.....	28
Tablas/curvas de Referencia	29
Unidades de medida	30
Porcentaje de adecuación a la mediana	30
Indicadores de crecimiento para niños menores de 5 años.	31
Marco Legal	32
Organización Mundial de la Salud	32
Objetivos de Desarrollo Sostenible	32
Plan de Creación de oportunidades	32
Ley Orgánica del Régimen de la Soberanía Alimentaria Consumo y Nutrición ..	33
Derechos del Buen Vivir	33
CAPÍTULO III.....	35
Metodología	35
Diseño y tipo de la investigación	35
Población.....	35
Criterios de inclusión y exclusión	35
Identificación de variables	35
Operacionalización de variables.	36
Métodos y técnicas de recolección de datos.	39
Datos sociodemográficos	39
Estado nutricional.....	39
Análisis de datos	39
CAPÍTULO IV	40
Resultados y Discusión.....	40

	10
CAPÍTULO V.....	49
Conclusiones y recomendaciones	51
Conclusiones	51
Recomendaciones.....	51
BIBLIOGRAFÍA	53
ANEXOS	55

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Características sociodemográficas del o la representante.....	40
Tabla 2 Servicios básicos que disponen en el hogar.....	41
Tabla 3 Desarrollo sostenible y sanidad en el hogar.....	42
Tabla 4 Características sociodemográficas de niños de 1 a 5 años en la parroquia de La Esperanza.	44
Tabla 5 Estado nutricional según indicador (Peso / edad) según sexo (Desnutrición global) de niños de 1 a 5 años en la parroquia de La Esperanza.....	45
Tabla 6 Estado nutricional (Peso/talla/longitud).....	46
Tabla 7 Estado nutricional (Longitud/talla/edad)	46
Tabla 8 Estado nutricional (IMC/edad).	47

TEMA

**CONDICIONES SOCIODEMOGRÁFICAS Y ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS
DE 1 A 5 AÑOS EN LA PARROQUIA DE LA ESPERANZA, IBARRA, 2022**

CONDICIONES SOCIODEMOGRÁFICAS Y ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS DE 1 A 5 AÑOS EN LA PARROQUIA DE LA ESPERANZA, IBARRA, 2022

Autor: Sergio Andrade

Directora: MSc. Ivonne Perugachi

RESUMEN

El estado nutricional de los niños menores de cinco años es un indicador de salud importante en los países. El objetivo de la presente investigación fue identificar las características sociodemográficas y el estado nutricional de los niños de 1 a 5 años de la Parroquia La Esperanza. Fue un estudio descriptivo de corte trasversal, cuantitativo. La población estuvo constituida por 107 niños. Las variables estudiadas fueron: características sociodemográficas y estado nutricional antropométrico. Para la recolección de datos se utilizó un formulario que contemplaba dos secciones: datos sociodemográficos y consentimiento informado; se valoró peso, talla – longitud a los niños y se analizó mediante WHO Anthro para identificar desnutrición aguda, crónica, global y sobrepeso de acuerdo a los Patrones de crecimiento de la OMS. Los resultados más importantes fueron: la mayoría de los representantes de los niños son madres, casados, de etnia indígena y amas de casa; el 50% tiene casa propia, más del 90% de las casas tienen todos los servicios básicos, el 68% gana menos del RBU, 93% asiste a atenderse en el MSP, 58% de familias tienen entre 1 y 4 miembros. El 54,2% de niños atendidos fueron varones; en la valoración nutricional se halló que: 4.6% de niños tiene desnutrición global, 6,73% desnutrición aguda, 9.5% sobrepeso y 28,9% de retardo del crecimiento. En conclusión, los sujetos de estudio muestran altas prevalencias de malnutrición.

Palabras clave: niño, estado nutricional, La Esperanza.

**SOCIODEMOGRAPHIC CONDITIONS AND NUTRITIONAL STATUS IN
CHILDREN AGED 1 TO 5 YEARS IN THE PARROQUIA DE LA ESPERANZA,
IBARRA. 2022.**

Author: Sergio Andrade

Director: MSc. Ivonne Perugachi

ABSTRACT

The objective of the research was to identify the sociodemographic characteristics and nutritional status of children from 1 to 5 years of age in La Esperanza Parish. It was a descriptive, cross-sectional, quantitative study. The population was 107 children. The variables studied were: sociodemographic characteristics and anthropometric nutritional status. To collect data, a form was used that included two sections: sociodemographic data and informed consent; Children's weight, height and length were assessed and analyzed using WHO Anthro to identify acute, chronic, global malnutrition and overweight according to the WHO Growth Standards. The most important results were: the majority of the children's representatives are mothers, married, of indigenous ethnicity and housewives; 50% have their own home, more than 90% of the houses have all the basic services, 68% earn less than the UBI, 93% attend care at the MSP, 58% of families have between 1 and 4 members. 54.2% of children attended were boys; In the nutritional assessment it was found: 4.6% of global malnutrition, 6.73% of acute malnutrition, 9.5% of overweight and 28.9% of stunted growth. In conclusion, the study subjects show high prevalence of malnutrition,

Keywords: child, nutritional status, La Esperanza.

CAPÍTULO I

Problema de investigación

Planteamiento del problema

La malnutrición se define como la nutrición deficiente o desequilibrada a causa de una dieta pobre o excesiva; es uno de los factores que más contribuyen a la carga mundial de la morbilidad, pues más de una tercera parte de las enfermedades infantiles en todo el mundo se atribuyen a la desnutrición, donde la pobreza representa una de sus causas principales. La carencia de vitamina A, los trastornos por carencia de yodo y las anemias nutricionales son los problemas nutricionales más serios y de mayor prevalencia en casi todos los países de Asia, África, América Latina y el Cercano Oriente (1).

En el mundo existen cerca de 800 millones de personas con problemas de malnutrición, la mayoría se encuentran en países vías de desarrollo; cerca del 30% proceden de la región sur y este de Asia, el 25% de África y el 8% de Latinoamérica y el Caribe. Para la OPS, más de 480 000 niños menores de cinco años mueren cada año en la región de las Américas y cerca de 152 000 (3,1%) debido a deficiencias nutricionales. Las enfermedades infecciosas y la malnutrición representan entre el 40% y 70% de las hospitalizaciones y entre el 60% y 80% de las consultas en este grupo de edad (1).

La malnutrición es protagónica en los países desarrollados, más que todo debido al uso de dietas inapropiadas, es decir, planes de alimentación de baja calidad nutricional, caracterizados por el consumo excesivo de grasas, carbohidratos y bajo consumo en proteínas, vitaminas, minerales y fibra; que obedecen a patrones frecuentes, restrictivos y realizados durante largos periodos sin el acompañamiento de un profesional, llevando a un desbalance en el consumo y por consiguiente en aporte nutricional, estado que finalmente conduce a padecer enfermedades asociadas a la malnutrición por déficit “desnutrición” y por exceso “sobrepeso y obesidad” (1).

Las afecciones nutricionales son cada vez más frecuentes en el mundo, en algunos casos por problemas de alimentación tal como se presenta en los países subdesarrollados, en los cuales es frecuente que se presente la paradoja nutricional, esto es, hogares con escasos

recursos económicos con predominio de la malnutrición por déficit, especialmente en los niños; aunque se asocia el sobrepeso y la obesidad con la abundancia alimentaria, también es un reflejo de la malnutrición. Aproximadamente una de cada cinco personas del mundo en desarrollo presenta subnutrición crónica, 192 millones de niños sufren de malnutrición proteico-energética y más de 2.000 millones tienen carencias de micronutrientes (1).

Alrededor de 795 millones de personas en el mundo no cuentan con la posibilidad de adquirir alimentos suficientes en cantidad y calidad, además, otras condiciones sociales, económicas, políticas, biológicas y culturales, disminuyen la posibilidad de tener un adecuado estado nutricional. Según un estudio realizado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), la desnutrición infantil (medida por el bajo peso para la edad) les cuesta a los países de América Latina entre el 1,7% y el 11,4% del PIB, donde el 90% de los costos están explicados por las pérdidas de productividad, por la mayor tasa de mortalidad (1).

En Ecuador, según la Oficina de las Naciones Unidas para Ecuador establece que de forma general aproximadamente el 27% de los niños menores a 2 años tiene un tipo de desnutrición, a su vez detalla la desnutrición es un problema que se recrudece principalmente en sectores o poblaciones históricamente marginados como lo es la población indígena o parroquias rurales donde servicios básicos no existen y alimentos necesarios para una buena nutrición escasean, siendo así que de acuerdo a los resultados de la “Encuesta Nacional de Salud y Nutrición” (ENSANUT) se establecía que al menos 4 de cada 10 niños de esas poblaciones padecían desnutrición (2).

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) detalla que, según los resultados de la ENSANUT, específicamente la desnutrición a nivel nacional en niños menores de 5 años se presenta en 413.913 (3).

Formulación del problema

¿Cuáles son las condiciones sociodemográficas y estado nutricional en niños de 1 a 5 años en la parroquia de La Esperanza?

Justificación

Uno de los principales objetivos por parte de los programas diseñados e implementados por el gobierno es mejorar la alimentación y la calidad nutricional de las dietas. Por lo tanto, es necesaria la intervención nutricional en estos grupos etarios tan vulnerables, debido a que la alimentación en este grupo de edad es esencial para un correcto desarrollo físico, biológico y psíquico. De tal manera si las necesidades energéticas o nutricionales son deficientes o hay un exceso desencadenarán en patologías no transmisibles de carácter nutricional, que en algunos casos pueden mantenerse hasta la edad adulta.

Un punto para tratar que cabe mencionar es el aporte que tendrá esta investigación para posteriores estudios, estudios con variantes similares que puedan utilizar una información más actual y precisa acerca del estado nutricional en este sector en específico y en el grupo de estudio. Beneficiando a todo estudiante o profesional que quiera utilizar los datos obtenidos en el presente estudio, de igual manera se beneficiarían los familiares de los niños, debido a una educación nutricional que les permite saber un poco más sobre la importancia de una alimentación variada y completa. Por supuesto que los beneficiarios directos serán los niños y niñas en estudio del sector, ayudando a que, mediante las pautas nutricionales, los padres o cuidadores utilicen más variedad de alimentos y una dieta más adecuada a los nutrientes que los niños necesitan.

Debido a eso la actual investigación es fundamental para determinar los factores de riesgo asociados al Estado Nutricional en niños de 1 a 5 años en la Parroquia de La Esperanza. En consecuencia, los datos a obtener ayudarán a que en este grupo se pueda identificar los factores más prevalentes que ocasionen una malnutrición y se tengan datos más detallados y específicos que ayuden a contrarrestar esa carga nutricional en este grupo de edad tan vulnerable. Teniendo en cuenta que en esta edad es cuando más necesitan una dieta adecuada, completa, equilibrada y suficiente. Para su correcto desarrollo y crecimiento. Afectando no solo a los niños, también teniendo repercusiones en malos hábitos alimenticios en edades posteriores.

Objetivos

Objetivo general

Determinar las condiciones sociodemográficas y estado nutricional en niños de 1 a 5 años en la Parroquia de La Esperanza.

Objetivos específicos

1. Identificar características sociodemográficas en la población sujeto de estudio
2. Evaluar el estado nutricional en los niños de 1 a 5 años en la Parroquia de La Esperanza.

Preguntas de investigación

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población sujeto de estudio?
2. ¿Cuál es el estado nutricional de los niños de 1 a 5 años en la parroquia de la Esperanza?

CAPÍTULO II

Marco teórico

Marco referencial

Factores de riesgo para desnutrición aguda grave en niños menores de cinco años

En el presente estudio se muestran los factores de riesgo que se asocian a desnutrición aguda grave en niños menores de 5 años. Al igual que en otros estudios para que un niño desarrolle desnutrición interviene diversos factores inherentes al paciente, a la madre, el entorno familiar y social. El grupo etario más afectado con desnutrición grave comprende a los niños de 12 meses a 23 meses; influido por varios factores como la insuficiente o ausencia de administración de alimentos, los cuales no satisfacen los requerimientos nutricionales en esta etapa de desarrollo; el bajo nivel educativo de los padres y la falta de conocimiento acerca de una adecuada nutrición. Sin embargo, se muestra mayor prevalencia en niños de 6 a 12 meses de edad, por ser esta una etapa de transición entre la alimentación con leche materna exclusiva y el inicio de la alimentación complementaria (4).

Factores de riesgo asociados a neumonía adquirida en la comunidad, en niños menores de 5 años hospitalizados en el servicio de pediatría del Hospital Vitarte durante el periodo Julio 2017 - Julio 2018

El presente estudio es de tipo observacional, analítico de corte transversal y retrospectivo cuya información fue obtenida de los expedientes de los pacientes y recolectada en un formulario diseñado para el efecto. La muestra estuvo conformada por 280 pacientes menores de 5 años hospitalizados en el servicio de pediatría del Hospital Vitarte durante el periodo Julio 2017-Julio 2018. Se procesaron los datos tanto en Excel como en SPSS realizando un análisis descriptivo y análisis bivariado con chi cuadrado de las variables estudiadas. De los factores demográficos (sexo), socio ambientales (Incidencia de hacinamiento) y propios del paciente (estado nutricional) se asocian al desarrollo de Neumonía Adquirida en la Comunidad (5).

Factores de riesgo que influyen en el desarrollo de desnutrición en niños de 0 a 5 años en Centros de Cuidado Infantil “Guagua Centros” sector norte en el Distrito Metropolitano de Quito en el año 2016

La prevalencia de desnutrición en niños de 0 a 5 años de los Guagua Centros Sector norte del distrito metropolitano de Quito fue del 20,34%. Entre las variables estudiadas se encontró que el mayor porcentaje de desnutridos fue del sexo femenino con un 55,74%. En relación con la edad se encontró un mayor porcentaje en los niños que se encontraban en las edades comprendidas entre 12 meses a 2 años. En lo que comprende lactancia materna existe un mayor porcentaje de desnutridos que si recibieron lactancia materna durante los 6 primeros meses con un 62,30%. En cuanto la edad materna el 64,75% eran madres adolescentes en su mayoría. El 53,28 % de las madres tenían instrucción primaria. En relación al estado civil de la madre se encontró que el 42,62% de las madres eran casadas. El 88,52% de las madres eran desempleadas. Un dato relevante encontrado fue que la mayoría de niños desnutridos con un 55,74% tuvo peso normal al nacimiento. El 77,05% de niños desnutridos presentaban servicios básicos. La mayoría de ellos no presentaban vivienda propia en un 72,95%, y viven en zona urbana. El 85,25% de las madres estaban insatisfechas con sus ingresos económicos mensuales (6).

Factores de riesgo asociados a neumonía adquirida en la comunidad en menores de 5 años ingresados en el Hospital de apoyo María Auxiliadora de Lima entre enero-diciembre del 2013

Este estudio tiene como finalidad describir los factores asociados a Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) en menores de 5 años. Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, que incluye a los pacientes menores de 5 años ingresados en el HAMA – Lima entre Enero –Diciembre del 2013. Se incluyeron 230 pacientes con el diagnóstico de Neumonía Adquirida en la Comunidad, de los cuales se presentó con mayor frecuencia en pacientes de sexo masculino (66,5%). La edad promedio de presentación fue de 1 año y 2 meses. Asimismo, se presentó con mayor frecuencia en pacientes con madres que tienen nivel de educación bajo (32.5%), con exposición a hacinamiento (55,6%), con desnutrición Aguda y Crónica (54.8%), Lactancia materna deficiente (69%) (7).

Desnutrición infantil en menores de cinco años en Perú: tendencias y factores determinantes

Analizar las tendencias en materia de desnutrición y anemia en menores de 5 años peruanos y su asociación con algunos factores determinantes en el período 2000–2011. Se analizaron indicadores nutricionales de menores de 5 años de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2011 y su evolución a partir de datos de las ENDES 2000, 2005 y 2008. Se estimaron las tendencias de desnutrición crónica (DC) (talla/ edad $\leq 2DS$), de desnutrición aguda (DA) (peso/talla $\leq 2DS$) y de anemia. Se encontraron asociaciones con factores como sexo del niño, edad del niño, zona de residencia (urbana o rural), región de residencia, educación de la madre, quintil de riqueza, disponibilidad de red pública de agua, disponibilidad de cloacas, nivel de altitud, presencia de otros niños en el hogar, orden de los nacimientos, presencia de diarrea en los 15 días previos y presencia de tos en los 15 días previos (8).

Marco contextual

La parroquia rural La Esperanza perteneciente al cantón Ibarra de la provincia de Imbabura, del país de Ecuador, fue fundada el 30 de Julio de 1882; su población total es de 7363 habitantes según el Censo de Población y Vivienda-INEC 2010 (9).

En un inicio sirvió como refugio a los sobrevivientes del cataclismo telúrico del 16 de agosto de 1868. Días después del terremoto, el presidente Gabriel García Moreno obligó a las Monjas que cedieran al traslado de los pobladores, comprando el predio en la cantidad de 7.000 pesos. Los sobrevivientes de Ibarra se asentaron en el llano de las Monjas, donde pensaban edificar una nueva ciudad en remplazo de la ya destruida. La nueva ciudad tendría el nombre de Santa María de la Esperanza, resolución que fue tomada por el Ilustre Municipio, el 17 de mayo del 1869 (9).

Una vez construida las obras tales como: la plaza, iglesia, capilla, convento, el cementerio, escuelas, estadio y casas, el barrio perteneció a la parroquia urbana de San Francisco; hasta que llegó un sacerdote quien con ayuda de los feligreses apoyaron a la formación de la parroquia civil Santa María de la Esperanza el 30 de julio del 1882 (9).

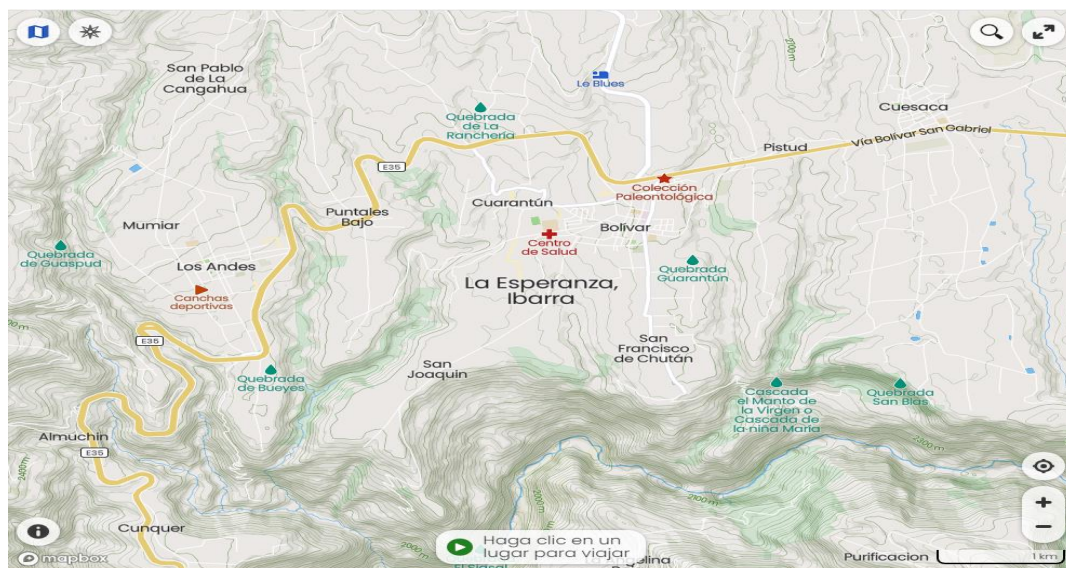
En la parroquia se diferencian dos grupos poblacionales: la población indígena (70% de la población total) localizada en las comunidades en su mayoría, y la población mestiza (28% de la población total) que está ubicada en la cabecera parroquial y en sitios más cercanos a la ciudad de Ibarra (9).

Según el censo realizado en el año 2010 por el Instituto Nacional de Estadística y Censos, las actividades principales y fuentes de ingresos de los habitantes de la parroquia son: el turismo, comercio y la construcción con un 73% seguido por las actividades agropecuarias y extractivas con un 14% y finalmente el sector manufacturero e industrial con un 13% de la población que se dedican a estas actividades. La Parroquia se encuentra a una altura que va desde los 2400 msnm en el sector cercano a la ciudad de Ibarra, hasta los 4600 msnm en los sectores altos del Volcán Imbabura, con una superficie de 3476,30 (9).

Los límites parroquiales son los siguientes:

- Al norte limita con la Cabecera Cantonal de San Miguel de Ibarra.
- Al oriente con la parroquia rural de Angochagua.
- Al sur con la parroquia rural de San Pablo del Lago del Cantón Otavalo.
- Al Sur poniente con la Cabecera Cantonal de Otavalo y; con la parroquia rural Doctor Miguel Egas Cabezas (Peguche) del Cantón Otavalo (9).

Ilustración Comunidad La Esperanza



Fuente: <https://mapcarta.com/es/19656144>

Marco conceptual

Condiciones Sociodemográficas

Es la agrupación de datos que ayudan a identificar las características psicosociales de la población. Como puede ser factores económicos, educativos y nos permite hacer una aproximación a los estilos de vida de la población en estudio (10).

Escolaridad de la madre

Un factor determinante en la nutrición de las familias y de los niños es la educación de la madre, misma que se refleja en una relación directa: a mayor educación de la madre, mejor será el estado de salud y nutricional del niño. Algunos datos obtenidos de la Ensanut-2012 expresan esta realidad. Por ejemplo, a mayor educación de la madre, mayor es el porcentaje de mujeres que acceden a partos institucionales (99.3%) frente a partos domiciliarios (0.5%). Este hallazgo tiene implicaciones tales como menor probabilidad de mortalidad materna e infantil al momento del parto. El nivel de escolaridad del jefe de hogar influye en forma significativamente en su nivel socioeconómico y en la capacidad adquisitiva de alimentos. El bajo nivel educativo parental en especial de la madre y la falta de conocimientos sobre nutrición y desarrollo infantil inciden negativamente en los hijos (10).

Socioeconómicos

Es un hecho conocido que los niños de clases sociales pobres crecen menos que aquellos pertenecientes a clases sociales más favorecidas. Si bien este fenómeno responde a una asociación multicausal el sólo hecho de contar con pocos recursos económicos tiene una contradicción sobre el crecimiento. Son los detonantes más resaltantes de la desnutrición infantil. El estado nutricional del niño es un aspecto que no se encuentra aislado. Existen factores socioeconómicos, tales como vivienda, estructura familiar, educación, salud e ingreso que influyen directamente (10).

Alimentación

Una insuficiente ingesta de alimentos tanto en cantidad como en calidad no es la única causa de la desnutrición infantil, existen otros fenómenos como: socioeconómicos, ambientales, culturales y educacionales que caracterizan al país y más específicamente a la familia de los niños, por la falta de cuidado de los padres o el cuidador y al desconocimiento del amor que éstos deben tenerle y transmitirle a este ser, son aspectos que también le dan origen a este mal (10).

Familiares

Cuando hay un intervalo corto entre el nacimiento un niño y otro niño, así como también las familias con varios hijos. El ambiente familiar agregado el medio ambiente social actúa de manera directa para constituir la salud de la persona. Los resultados de la salud familiar se ven reflejados en la satisfacción de cada uno de sus miembros. Una familia con relaciones sanas, recursos adecuados y redes sociales enérgicas contribuye a la salud de todos sus miembros (10).

Definiciones

La malnutrición

Incluye no sólo las formas clínicas severas de desnutrición (marasmo y kwashiorkor), sino también formas leves, caracterizadas entre otros indicadores por déficits en uno o más de los índices antropométricos, y los excesos, es decir, el sobrepeso. La forma más frecuente de malnutrición en nuestra población infantil son las carencias específicas de micronutrientes, que no pueden diagnosticarse a partir de la antropometría (11).

El sobrepeso

Constituye un hallazgo cada vez más frecuente en nuestros niños y no suele ser activamente buscado por la mayoría de los Equipos de Salud, que están conceptualmente

focalizados hacia la detección de la desnutrición. El alto peso para la talla o el alto índice de masa corporal para la edad constituyen indicadores apropiados para el tamizaje (11).

Los déficits

En uno o más de los índices antropométricos son considerados a menudo como evidencia de “desnutrición”. Sin embargo, no debe interpretarse que tales déficits son únicamente el resultado de deficiencias de energía y nutrientes (11).

Factores de riesgo en los niños

Dentro de los principales factores de riesgo que influyen en la mortalidad en el menor de 5 años. Se encuentran presentes enfermedades asociada al embarazo (anemia), edad materna inferior a 18 años y superior a 35, el peso al nacer inferior a 2 500 gramos, la lactancia materna nula o insuficiente, el estado conyugal, la escolaridad de los padres insuficiente, las malas condiciones de vida, el hábito de fumar y la ingestión de bebidas alcohólicas durante el embarazo (11).

Estado nutricional en niños

La OMS (2018) señala que existen cuatro tipos de desnutrición que están relacionados con un tipo específico de carencia: desnutrición crónica o retraso del crecimiento respecto a la edad, desnutrición global o insuficiencia ponderal por bajo peso respecto a la edad, desnutrición aguda o emaciación por el bajo peso respecto a la talla y carencia de vitaminas y minerales o ingesta inadecuada de micronutrientes que necesita el organismo para su crecimiento y desarrollo adecuado⁴. Adicionalmente, el sobrepeso y la obesidad se generan por la cantidad de grasa excesiva que tiene un individuo y se desarrolla por factores genéticos, fisiológicos, ambientales y de conducta, como una alimentación desbalanceada (12).

Alimentación en niños

Una alimentación para bebés y niños por edades y todo lo que deben comer es fundamental en las etapas de la vida, pero, sobre todo, durante la etapa de crecimiento, ya que

los niños necesitan el aporte necesario de vitaminas, proteínas, hidratos de carbono y grasas para un correcto desarrollo. Incluyendo todos los grupos alimenticios aseguramos un correcto aporte de nutrientes para el niño (13).

Conocer cómo debe ser la dieta de los niños según su edad ayudará a mantener una alimentación correcta. Saber qué tipo de alimentos pueden tomar y cómo introducirlos en el menú es básico para su buena salud y crecimiento (13).

Una alimentación saludable para niños, la misma que debemos seguir los adultos, ha de incluir los cinco grupos de alimentos: granos, frutas, verduras, productos lácteos y proteínas distribuidos en su justa medida y en las cinco comidas diarias que niños y niñas comenzarán a hacer cuando se establezca la alimentación complementaria: desayuno, almuerzo, comida, merienda y cena (13).

De este modo, gracias al aporte de nutrientes, vitaminas y minerales, niños y niñas tendrán energía suficiente para sus actividades diarias. Pero una alimentación saludable, equilibrada y variada también supone elegir bien los alimentos: cuanto más naturales, de temporada y menos procesados sean es mejor. Dejar de lado la bollería industrial y los dulces es lo ideal, déjalos solo como antojos (13).

También es vital prestar atención a la forma de cocinarlos, por ejemplo, las carnes a la plancha o al vapor y las aderezamos con aceites de calidad (como el aceite de oliva) en lugar de salsas les estaremos brindando un aporte de grasa saludable, además, de esta forma los alimentos conservarán mejor todas sus propiedades y cualidades (13).

¿Cómo es la alimentación del bebé de 0 a 4 meses?

En cuanto a la alimentación del bebé, la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), unido a las indicaciones de la Academia Americana de Pediatría (AAP). La leche materna es la que mejor va a cubrir las necesidades nutricionales del bebé, no solo por sus propiedades, sino porque cambia en cada toma para adaptarse a lo que justo necesita el bebé en cada etapa de crecimiento. Además, mediante las tomas, el bebé recibirá el apego que necesita: se sentirá seguro y feliz (13).

No obstante, en el caso de que no se pueda amamantar al bebé, podrás alimentarle con los biberones elaborados a base de leche de fórmula (13).

Así es la alimentación de los niños de 4 a 6 meses de edad

De los 4 a los 6 meses de edad la alimentación del bebé va a ser la misma: lactancia materna a demanda o biberones según las horas pautadas. Es importante que cuando se le vaya a dar el pecho esté tranquila: buscar un lugar tranquilo, evitar las distracciones y acomodar la postura para que tanto la madre como el pequeño estéis a gusto. De este modo, las tomas serán más cortas y placenteras (13).

A partir de los 6 meses se comenzará con la introducción de la alimentación complementaria dejando la leche como su alimento principal. Por norma general se comienza con las frutas para seguir con las verduras y luego las carnes magras.

Para dar tiempo al bebé a que se familiarice con los nuevos sabores, así como para detectar si hay posibles reacciones alérgicas, la introducción de los alimentos se hará uno por uno y por tres días seguidos. A estas edades llegan muy cansados al final del día, por lo que, si por la noche solo quiere leche, es totalmente normal (13).

Tipo de alimentación de un bebé entre los 7 y los 12 meses

A partir de los 7 meses y dejando la leche materna como alimento principal se procederá con la introducción de los alimentos dejando para más adelante, a partir del año, los que más riesgo tienen de causar alergias. A esta edad el bebé ya podrá tomar granos enteros, legumbres, carnes y pescados magros, los pescados azules también se dejarán para un poco más adelante. Le puedes ofrecer estos grupos de alimentos triturados con su puré de verduras o bien dárselos en pequeños trozos que él mismo agarre con sus manitas (13).

Tienes la posibilidad de combinar ambas opciones: los purés de verduras o las papillas de frutas con los trozos blandos de comida. Así el bebé estará muy bien alimentado y se irá acostumbrando poco a poco a la forma de los alimentos que crearán su dieta diaria (13).

Alimentación saludable para los niños de 1 a 2 años

Cuando el bebé cumple su primer año de vida ya puede comer de todo, salvo los frutos secos que se podrán dar a partir de los 3 años por riesgo de atragantamiento: huevo, verduras de hoja de verde como brócoli o espinacas e incluso carnes rojas una o dos veces a la semana (13).

Ahora la alimentación complementaria pasa a ser la principal, no obstante, la leche, además de calcio le aporta vitamina D, ha de ser una parte clave de su alimentación. Los niños de dos años en adelante podrían mostrar más hambre que en etapas anteriores. Tan solo hay que asegurarse de que los tentempiés que se les ofrezca para saciar su apetito sean saludables. De este modo no llegarán a la comida principal con tanta hambre y cubrirá sus necesidades nutricionales. Muchos niños de estas edades, tienen preferencia a ciertos alimentos (13).

Comer cinco veces al día: desayuno, almuerzo, comida, merienda y cena, será básico para el correcto crecimiento de niños y niñas de 2 y 3 años, como también será la calidad de los alimentos y no tanto la cantidad. Muchas veces le acabamos dando cualquier cosa con tal de que coma cuando en verdad es más recomendable que coma poco a poco, pero que sea nutritivo. Y es que hay niños que tienen más apetito y otros menos, pero, en cualquier caso, el objetivo es crear unos buenos hábitos alimenticios desde la primera infancia (13).

La alimentación del niño en edad preescolar

En esta etapa de crecimiento del niño sigue siendo muy importante conocer sus necesidades nutricionales, así como el aporte calórico que necesita. En edad de creer y dar un estirón tras otro, no es de extrañar que en ocasiones muestre un hambre voraz. Por eso es importante seguir con las cinco comidas al día no muy copiosas y sí saludables, equilibradas y ricas en vitaminas y minerales (13).

Llevar una buena organización, un plan de comidas y cenas será de mucha utilidad para evitar los procesados, ultra procesados y los dulces industriales que, no tienen ningún beneficio

nutricional y sí más de un riesgo para la salud. Por ello es importante que, a estas edades, poco a poco, vaya comprendiendo de dónde vienen los alimentos, cuáles debemos comer y por qué es necesario dejar los alimentos poco sanos o consumirlos con menos frecuencia (13).

Mediciones, índices e indicadores

Mediciones

Las mediciones básicas que consideraremos son el peso, la talla y el perímetro cefálico. Las técnicas de medición puede consultarlas en el Módulo “Técnicas de Medición”. Una medición aislada, por ejemplo, peso = 20 Kg no tiene ningún significado, a menos que sea relacionada con la edad y el sexo o la talla de un individuo. A partir de una medición se pretende establecer algún criterio de normalidad, lo que implica transformar esta medición en un índice (11).

Índices

Los índices antropométricos son combinaciones de medidas. En el ejemplo, al combinar el peso (20 Kg) con la talla podemos obtener el peso para la talla o el índice de masa corporal (IMC), que son distintas expresiones de una misma dimensión, aplicables en el niño y en el adulto. También pueden relacionarse con estándares de normalidad según edad y sexo. Así, a partir del uso de Gráficos o Tablas de referencia, se obtienen los índices básicos en niños que son: peso para la edad, talla para la edad, peso para la talla, índice de masa corporal para la edad y perímetro cefálico para la edad (11).

Peso/edad

Refleja la masa corporal alcanzada en relación con la edad cronológica. Es un índice compuesto, influenciado por la estatura y por el peso relativo (11).

Talla/edad

Refleja el crecimiento lineal alcanzado en relación con la edad cronológica y sus déficits se relacionan con alteraciones acumulativas de largo plazo en el estado de salud y nutrición (11).

Peso/talla

Refleja el peso relativo para una talla dada y define la proporcionalidad de la masa corporal. Un bajo peso/talla es indicador de emaciación o desnutrición aguda. Un alto peso/talla es indicador de sobrepeso (11).

Índice de masa corporal/edad

Es el peso relativo al cuadrado de la talla ($\text{peso}/\text{talla}^2$) el cual, en el caso de niños y adolescentes, debe ser relacionado con la edad. Su interpretación es similar a la mencionada para el peso/talla (11).

Perímetro cefálico

Se utiliza en la práctica clínica como parte del tamizaje para detectar potenciales alteraciones del desarrollo neurológico (hidrocefalia, etc.) (11).

Tablas/curvas de Referencia

El diagnóstico antropométrico se realiza por comparación de las mediciones de los sujetos con una población normal de referencia. Estas referencias se construyen a partir de la medición de un número representativo de sujetos pertenecientes a cada grupo de edad y sexo, seleccionados entre la población que vive en un ambiente saludable y contiene individuos que viven saludablemente de acuerdo a las prescripciones actuales. Existen criterios metodológicos definidos para su construcción (11).

Unidades de medida

Al transformar las mediciones directas en índices, también cambian las unidades en que se expresan, ya no hablamos de Kilogramos o centímetros, sino que los índices antropométricos se expresan en tres sistemas principales, a saber:

- Percentilos.
- Puntaje Z o puntaje de desvío estándar.
- Porcentaje de adecuación a la mediana (11).

Percentilos

Son puntos estimativos de una distribución de frecuencias (de individuos ordenados de menor a mayor) que ubican a un porcentaje dado de individuos por debajo o por encima de ellos. Se acepta numerar los centilos de acuerdo al porcentaje de individuos que existen por debajo de ellos, así el valor que divide a la población en un 97% por debajo y un 3% por encima es el percentilo 97. Al evaluar un individuo, se calcula su posición en una distribución de referencia y se establece qué porcentaje de individuos del grupo iguala o excede (11).

Puntaje Z o puntaje de desvío estándar

El puntaje Z es un criterio estadístico universal. Define la distancia a que se encuentra un punto (un individuo) determinado, respecto del centro de la distribución normal en unidades estandarizadas llamadas Z. En su aplicación a la antropometría, es la distancia a la que se ubica la medición de un individuo con respecto a la mediana o percentil 50 de la población de referencia para su edad y sexo, en unidades de desvío estándar. Por tanto, puede adquirir valores positivos o negativos (11).

Porcentaje de adecuación a la mediana

Es el cociente entre una medición individual (por ejemplo, peso) y el valor de la mediana de la población de referencia para ese índice, expresado en porcentaje (11).

Indicadores de crecimiento para niños menores de 5 años.

Indicadores de crecimiento				
Puntuación Z	Longitud o talla/edad	Peso/edad	Peso/talla	IMC/edad
Por encima de +3	(ver nota 1)	(Ver nota 2)	Obesidad	Obesidad
Por encima de +2	Normal		Sobrepeso	Sobrepeso
Por encima de +1		Posible riesgo de sobrepeso (ver nota 3)	Posible riesgo de sobrepeso (ver nota 3)	
O Mediana		Normal		
Por debajo de -1		Normal		
Por debajo de -2	Baja talla (ver nota 4)	Bajo peso	Emaciado	Emaciado
Por debajo de -3	Baja talla severa (ver nota 4)	Bajo peso severo (ver nota 5)	Severamente emaciado	Severamente emaciado

Fuente: Cesni-biblioteca.org

Notas

1. Un/a niño/a en este rango es muy alto. Una estatura alta en raras ocasiones es un problema, a menos que sea un caso extremo que indique la presencia de desórdenes endócrinos como un tumor productor de hormona del crecimiento. Si usted sospecha un desorden endocrino, refiera al niño/a en este rango para una evaluación médica (Padres con estatura normal con un/a niño/a excesivamente alto para su edad) (11).
2. Un/a niño/a cuyo peso para la edad cae en este rango puede tener un problema de crecimiento, pero esto puede evaluarse mejor con IMC para la edad (11).
3. Un punto marcado por encima de 1, muestra un posible riesgo. Una tendencia hacia la línea de puntuación Z 2 muestra un riesgo definitivo (11).
4. Es posible que un/a niño/a con retardo en talla, baja talla o baja talla severa desarrolle sobrepeso (11).
5. Esta condición es mencionada como peso muy bajo en los módulos de capacitación de AIEPI (Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, Capacitación en servicio, OMS, Ginebra 1997) (11).

Marco Legal

Organización Mundial de la Salud

La OMS (Organización mundial de la Salud) entre las tantas actividades que posee, se encuentra la de promoción de la salud todo lo que abarca en el ciclo de vida, se ve en la necesidad de abordar temáticas como los determinantes sociales de la salud, derechos humanos con equidad, siendo otra prioridad el de ayudar a madres y niños. Siendo su mayor objetivo el de ayudar a lograr cumplir con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (14).

Objetivos de Desarrollo Sostenible

Existen dos objetivos que influyen directamente en la nutrición de la sociedad y el mejoramiento de la salud de la misma, siendo así:

Objetivo 2 (Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible (14).

Objetivo 3 (Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades), los mismos que buscan diversas estrategias para que en el año 2030 se hayan reducidos todas las patologías que se encuentren relacionadas con malnutrición y principalmente las de mortalidad (14).

Plan de Creación de oportunidades

El plan de Creación de oportunidades 2021-2025 recoge las esperanzas y sueños de millones de ecuatorianos de cada rincón de la patria. Es un documento que integra una visión conjunta y la organiza sobre cinco ejes: Económico, Social, Seguridad Integral, Transición Ecológica e Institucional. De esa forma, se propone al Ecuador una hoja de ruta para crear oportunidades para todos y vivir en libertad (14).

Ley Orgánica del Régimen de la Soberanía Alimentaria Consumo y Nutrición

Artículo 27. Incentivo al consumo de alimentos nutritivos. - Con el fin de disminuir y erradicar la desnutrición y malnutrición, el Estado incentivará el consumo de alimentos nutritivos preferentemente de origen agroecológico y orgánico, mediante el apoyo a su comercialización, la realización de programas de promoción y educación nutricional para el consumo sano, la identificación y el etiquetado de los contenidos nutricionales de los alimentos, y la coordinación de las políticas públicas (15).

Artículo 28. Calidad nutricional. - Se prohíbe la comercialización de productos con bajo valor nutricional en los establecimientos educativos, así como la distribución y uso de éstos en programas de alimentación dirigidos a grupos de atención prioritaria (15).

Derechos del Buen Vivir

En cuanto al consumo de agua y la alimentación hay dos artículos dentro del buen vivir que definen su importancia:

Art. 12.- El derecho humano al agua es fundamental e irrenunciable. El agua constituye patrimonio nacional estratégico de uso público, inalienable, imprescriptible, inembargable y esencial para la vida.

Art. 13.- El derecho a la alimentación incluye el acceso libre y permanente a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para una alimentación sana, de calidad, de acuerdo con la cultura, tradiciones y costumbres de los pueblos. El Estado ecuatoriano reconocerá y garantizará el derecho a la soberanía alimentaria (15).

Niñas, niños y adolescentes

Art. 44.- El Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y asegurarán el ejercicio pleno de sus derechos; se atenderá al principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás

personas. Las niñas, niños y adolescentes tendrán derecho a su desarrollo integral, entendido como proceso de crecimiento, maduración y despliegue de su intelecto y de sus capacidades, potencialidades y aspiraciones, en un entorno familiar, escolar, social y comunitario de afectividad y seguridad (16).

Art. 45.- Las niñas, niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes del ser humano, además de los específicos de su edad. El Estado reconocerá y garantizará la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción (16).

Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la integridad física y psíquica; a su identidad, nombre y ciudadanía; a la salud integral y nutrición; a la educación y cultura, al deporte y recreación; a la seguridad social; a tener una familia y disfrutar de la convivencia familiar y comunitaria; a la participación social; al respeto de su libertad y dignidad (16).

CAPÍTULO III

Metodología

Diseño y tipo de la investigación

El diseño de esta investigación fue no experimental, ya que, no se va manipuló ninguna variable y se tomaron los datos como se presentaron sin influenciar ningún resultado. El estudio fue descriptivo, de corte transversal.

Población

La población de la investigación la constituyeron los niños de 1 a 5 años de la parroquia de La Esperanza provincia de Imbabura, que quisieron participar en el estudio. Siendo un total de 107 niños y niñas.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

Todos los niños de 1 a 5 años de la Parroquia de La Esperanza que sus padres o tutores hayan firmado el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

Niños/as que no sean de nacionalidad ecuatoriana

Niños con discapacidad física que no permita la medición de los datos antropométricas.

Identificación de variables

- Características sociodemográficas del niño
- Características sociodemográficas del representante
- Datos económicos y de la vivienda

- Estado Nutricional

Operacionalización de variables.

VARIABLE	INDICADOR	ESCALA	
Características sociodemográficas del niño	Sexo	Femenino	
		Masculino	
	Edad	1 año	
		2 años	
		3 años	
		4 años	
		5 años	
	Etnia	Indígena	
		Mestiza	
		Afroecuatoriano	
		Blanco	
		Otro	
	Datos sociodemográficos del responsable del niño	Nivel de escolaridad	No estudió
			Primaria
Secundaria			
Superior			
Estado civil		Soltero/a	
		Casado/a	
		Unión libre	
		Viudo/a	
		Divorciado/a	
Ocupación		Ama de casa	
		Docente	
		Comerciante	
		Estudiante	
		Otro	
		Indígena	

	Autoidentificación étnica	Mestizo
		Afroecuatoriano
		Blanco
		Otro
Datos económicos y de vivienda	Servicios básicos disponibles en el hogar	Agua potable
		Luz
		Alcantarillado
		Recolección de basura
		Teléfono
		Internet
	Tenencia de la vivienda	Propia
		Alquilada
		De algún familiar
		Prestada
		Otro
	Disposición de espacios recreativos	Sí
		No
	Ingresos económicos en el hogar (Remuneración básica unificada)	Menos una RBU
		Una RBU
		Más de una RBU
	Acceso a servicios de salud	MSP
		IESS
		Particular
		Otro

	Clasificación de la basura	Si
		No
		No sabe
	Hierve el agua	Si
		No
		A veces
		Todos los días
Estado nutricional del niño	Estado nutricional según Peso/edad	>+2 DE * Observar con otro indicador -2 a +2 DE Peso adecuado <-2 DE a -3 DE Bajo peso <-3 DE Bajo peso severo
	Estado nutricional según Talla/edad	>+2 DE Alto para la edad -2 a +2 DE Talla adecuada <-2 DE a -3 DE Talla baja <-3 DE Talla baja severa
	Estado nutricional según Peso/talla	>+3DE Obesidad +2 DE a +3DE Sobrepeso +1 DE a +2 DE Posible riesgo de sobrepeso -2 a +1 DE Normal <-2 DE a -3 DE emaciado <-3 DE Emaciado severo
	Estado nutricional según IMC / Edad	>+3DE Obesidad +2 DE a +3DE Sobrepeso +1 DE a +2 DE Posible riesgo de sobrepeso -2 a +1 DE Normal <-2 DE a -3 DE emaciado <-3 DE Emaciado severo

Métodos y técnicas de recolección de datos.

Previo al levantamiento de la información se procedió a solicitar el consentimiento informado, firmado por la madre o representante del niño; donde se explicó el objetivo de la investigación y las condiciones de la investigación. (Ver Anexo 1)

Datos sociodemográficos

Para obtener la información de datos sociodemográficos, tanto de la madre / representante como del niño, se utilizó una encuesta (Ver Anexo 2)

Estado nutricional

Para la evaluación nutricional antropométrica se utilizó una balanza marca OMRON, que registró el peso de los niños, y un tallímetro portátil marca SECA para la medición de la talla. Los datos se registraron en el Registro de datos antropométricos (Ver Anexo 3). Se realizó 2 tomas de las medidas, con la finalidad de minimizar el error de medición y así la media de las 2 mediciones fue la que se consideró como medida final.

Para la identificación de estado nutricional se utilizó el cálculo de la Puntuación Z, con los Patrones del Crecimiento de la Organización Mundial de la Salud; usando el software de la OMS, WHO Anthro, que utiliza la fórmula para el cálculo del puntaje z con desviaciones estándar en sus 4 indicadores: peso/talla, talla/edad, peso/edad y el IMC/edad.

Análisis de datos

Para la obtención de análisis de datos se procesó la información obtenida en una base de datos en el programa Microsoft Excel y luego se procesaron los datos en el programa Jamovi.

CAPÍTULO IV

Resultados y Discusión

Tabla 1. Características sociodemográficas del o la representante.

Característica del representante n=107		
	N°	%
Parentesco		
Madre	85	79,44
Padre	3	2,80
Tía/o	6	5,61
Abuela/o	10	9,35
Prima	2	1,87
Hermana	1	0,93
Sexo		
Mujer	103	96,26
Hombre	4	3,74
Nivel de escolaridad		
Analfabeto	4	3,74
Primaria	44	41,12
Secundaria	50	46,73
Superior	9	8,41
Estado civil		
Soltero/a	34	31,78
Casado/a	41	38,32
Unión libre	30	28,04
Viudo/a	2	1,87
Divorciado/a	0	0
Autodefinición étnica		
Indígena	90	84,11
Mestizo	17	15,89
Afroecuatoriano	0	0
Blanco	0	0
Otro	0	0
Ocupación		
Ama de casa	80	74,77
Docente	2	1,87
Comerciante	2	1,87
Estudiante	12	11,21
Otro	11	10,28

De acuerdo con los datos recopilados, la figura más común encargada del cuidado de los niños es la madre, con una predominancia significativa del 79,4%. Le siguen las abuelas, tías, padres, primas y hermanas, aunque en proporciones menores.

El sexo femenino es más prevalente, alcanzando un 96,26% en este rol. En lo que respecta al nivel educativo, la mayoría de los cuidadores han completado tanto la educación primaria como secundaria. La diversidad es evidente en su estado civil, presentándose un equilibrio entre solteros/as, casados/as y aquellos/as en una relación de unión libre. Un 84,11% de los representantes de los niños/as pertenecen a las etnias indígenas y mestizas, y el 49,53% residen en una vivienda propia. En cuanto a la ocupación de los cuidadores, la mayoría (74,77%) se dedica a los quehaceres domésticos.

Tabla 2. Servicios básicos que disponen en el hogar.

Servicios básicos n=107		
	N°	%
Tenencia de la vivienda		
Propia	53	49,53
Alquilada	5	4,67
De algún familiar	26	24,30
Prestada	23	21,50
Otro	53	49,53
Agua Potable		
Si	101	94,39
No	6	5,61
Luz		
Si	106	99,07
No	1	0,93
Alcantarillado		
Si	48	44,86
No	59	55,14
Recolección de basura		
Si	90	84,11
No	17	15,89
Teléfono		
Si	15	14,02
No	92	85,98
Internet		
Si	72	67,29
No	35	32,71

De acuerdo con los datos recopilados en el estudio, en relación a los servicios básicos disponibles en la parroquia de La Esperanza, se destaca que un 94.39% de los habitantes cuenta con acceso a agua potable, mientras que un 99.7% dispone de energía eléctrica en sus hogares. En cuanto al alcantarillado, 55,14% carece de este servicio. Esta realidad se debe a la ubicación

del área de estudio, siendo una zona rural donde el alcantarillado no está disponible en la mayoría de los hogares. En términos de servicios, un 84,11% tiene acceso a la recolección de basura.

Sin embargo, la disponibilidad de servicio telefónico es limitada, con un 85,98% de los hogares careciendo de él. En contraste, un servicio común como el acceso a Internet está presente en un 67,29% de los hogares encuestados. Es importante indicar que existe un porcentaje significativo de la población que reside en la casa de un familiar o en hogares prestados.

Tabla 3 Desarrollo sostenible y sanidad en el hogar.

Desarrollo y sanidad n=107		
	N°	%
Ingresos económicos mensuales en el hogar		
Menos una RBU	73	68,22
Una RBU	30	28,04
Más de una RBU	4	3,74
Acceso a servicios de salud		
MSP	100	93,46
IESS	1	0,93
Particular	6	5,61
Otro	0	0
Disposición a espacios recreativos		
Si	62	57,94
No	45	42,06
¿Cuál es su espacio recreativo?		
No dispone	46	42,99
Patio	25	23,36
Parque	16	14,95
Polideportivo	9	8,41
Otro	11	10,28
Determinantes ambientales		
Si	59	55,14
No	45	42,06
No sabe	3	2,80
Hierve el agua para el consumo		
Si	50	46,73
No	48	44,86
A veces	9	8,41
Número de integrantes que conforman el hogar		

2	2	1,87
3	24	22,43
4	36	33,64
5	17	15,89
6	11	10,28
7	4	3,74
8	10	9,35
9	2	1,87
10	1	0,93
Alguien de su casa tiene alguna enfermedad		
Si	13	12,15
No	94	87,85
¿Qué enfermedad?		
No padece	94	87,85
Diabetes	3	2,80
Artritis	3	2,80
Cáncer	2	1,87
Otras	5	4,67

El 68,22% de los hogares cuenta con ingresos económicos mensuales inferiores a una Remuneración Básica Unificada (RBU). Además, el 28,04% tiene ingresos equivalentes a una RBU, mientras que un 3,74% dispone de ingresos superiores a este valor. En relación al acceso a servicios de salud, la mayoría (93,46%) de los hogares utiliza los servicios del Ministerio de Salud Pública (MSP). Solamente un 0,93% recurre al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), mientras que un 5,61% opta por servicios privados.

Sobre la disponibilidad de espacios recreativos, el 57,94% de los hogares disfruta de tales áreas, aunque el 42,06% carece de acceso a ellas. De los hogares con acceso, el patio se muestra como la opción más común (23,36 %), seguido de parques (14,95 %) y polideportivos (8,41 %). En términos de determinantes ambientales, un 55,14% de los hogares los tiene en su entorno, mientras que un 42,06% carece de ellos y un 2,80% no está seguro.

En cuanto a la preparación del agua para consumo, el 46,73% de los hogares hierve el agua, en contraste con el 44,86% que no lo hace y el 8,41% que realiza esta acción ocasionalmente. El tamaño de los hogares presenta variaciones, siendo más frecuentes aquellos con 4 integrantes (33,64%). Un 12,15% de los hogares informa que algún miembro de la familia padece alguna enfermedad.

La mayoría, un 87,85% de los hogares, no reporta enfermedades. Entre las mencionadas, se destacan diabetes, artritis y cáncer, siendo este último mencionado por un 4.67% de los hogares. Por otra parte, un considerable 95,33% de los encuestados pasa la mayor parte de los días en casa junto con el/la niño/a. Si bien estos análisis proporcionaron un entendimiento detallado de diversos aspectos relacionados con los hogares y la salud, es esencial considerar cómo estas variables interactúan y su posible influencia en la nutrición y la dieta de los sujetos involucrados en la investigación.

Tabla 4. Características sociodemográficas de niños de 1 a 5 años en la parroquia de La Esperanza.

Características sociodemográficas n=107		
	N°	%
Sexo		
Femenino	49	45,79
Masculino	58	54,21
¿A qué programa pertenece el niño?		
CIBV	14	13,08
CNH	63	58,88
No pertenece	26	24,30
Otro	4	3,74
¿En las últimas tres semanas el niño se ha enfermado?		
Si	36	33,64
No	71	66,36
¿De qué se ha enfermado?		
IRA	28	26,17
EDA	8	7,48
No se ha enfermado	71	66,36
¿El niño ha tenido COVID-19?		
Si	3	2,80
No	104	97,20

De acuerdo con los datos recopilados, se observa homogeneidad en el sexo, con una ligera superioridad hacia el sexo masculino, que representa un 54,21%. En relación a la afiliación a programas gubernamentales, se destaca que un 58.8% pertenece al programa CNH, aunque también se observa un porcentaje considerable que no forma parte de ningún programa. En cuanto a la salud, se nota que un porcentaje mayor, alrededor del 66.34%, no ha presentado

complicaciones ni enfermedades en las últimas semanas. A pesar de esta mayoría, se observa que un considerable 26,17% ha experimentado infecciones respiratorias agudas (IRA).

Con respecto a la incidencia del COVID-19, se destaca que 97,20% de los niños y niñas no ha sido afectado por esta enfermedad. Es importante resaltar que, entre todos los niños encuestados, ninguno presenta algún tipo de discapacidad.

Tabla 5. Estado nutricional según indicador (Peso / edad) según sexo (Desnutrición global) de niños de 1 a 5 años en la parroquia de La Esperanza.

Estado nutricional Peso / Edad P=0,25	Mujer		Hombre		total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Normal	47	95,92	52	89,66	99	92,52
Probable problema de crecimiento	0	0,00	3	5,17	3	2,80
Bajo peso	2	4,08	3	5,17	5	4,67
Total	49	45,74	58	54,21	107	100,00

En lo que concierne al indicador que identifica la prevalencia de desnutrición global (bajo peso), se evidencia que un 4,67% de la población presenta bajo peso. El 2,80% de los niños tiene más peso que el del adecuado para la edad, sin embargo, este dato se debe analizar con otros indicadores. Es importante destacar que la mayoría de los individuos en la muestra tienen un estado nutricional considerado dentro de los parámetros normales, observándose lo mismo en los dos sexos.

En el Ecuador el peso bajo tiene una prevalencia mínima, ya no representa un problema de salud con una prevalencia por debajo el 2%. (17)

Tabla 6 Estado nutricional (Peso/talla - longitud) según sexo (Desnutrición aguda) de niños de 1 a 5 años en la parroquia de La Esperanza.

Estado nutricional Peso / Talla - Longitud P=0,61	Mujer		Hombre		total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Sobrepeso	0	0	1	1.82	1	0.96
Normal	46	93.88	50	90.91	96	92.31
Emaciado	3	6.12	4	7.27	7	6.73
Total	49	47.12	55	52.88	104	100,00

En referencia al indicador de desnutrición aguda, se evidencia que el 6.73% de la población presenta emaciación, evidenciándose a la mayoría de la población con estado nutricional normal, solo se observa 1 caso con exceso de peso, cuando se discrimina por el sexo, se identifica que hay una ligera superioridad numérica de casos de hombres con emaciación.

En el Ecuador, según la ENSANUT el problema de emaciación es de 2,4% en el país, y es un dato que se ha mantenido a lo largo de los años. Por el contrario, la prevalencia de riesgo de sobrepeso (+1DE) el país es del 16,8%, y la de sobrepeso y obesidad es de 9,3% en la edad de 0 a 5 años. (17)

Tabla 7 Estado nutricional (Longitud - talla/edad) según sexo (Desnutrición crónica) de niños de 1 a 5 años en la parroquia de La Esperanza.

Estado nutricional Longitud/talla /Edad P=0,19	Mujer		Hombre		total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Talla elevada para la edad	1	2.04	1	1.72	2	1.87
Normal	38	77.55	36	48.65	74	69.16
Baja talla	10	20.41	21	36.21	31	28.97
Total	49	45.79	58	54.21	107	100,00

En cuanto al indicador de desnutrición crónica, se evidenció que el 28.97% de la población objeto de estudio presenta retardo del crecimiento, mientras que un 69.16% mantiene un estado nutricional dentro de los parámetros considerados como normales. Al discriminar por sexo se observa que el sexo más afectado son los varones.

En el Ecuador según la Encuesta de Nutrición y Salud (ENSANUT) (17) que indica que la subregión más afectada por el retardo en talla es la Sierra rural (38.4%), seguida por la Sierra urbana (27.1%) y la Amazonía rural (27.2%). Un hallazgo importante de la ENSANUT-ECU fue determinar que el retardo en crecimiento ya no constituye un problema de salud pública en Galápagos (10.6%), así como tampoco la emaciación, la cual está prácticamente erradicada. Al observar las prevalencias en cada región, determina que la proporción más baja de los diferentes tipos de desnutrición está en las zonas urbanas, siendo las zonas rurales las más afectadas. De acuerdo con esto, 38.4% de los niños de la Sierra rural tienen talla baja, mientras que 27.1% de los niños/as de la Sierra urbana también la presentan.

Tabla 8 Estado nutricional (IMC/edad) según sexo (Sobrepeso y Obesidad) de niños de 1 a 5 años en la parroquia de La Esperanza.

Estado nutricional IMC/Edad P=0,69	Mujer		Hombre		total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Sobrepeso	4	8.16	6	10.34	10	9.35
Normal	45	91.84	52	89.66	97	90.65
Total	49	45.79	58	54.21	107	100,00

En lo que respecta al indicador del Índice de Masa Corporal (IMC) en relación con la edad, se evidencia que el 9.35% de la población en estudio presenta malnutrición por exceso (sobrepeso), al discriminar por sexo se observa que los hombres se encuentran ligeramente más afectados que las mujeres.

Los resultados del ENSANUT muestran que la provincia más afectada del Ecuador por el exceso de peso es Carchi (14.9%), seguida por Imbabura (13.5%). Cabe destacar que las provincias de Carchi (14.9%), Imbabura (13.5%) y Azuay (11.1%) presentan elevadas prevalencias de sobrepeso y obesidad, pero al mismo tiempo presentan elevadas prevalencias

de retardo en talla (33.2%, 34.6% y 29.9%, respectivamente), indicando la presencia de la doble carga nutricional. (17)

Tabla 9. Cuadro descriptivo de datos antropométricos de niños de 1 a 5 años en la parroquia de La Esperanza.

Estadísticos descriptivos					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Peso (Kg)	107	8,2	18,5	12,756	2,0817
Longitud/Talla (cm)	107	79,2	109,3	86,078	7,0175
PZ - Peso/Edad /DE)	107	-2,57	2,59	-0,3462	0,89833
PZ - Longitud o talla/Edad (DE)	107	-3,96	2,44	-1,4572	1,04322
PZ - IMC/Edad (DE)	107	-0,94	4,21	0,8896	,95502
N válido (por lista)	107				

En la tabla se puede observar que la media de la población estudiada tiene una media en los indicadores antropométricos dentro de la normalidad (de -2 a +2DE), sin embargo, se observa la tendencia hacia valores negativos, sobretodo en la talla / edad. Solo el indicador IMC / Edad marca una media sin negativos.

Un estudio realizado por el Observatorio social del Ecuador, 2019; indica que en el Ecuador existen seis millones de niños y adolescentes, que representan el 35% de la población del país; y de ese porcentaje el 28% corresponde a la población de 0 a 4 años, esta población ha venido presentando una disminución en número, al relacionarla con datos de años anteriores, tanto que la pirámide poblacional en su base registra una disminución. Este estudio midió la pobreza desde el enfoque multidimensional, tomando en cuenta: educación la población, trabajo digno, condiciones de la vivienda que consideran desde la disponibilidad de agua hasta el hacinamiento; la medición incluye además el trabajo infantil y la pobreza extrema. Con todo lo referido, para el 2016 la pobreza multidimensional infantil en Ecuador se estimó en 42%, en las provincias de Imbabura el 33% y en el Carchi 34%. (18)

Al analizar la información estadística del ENSANUT 2014 por regiones, se encuentra la mayor prevalencia de desnutrición crónica en la **Sierra rural** y urbana, el 38,4% y 27,1%, respectivamente. Si se analiza la prevalencia de desnutrición crónica por zonas de planificación a nivel nacional, se encuentra la Zona 1 (Esmeraldas, Carchi, Imbabura y Sucumbíos) en el 4to

lugar, con prevalencia de 25,4% de talla baja. Imbabura reporta una prevalencia de desnutrición crónica del 34,6%; hallándose mayores prevalencias a nivel rural. (17)

Tabla 10. Relación entre la escolaridad de la madre y la desnutrición crónica.

Escolaridad	Talla alta para la edad		Talla normal		Talla baja		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Analfabeto o alfabetizado	0	0,00	3	4,05	1	3,22	4	3,73
Primaria	1	50,00	28	37,83	15	48,38	44	41,12
Secundaria	0	0,00	37	50,00	13	41,93	50	46,73
Superior	1	50,00	6	8,10	2	6,45	9	8,41
Total	2	1,86	74	69,18	31	28,97	107	100,00

Se puede identificar que existe una ligera superioridad numérica de talla baja en las madres con instrucción básica (primaria o alfabetizado) (51,60%); frente a 48,4% de madres que tienen instrucción secundaria y superior con niños de talla baja. Por el contrario, se hallan más casos de talla adecuada en niños de madres con instrucción secundaria y superior.

Tabla 11. Relación entre ingresos de la familia y la desnutrición crónica.

Escolaridad	Talla alta para la edad		Talla normal		Talla baja		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Menos de una RBU	1	50,00	46	62,16	26	83,87	73	68,22
Una RBU	0	0,00	25	33,78	5	16,13	30	28,04
Más de una RBU	1	50,00	3	4,05	0	0,00	4	3,74
Total	2	1,86	74	69,18	31	28,97	107	100,00

De los niños que tienen talla baja, se observa que 83,8% de ellos tienen en su hogar un ingreso por debajo del salario mínimo vital. De los niños que tienen talla normal, igualmente la mayoría tienen ingresos por debajo de lo normal.

CAPÍTULO V

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

1. La caracterización sociodemográfica y económica de esta población marca que la población está marcada por una predominancia de etnia indígena, las madres en su mayoría son amas de casa, la mitad vive en casa propia y un gran número viven en casas prestadas o de otros familiares, 9 de cada 10 hogares tienen todos los servicios básicos, más de la mitad de la población gana menos del RBU, 9 de cada 10 se atiende en el MSP, el núcleo familiar está hasta 4 miembros.
2. No hay datos significativos de malnutrición como emaciación y bajo peso, ya que no alcanza a sobrepasar el 7% del total; sin embargo, la desnutrición crónica – retardo del crecimiento si sobrepasa al cuarto de la población, es decir que 3 de cada 10 niños tiene talla baja; siendo el sexo masculino el más afectado en una proporción de 2 a 1. La malnutrición por exceso.

Recomendaciones

1. Se recomienda la implementación de programas de educación nutricional dirigidos a las madres y cuidadores, con un enfoque en la importancia de una alimentación equilibrada y adecuada para el desarrollo infantil. Estos programas deben abordar temas como la selección de alimentos nutritivos, la preparación de comidas saludables y la promoción de prácticas alimenticias que satisfagan las necesidades nutricionales de los niños.
2. Además, se sugiere que estos programas incluyan información sobre la identificación de posibles signos de desnutrición y cómo abordarlos de manera efectiva.
3. Dada la baja prevalencia de problemas nutricionales en esta población, es fundamental priorizar la promoción de la salud y la prevención de problemas nutricionales. Sin

embargo, es esencial prestar especial atención a las diferencias de género identificadas, con los hombres mostrando una predisposición mayor a ciertos problemas nutricionales. Se recomienda diseñar intervenciones nutricionales que aborden estas disparidades de género, con un enfoque en la promoción de hábitos alimenticios saludables y el monitoreo constante de la salud nutricional. Además, se deben impulsar programas de educación nutricional tanto en escuelas como en comunidades, dirigidos a concienciar a la población sobre la importancia de una dieta equilibrada y la prevención de problemas de peso y talla.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fonseca Z, Quesada AJ, Meireles M, Cabrera E, Ana B. La malnutrición; problema de salud pública de escala mundial. *Multimed.* 2020 Febrero; 24(1).
2. Rivera J. La malnutrición infantil en Ecuador. una mirada desde las políticas públicas. *Revista Estudios de Políticas Públicas.* 2019 junio; 5(1).
3. Ministerio de Salud Pública. Salud.gob.ec. [Online]. [cited 2019 Mayo 4. Available from: <https://www.salud.gob.ec/encuesta-nacional-de-salud-y-nutricion-se-presenta-este-miercoles/>.
4. Pally E, Mejía H. Factores de riesgo para desnutrición aguda grave en niños menores de cinco años. *Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría.* 2012 Septiembre; 51(2).
5. Huamaní Arias LK. Factores de riesgo asociados a neumonía adquirida en la comunidad, en niños menores de 5 años hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital Vitarte durante el periodo julio 2017 - julio 2018 [Tesis] , editor. [Lima]: Universidad Ricardo Palma; 2019.
6. Hidalgo Mafla AY. Factores de riesgo que influyen en el desarrollo de desnutrición en niños de 0 a 5 años en Centros de Cuidado Infantil “Guagua Centros” sector norte en el Distrito Metropolitano de Quito en el año 2016 [Tesis] , editor. [Quito]: Pontificada Universidad Católica del Ecuador; 2017.
7. Quilla Salas HJ. Factores de riesgo asociados a neumonía adquirida en la comunidad en menores de 5 años ingresados en el Hospital de apoyo María Auxiliadora de Lima entre enero-diciembre del 2013 [Tesis] , editor. [Lima]: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohman; 2014.
8. Sobrino M, Gutiérrez C, Cunha A, Dávila M, Alarcón J. Desnutrición infantil en menores de cinco años en Perú: tendencias y factores determinantes. *Revista Panamericana Salud Publica.* 2014 Febrero; 35(2).
9. Gobierno de Imbabura. Imbabura en línea. [Online].; 2019 [cited 2015 Octubre 12. Available from: <https://www.imbabura.gob.ec/phocadownloadpap/K-Planes-programas/PDOT/Parroquial/PDOT%20LA%20ESPERANZA.pdf>.
10. Chuquín A. Factores de riesgo de malnutrición en niños/as menores de cinco años del CDI "Travesuras", CNH "Los inquietos" y guardería "Plastilina" Tulcán, 2018. [Tesis] , editor. [Tulcán]: Universidad Técnica del Norte; 2020.

11. Ministerio de Salud de la Nación. Manual evaluación nutricional. [Online]. [cited 2009 Octubre 9. Available from: <https://cesni-biblioteca.org/archivos/manual-evaluacion-nutricional.pdf?t=1587919707>.
12. Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria. Estado nutricional de niños menores de cinco años en la parroquia de Pifo. Revista nutrición. 2020 Junio; 40(2).
13. Soto P. Guía infantil. [Online]. [cited 2023 Junio 2. Available from: <https://www.guiainfantil.com/articulos/alimentacion/alimentacion-para-bebes-y-ninos-por-edades/>.
14. Secretaria Nacional de Planificación. Plan de Creación de Oportunidades 2021 2025. [Online]. [cited 2021 Septiembre 21. Available from: https://observatorioplanificacion.cepal.org/sites/default/files/plan/files/Plan-de-Creaci%C3%B3n-de-Oportunidades-2021-2025-Aprobado_compressed.pdf.
15. LEY ORGÁNICA DEL RÉGIMEN DE LA SOBERANÍA ALIMENTARIA. LORSA. [Online].; 2011. Available from: <https://www.soberaniaalimentaria.gob.ec/pacha/wp-content/uploads/2011/04/LORSA.pdf>.
16. Mafla A. Factores de riesgo que influyen en el desarrollo de desnutrición en niños de 0 a 5 años en centros de cuidado infantil "Guagua Centros" sector norte en el distrito metropolitano de Quito en el año 2016 científico] , editor.
17. Freire W, Ramírez MJ, Belmont P, Mendieta MJ, Silva K, Romero N, et al. Tomo I: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de la población ecuatoriana de 0 a 59 años. ENSANUT-ECU 2012.. Quito;; 2014.

ANEXOS



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA



FORMULARIO SOCIODEMOGRÁFICO Y ANTROPOMÉTRICO

Proyecto: FORTALECIMIENTO NUTRICIONAL EN NIÑOS DE 1 A 5 AÑOS DEL ÁREA RURAL DE LA SIERRA NORTE ECUATORIANA.

Objetivo: Disminuir la prevalencia de desnutrición en niños de 1 a 5 años en la zona rural de la Sierra Norte Ecuatoriana.

Fecha de la entrevista	___/___/___	Formulario N° (no llenar)	
Parroquia		Comunidad / barrio	
Entrevistador		Supervisor	

BLOQUE 1: Datos sociodemográficos

1.1. Datos de la persona responsable del niño/a

Nombres y apellidos completos			
Parentesco con el niño/a		Fecha de nacimiento	___/___/___
Cédula de identidad		Sexo: Mujer ___ Hombre ___	Nacionalidad: _____
Número celular		Número telefónico	
Dirección y referencia			

Nombres y apellidos de un contacto de referencia			
Parentesco con usted		Número celular	

Nivel de escolaridad	<input type="checkbox"/> No estudió <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Superior	Autodefinición étnica	<input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Mestizo <input type="checkbox"/> Afroecuatoriano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro
Estado civil	<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a	Ocupación (escriba al frente)	
Servicios básicos disponibles en el hogar	<input type="checkbox"/> Agua potable <input type="checkbox"/> Luz <input type="checkbox"/> Alcantarillado <input type="checkbox"/> Recolección de basura <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Internet	Ingresos económicos mensuales del hogar (Remuneración básica unificada)	<input type="checkbox"/> Menos una RBU <input type="checkbox"/> Una RBU <input type="checkbox"/> Más de una RBU
Tenencia de la vivienda	<input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> De algún familiar <input type="checkbox"/> Prestada <input type="checkbox"/> Otro	Acceso a servicios salud (en dónde se hacen atender cuando alguien está enfermo)	<input type="checkbox"/> MSP <input type="checkbox"/> IESS <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Otro _____
Disposición de espacios recreativos (Cerca a su casa hay algún lugar donde caminar o distraerse)	<input type="checkbox"/> Sí Cual _____ <input type="checkbox"/> No	Determinantes ambientales (Clasifica la basura que produce)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe

Hierve el agua para el consumo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> A veces	Alguien de su casa tiene alguna enfermedad	<input type="checkbox"/> Sí Qué enfermedad _____ <input type="checkbox"/> No
Generalmente qué días se encuentra en su hogar con el/la niño/a en horario de 8 am a 12 pm	<input type="checkbox"/> Todos los días <input type="checkbox"/> Lunes <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Viernes <input type="checkbox"/> Ninguno	Número de integrantes que conforman el hogar	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermanos _____ <input type="checkbox"/> Abuelos

1.2. Datos del niño/a

Nombres y apellidos completos			
Sexo	Mujer _____ Hombre _____	Fecha de nacimiento	____/____/____
Cédula de identidad		Nacionalidad	

¿El niño/a pertenece actualmente a algún programa? Ejemplo, CIBV, CNH, otro.	
<input type="checkbox"/> Sí ¿Cuál? _____	<input type="checkbox"/> No
¿En las últimas 3 semanas el niño/a se ha enfermado?	
<input type="checkbox"/> Sí ¿De qué? _____ EDA _____ IRA _____	<input type="checkbox"/> No
El niño/a ha tenido COVID-19	
<input type="checkbox"/> Sí ¿Hace qué tiempo? _____	<input type="checkbox"/> No
¿El niño/a posee algún tipo de discapacidad?	
<input type="checkbox"/> Sí ¿Cuál? _____	<input type="checkbox"/> No

BLOQUE 2: Datos antropométricos del niño/a

Variable	Valor de la medición	Indicador
Peso Limite tolerable $\pm 0,2$ kg	Peso 1 __ __ __ , __ kg Peso 2 __ __ __ , __ kg Peso 3 __ __ __ , __ kg ← Promedio : __ __ __ , __ kg <div style="border: 1px solid gray; padding: 2px; width: fit-content; margin-left: 100px;">Si la diferencia es mayor a $\pm 0,2$ kg</div>	Peso / Edad __, __ DE
MENORES DE 2 AÑOS Longitud Limite tolerable $\pm 0,5$ cm	Longitud 1 ... __ __ __ , __ cm Longitud 2 ... __ __ __ , __ cm Longitud 3 ... __ __ __ , __ cm ← Promedio : __ __ __ , __ cm <div style="border: 1px solid gray; padding: 2px; width: fit-content; margin-left: 100px;">Si la diferencia es mayor a $\pm 0,5$ cm</div>	Longitud / Edad __, __ DE
MAYORES DE 2 AÑOS Talla Limite tolerable $\pm 0,5$ cm	Talla 1 ... __ __ __ , __ cm Talla 2 ... __ __ __ , __ cm Talla 3 ... __ __ __ , __ cm ← Promedio : __ __ __ , __ cm <div style="border: 1px solid gray; padding: 2px; width: fit-content; margin-left: 100px;">Si la diferencia es mayor a $\pm 0,5$ cm</div>	Talla / Edad __, __ DE
Perímetro de la parte media del brazo (PPMB) Limite tolerable $\pm 0,5$ cm	PPMB 1 ... __ __ __ , __ cm PPMB 2 ... __ __ __ , __ cm PPMB 3 ... __ __ __ , __ cm ← Promedio : __ __ __ , __ cm <div style="border: 1px solid gray; padding: 2px; width: fit-content; margin-left: 100px;">Si la diferencia es mayor a $\pm 0,5$ cm</div>	PPMB / Edad __, __ DE
OTROS INDICADORES		IMC / Edad __, __ DE Peso / Talla/longitud __, __ DE
¿El niño/a pasa a formar parte del estudio? (<i>< -2DE en el indicador talla o longitud/edad</i>)		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LIBRE VOLUNTAD Y PARTICIPACIÓN

Proyecto: FORTALECIMIENTO NUTRICIONAL EN NIÑOS DE 1 A 5 AÑOS DEL ÁREA RURAL DE LA SIERRA NORTE ECUATORIANA

Objetivo: Disminuir la prevalencia de desnutrición en niños de 1 a 5 años en la zona rural de la Sierra Norte Ecuatoriana.

Lugar _____

Fecha (dd/mm/aaaa): _____

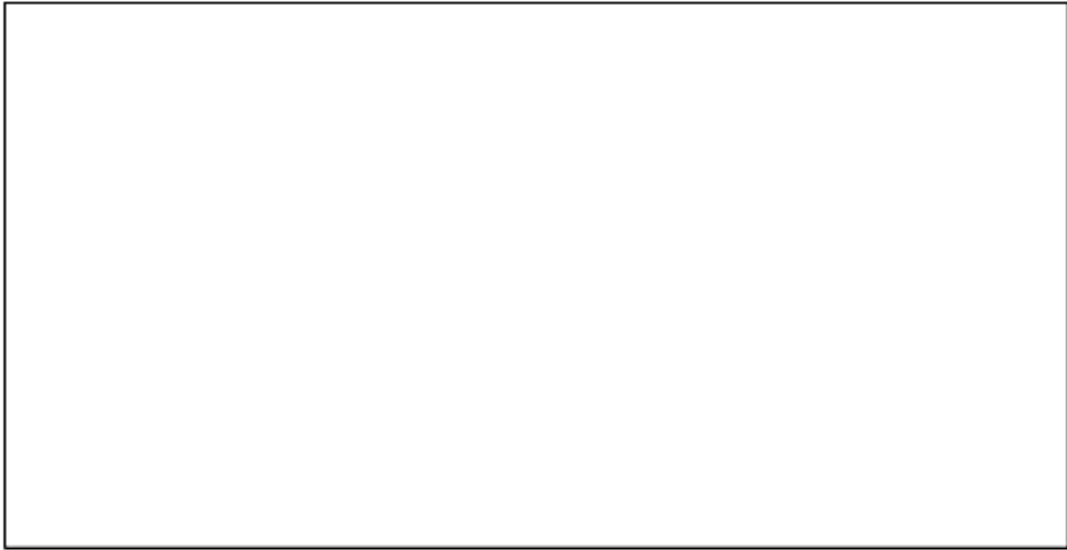
Hora _____

Yo (*Nombre y apellido*) _____ con cédula de identidad _____ acepto de manera libre y voluntaria participar en conjunto con mi hijo/a (*nombre y apellido*) _____ en el proyecto titulado: FORTALECIMIENTO NUTRICIONAL EN NIÑOS DE 1 A 5 AÑOS DEL ÁREA RURAL DE LA SIERRA NORTE ECUATORIANA, que tiene como objetivo: disminuir la prevalencia de desnutrición en niños de 1 a 5 años en la zona rural de la Sierra Norte Ecuatoriana; declaro que he sido informado/a de manera clara y detallada de las características del estudio y que mi participación en este estudio no implica la aplicación de procedimientos, técnicas o actividades que no estén contempladas dentro de los protocolos aprobados de intervención en la desnutrición crónica; así mismo, se me ha explicado la cláusula de confidencialidad de la información, la cual no será revelada (anónimo) y solo tiene fines investigativos y será de propiedad exclusiva de la Universidad Técnica del Norte. Adicionalmente, he recibido información acerca de todas las fases del proyecto: la primera fase consiste en la toma de medidas antropométricas para la identificación del estado nutricional del niño; y en caso de ser diagnosticado con desnutrición crónica, se continuaría con la segunda y tercera fase que consisten en el levantamiento de la información dietética y la intervención nutricional por un lapso de aproximadamente 5 meses; donde se administrará un alimento proteico y se desarrollarán actividades de educación nutricional.

Declaro, además, que no recibiré por mi participación en el estudio, ningún tipo de recompensa, ni económica, ni política, ni de ninguna índole.

Firma _____ / Huella _____

CROQUIS



Espacio para observaciones adicionales



Identificación de reporte de similitud. oid:21463:280506074

NOMBRE DEL TRABAJO

Andrade_Sergio tesis final.docx

AUTOR

Sergio Andrade

RECuento DE PALABRAS

10143 Words

RECuento DE CARACTERES

53208 Characters

RECuento DE PÁGINAS

57 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

1.8MB

FECHA DE ENTREGA

Oct 26, 2023 7:02 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Oct 26, 2023 7:03 AM GMT-5

● **8% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos

- 3% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 3% Base de datos de trabajos entregados
- 0% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Material bibliográfico
- Material citado
- Fuentes excluidas manualmente
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 40 palabras)

MSc. Ivonne Perugachi
C.I 10023452389
Directora de Tesis

Resumen