

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN

ESCUELA DE POSGRADO



**CONDUCTA ALIMENTARIA Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO
NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DE 1- 4 AÑOS EN EL CENTRO DE
SALUD MATERNO INFANTIL DE SAN GENARO
CHORRILLOS, 2016**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO
EN SALUD PÚBLICA Y GESTIÓN SANITARIA**

TESISTA: SARA MARINA VALENCIA MENDIZABAL

ASESORA: DRA. MARINA LLANOS MELGAREJO

LIMA – PERÚ

2016

DEDICATORIA

El presente trabajo lo dedico con mucho cariño para mis padres, mi esposo Nestor quien siempre está a mi lado dándome aliento y a mis queridos hijos; Tania y Fernando

AGRADECIMIENTO

Agradecimiento:

En primer lugar, a Dios, por
iluminar mi camino, no dejar
que me rinda y darme la
fuerza que necesito día a día.

Agradecimiento especial a los docentes que
tuvieron a bien guiarme para culminar mi
tesis.

Así mismo a mi amiga la Lic. Gialina Toledo
por su apoyo incondicional

Gracias de todo corazón.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre la conducta alimentaria y el estado nutricional de los niños de 1 a 4 años que acuden al Centro de Salud Materno Infantil San Genaro de Chorrillos 2016. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo con diseño correlacional, transversal y enfoque cuantitativo. La muestra estuvo conformada por 108 niños de 1 a 4 años de edad, que fueron atendidos en el Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Materno Infantil San Genaro de Chorrillos, año 2016. para la recolección de los datos se utilizó 3 instrumentos. El análisis estadístico se realizó haciendo uso del programa estadístico SPSS V.22,0, y para para el análisis inferencial se utilizó la prueba estadística no paramétrica de Chi cuadrado. **Resultados:** La población fue 1320 niños entre 1 a 4 años de edad; con una muestra representativa de n= 108, de los cuales el 41.7% (45) pertenecen al sexo femenino y el 58.3% al sexo masculino. El 34% de los niños presentan alteración en su estado nutricional, encontrándose mayor alteración a la evaluación del parámetro nutricional Peso para Talla, con un 27.8% de casos, de sobrepeso (18.5%) y obesidad (9.3%). Así mismo según la evaluación de Talla para edad se encontró que de los 6 niños con talla baja, 4 presentan trastornos de obesidad o sobrepeso, lo que agrava aún más su estado de salud actual y a futuro. El 86.1% de los niños, presentan Conducta alimentaria inadecuada, y el 13.9% Conducta alimentaria adecuada. De los niños con obesidad 7/10 tuvo conducta alimentaria inadecuada y de los niños con Sobrepeso, 13/20 tuvo conducta alimentaria inadecuada. **Conclusión:** Se observa que la Conducta alimentaria están relacionada con el estado nutricional de los niños de 1 a 4 años (Sig = 0.00 < P -value = 0.05).

Palabras claves: Estado nutricional, Conducta alimentaria, parámetros antropométricos de Peso para talla, Talla para edad, Peso para edad.

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between the feeding behavior and the nutritional status of children from 1 to 4 years old who attend the Maternal Health Center in Chorrillos 2016. Descriptive study with correlational, transversal and quantitative approach. The sample consisted of 108 children from 1 to 4 years old, they were attended in the Office of Growth and Development of the Maternal Child Health Center of San Genaro located in the District of Chorrillos, in 2016. For the data collection Two instruments were used, the first was applied to the mothers in order to measure the "children eating behavior" and the second one was used to measure their "nutritional status". for Nutritional Diagnosis, the Anthropometric Nutritional Assessment Table was used in children under 5 years of WHO. The statistical analysis was carried out using the statistical program SPSS V.22.0 for the inferential analysis the nonparametric statistical test of Chi square **Results:** The study population was of 1320 children between 1 and 4 years old; with a representative sample of $n = 108$: 41.7% (45) belong to the female sex and 58.3% to the male sex, 34% of children have alteration in their nutritional finding greater alteration to the evaluation of the nutritional parameter in Weight for Height, with 27.8% of overweight cases (18.5%) and obesity (9.3%). Likewise, according to the evaluation of height for age, it was found that from 6 children with short height, 4 have obesity or overweight disorders, which aggravates more their current and future health status. 86.1% of children have inadequate food behavior and 13.9% adequate food behavior. About children with obesity, 7/10 had inadequate eating behavior and of children with overweight, 13/20 had inadequate eating behavior. **Conclusion:** It is observed that the alimentary behavior is related to the nutritional status of children from 1 to 4 years old (Sig = 0.00 <P -value = 0.05).

Keywords: Nutritional status, food behavior, anthropometric parameters of weight for height, height for age, weight for age.

ÍNDICE

| | |
|--|-----|
| DEDICATORIA | ii |
| AGRADECIMIENTO | iii |
| RESUMEN..... | iv |
| ABSTRACT..... | v |
| INTRODUCCIÓN..... | vii |
| CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN | |
| 1.1. Descripción del problema..... | 09 |
| 1.2. Formulación del Problema | 11 |
| 1.3. Objetivo General y objetivos específicos..... | 12 |
| 1.4. Hipótesis y/o sistema de hipótesis | 12 |
| 1.5. Variables..... | 12 |
| 1.6. Justificación e importancia | 13 |
| 1.7. Viabilidad | 13 |
| 1.8. Limitaciones..... | 14 |
| CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO | |
| 2.1. Antecedentes..... | 16 |
| 2.2. Bases teóricas | 21 |
| 2.3. Definiciones conceptuales | 35 |
| 2.4. Bases epistémicos | 36 |
| CAPÍTULO III. METODOLOGÍA | |
| 3.1. Tipo de estudio | 38 |
| 3.2. Diseño y esquema de la investigación | 38 |
| 3.3. Población y muestra..... | 38 |
| 3.4. Instrumentos de recolección de datos..... | 40 |
| 3.5. Técnicas de recojo, procesamiento y presentación de datos | 46 |
| CAPÍTULO IV. RESULTADOS | |
| 4.1. Análisis descriptivo de los resultados..... | 48 |
| 4.2. Análisis inferencial de los resultados..... | 64 |
| 4.3. Discusión | 70 |
| CONCLUSIONES | 72 |
| SUGERENCIAS..... | 74 |
| ANEXOS..... | 75 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 84 |

INTRODUCCIÓN

Una de las causas subyacentes del hambre y la malnutrición en todas sus formas son los patrones alimentarios inadecuados que existen a lo largo de América Latina y el Caribe. Fomentar la alimentación saludable es un factor clave para disminuir de forma simultánea el hambre, la desnutrición, el sobrepeso y la obesidad¹. Como dice Gupta², la adecuada alimentación en los primeros años de vida es fundamental para el crecimiento y el mantenimiento de la salud en la etapa adulta del ser humano.

Como dicen Flores y Hoffman^{3,4} a partir de los 6 meses de vida se debe iniciar una etapa conocida como alimentación complementaria (AC), donde se introduce alimentos diferentes a la leche materna de manera gradual y progresiva, durante los primeros 2 años de vida se debe realizar la prevención y la corrección oportuna de las deficiencias nutricionales siendo una de las intervenciones más importantes que garanticen el normal crecimiento del niño.

Según Dalmau ^{5, 6} La alimentación del niño de 1 a 3 años es de suma importancia, porque es cuando se empiezan a adquirir hábitos y prácticas alimentarias saludables que garanticen un crecimiento y desarrollo adecuado, así como contribuye a prevenir enfermedades que se manifiestan tardíamente en el periodo adulto, como son la obesidad, diabetes, dislipidemias, hipertensión, osteoporosis, etc.

Existiendo en nuestro medio problemas de malnutrición principalmente en la población de menores de 5 años ya sea por exceso o déficit alimentario representado por sobrepeso, obesidad y desnutrición, en el presente trabajo de investigación se plantea el análisis de la conducta alimentaria y su relación con el estado nutricional de los niños de 1-4 años que acuden al Centro de Salud Materno Infantil San Genaro del distrito de Chorrillos, periodo 2016.

En ese contexto, el estudio se organiza en cinco capítulos. El primero contiene el problema, la justificación y los objetivos, de igual modo se consideran la hipótesis y las variables en estudio.

En el segundo capítulo se presenta el marco teórico, el cual incluye los antecedentes del problema de investigación, las bases teóricas para el sustento de dicho tema y las definiciones conceptuales.

El tercer capítulo está compuesto por la metodología de la investigación, como tipo de estudio, método de estudio, población y muestra, las técnicas de recolección y análisis de datos.

En el cuarto capítulo se presenta los resultados de la investigación con su respectiva comprobación de hipótesis y en el último quinto capítulo se muestra la discusión de los resultados. Posteriormente se presentan las conclusiones y las recomendaciones. También se incluyen las referencias bibliográficas y los anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 Descripción del problema.

En el Perú como en América Latina el estado nutricional sigue siendo un problema de salud pública actuando como factor condicionante del bienestar de la población y del desarrollo socioeconómico.

La malnutrición abarca la desnutrición (emaciación, retraso del crecimiento e insuficiencia ponderal), los desequilibrios de vitaminas o minerales, el sobrepeso, la obesidad, y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación.

En el año 2014 según la OMS:

- ✓ 1900 millones de adultos tienen sobrepeso o son obesos, mientras que 462 millones de personas tienen insuficiencia ponderal.
- ✓ 52 millones de niños menores de 5 años presentan emaciación, 17 millones padecen emaciación grave, y 155 millones sufren retraso del crecimiento, mientras que 41 millones tienen sobrepeso o son obesos.
- ✓ Alrededor del 45% de las muertes de menores de 5 años tienen que ver con la desnutrición. En su mayoría se registran en los países de ingresos bajos y medianos. Al mismo tiempo, en esos países están aumentando las tasas de sobrepeso y obesidad en la niñez⁷.

Según CEPAL⁸, en América Latina ha disminuido el hambre y la desnutrición en las últimas décadas. No obstante, existiendo oferta de alimentos en exceso el 11,5% de la población no cuenta con ingresos suficientes para cubrir sus requerimientos nutricionales mínimos, 8% sufre subnutrición, 13,3% de los menores de cinco años tiene desnutrición crónica y 3,7% sufre desnutrición global, agregándose déficit de micronutrientes y el aumento de sobrepeso y obesidad.

En el 2016, el 9,5% de la población infantil sudamericana estaba afectada por la desnutrición crónica, esto es 3,2 millones de niños. La mayoría de los países de la región presenta una reducción en la tasa de desnutrición crónica, y el 1,3% presenta desnutrición aguda.

El sobrepeso infantil en América Latina y el Caribe afecta al 7% de los niños menores de 5 años, cifra superior al promedio mundial (6%), afectando a 3,7 millones de niños⁹.

En el Perú, los problemas nutricionales por deficiencia y por exceso de peso coexisten, constituyéndose el sobrepeso y la obesidad un problema de salud pública, existiendo además un alto riesgo de enfermar en la población adulta¹⁰. En el Perú la población infantil menor de 5 años representa el 9.5% y corresponde aproximadamente a 2 861 874 niños, proyección basada en el último censo de población del 2015 ¹¹ .

El indicador de desnutrición aguda, venía disminuyendo lentamente, sin embargo, el año 2015 mostró un incremento de 0,2% alcanzando el 1,5%, asimismo se registró en niños menores de 5 años sobrepeso 4,5% y obesidad 1,4%. La anemia, se incrementó 12,6% del 2012 al 2015, a pesar de que el último año el indicador disminuyó en 4,7% alcanzando en el 2015 el 45,2% ¹².

La desnutrición crónica infantil constituye uno de los problemas de Salud Pública, afecta negativamente al individuo a lo largo de su vida, limita el desarrollo de la sociedad y dificulta la erradicación de la pobreza. Lo reportado por nuestro sistema de información nutricional, nos puede indicar que durante el periodo 2009 al 2015 la desnutrición crónica en el menor de cinco años (OMS) ha tenido una reducción de 6,4%, siendo para el año 2015 de 14.4%. Las proporciones más altas de niños desnutridos crónicos se concentran en el trapezio andino y en el norte del país mientras las menores proporciones están en Lima y la Costa Sur del país ¹³

Aunque rara vez aparece citada como causa directa, la malnutrición está presente en más de la mitad de las muertes de niños. Muchas veces, la falta de acceso a alimentos no es la única causa de malnutrición. También contribuyen a ella los métodos inadecuados de alimentación y/o procesos infecciosos, como factores. Las dolencias infecciosas -sobre todo la diarrea persistente o frecuente, la neumonía, la malaria deterioran el estado de nutrición del niño. Los métodos inadecuados de alimentación (como el hecho de amamantar incorrectamente, elegir alimentos inadecuados o no asegurarse de que el niño haya comido lo suficiente) contribuyen a la malnutrición¹².

Según Gómez¹⁴ en Argentina el sobrepeso y la obesidad son problemáticas de prevalencia creciente en los niños, que aparecen cada vez en edades más tempranas. Asimismo, refiere, que la formación de hábitos alimentarios y conducta alimentaria tiene gran trascendencia, especialmente por la presencia de desviaciones las cuales pueden ocasionar dos situaciones extremas: por un

lado, déficit nutricional, y por el otro sobrepeso y la obesidad. Convirtiéndose así en nuevos motivos de preocupación.

En mi experiencia como docente de enfermería de pregrado durante las prácticas en centros educativos de etapa inicial pude observar que los niños frente a su lonchera mostraban actitudes de rechazo al alimento, o de inapetencia y al realizarles la evaluación antropométrica se detectó trastornos nutricionales.

En el Perú no hemos hallado suficientes estudios referentes a la conducta alimentaria en niños menores de 5 años por lo que frente a esta problemática me interesó la identificación de la conducta alimentaria y su relación con el estado nutricional de los niños de 1 a 4 años que acuden al Centro de salud Materno Infantil San Genaro de Chorrillos.

1.2 Justificación e importancia.

Una nutrición adecuada contribuye de manera fundamental a la realización del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental de niños y niñas. Pero, más allá de eso, la malnutrición en todas sus formas tiene un impacto en el desarrollo humano, teniendo entre sus efectos un impacto en el progreso social y económico de los países, así como en el ejercicio de los derechos humanos en sus múltiples dimensiones. La carga sostenida de malnutrición en las mujeres y los niños de la región afecta la capacidad de los países para lograr por lo menos ocho de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Es así que la formación de hábitos alimentarios y conducta alimentaria tiene gran trascendencia, especialmente si tenemos en cuenta que sus desviaciones pueden generar alteraciones en el estado nutricional del niño. Es necesario explorar y evaluar las conductas de alimentación en los niños, inmerso dentro de su propio contexto socio-familiar, con el fin de detectar oportunamente aquellas situaciones de riesgo para la adopción de conductas de alimentación inadecuadas que puedan desembocar en trastornos nutricionales de gran complejidad.

Es obvio entonces, que la buena alimentación en esta etapa de la vida tiene gran impacto con repercusiones hacia futuro, ya que una niñez bien alimentada y sana es lo que asegura el bienestar de la sociedad de un país. En consecuencia, el profesional de enfermería tiene un rol importante preventivo promocional en esta

problemática, evidenciándose esto en la atención al niño menor de 5 años en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo (CRED), identificando oportunamente los posibles riesgos potenciales de malnutrición, formulando actividades preventivo promocionales dirigido a las madres de los niños a fin de prevenir trastornos nutricionales y o recuperativas promoviendo la atención multidisciplinaria. Por tanto, el presente estudio es importante porque permitirá identificar la conducta alimentaria y su relación con los trastornos nutricionales en el niño de 1 a 5 años.

1.3 Viabilidad.

Para la ejecución del estudio se contó con los recursos necesarios y la colaboración del personal de salud del Centro de Salud Materno San Genaro del distrito de Chorrillos del Departamento de Lima, previa autorización de las Jefaturas administrativas correspondientes y consentimiento informado de la madre del niño.

1.4 Limitaciones.

Para la aplicación de los instrumentos se tuvo algunas limitaciones puesto que algunas madres de familia, tenían poca disposición de tiempo, problema que se superó explicando la importancia y motivos del estudio.

1.5 Formulación del problema.

Por lo expuesto se formula la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo se relaciona la conducta alimentaria con el estado nutricional de los niños de 1 a 4 años que acuden al Centro de Salud Materno Infantil San Genaro de Chorrillos 2016?

Problemas específicos:

- ¿Cómo se relaciona la conducta alimentaria con el estado nutricional según peso para la edad de los niños de 1 a 4 años que acuden al Centro de Salud Materno Infantil San Genaro de Chorrillos 2016?
- ¿Cómo se relaciona la conducta alimentaria con el estado nutricional según peso para la talla de los niños de 1 a 4 años que acuden al Centro de Salud Materno Infantil San Genaro de Chorrillos 2016?
- ¿Cómo se relaciona la conducta alimentaria con el estado nutricional según talla para la edad de los niños de 1 a 4 años que acuden al Centro de Salud Materno Infantil San Genaro de Chorrillos 2016?

1.6 **Objetivo general y objetivos específicos.**

a. **Objetivo General:**

- Determinar la relación entre la conducta alimentaria y el estado nutricional de los niños de 1 a 4 años que acuden al Centro de Salud Materno Infantil de Chorrillos 2016.

b. **Objetivos Específicos:**

- Establecer la relación entre la conducta alimentaria y el estado nutricional según peso para la edad de los niños de 1 a 4 años que acuden al Centro de Salud Materno Infantil San Genaro de Chorrillos 2016.
- Evaluar la relación entre la conducta alimentaria y el estado nutricional según peso para la talla de los niños de 1 a 4 años que acuden al Centro de Salud Materno Infantil San Genaro de Chorrillos 2016.
- Medir la relación de la conducta alimentaria y el estado nutricional según talla para la edad de los niños de 1 a 4 años que acuden al Centro de Salud Materno Infantil San Genaro de Chorrillos 2016.

1.7 **Hipótesis y/o sistema de hipótesis.**

a. **HIPOTESIS GENERAL:**

Ha: La conducta alimentaria se relaciona con el estado nutricional de los niños de 1 a 4 años que acuden al Centro de Salud Materno Infantil San Genaro de Chorrillos 2016.

a. **HIPOTESIS ESPECÍFICAS:**

Ha₁: La conducta alimentaria se relaciona con el estado nutricional según peso para la edad de los niños de 1 a 4 años que acuden al Centro de Salud Materno Infantil San Genaro de Chorrillos 2016.

Ha₂: La conducta alimentaria se relaciona con el estado nutricional según peso para la talla de los niños de 1 a 4 años que acuden al Centro de Salud Materno Infantil San Genaro de Chorrillos 2016.

Ha₃: La conducta alimentaria se relaciona con el estado nutricional según talla para la edad de los niños de 1 a 4 años que acuden al Centro de Salud Materno Infantil San Genaro de Chorrillos 2016.

1.8 Variables.

a. IDENTIFICACION DE VARIABLES:

VARIABLE DEPENDIENTE

Estado nutricional

VARIABLE INDEPENDIENTE

Conducta alimentaria

b. OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLES:

| VARIABLE | DIMENSION | INDICADOR | TIPO DE VARIABLE | ESCALA DE MEDICION |
|------------------------------|-----------------|--|------------------|--------------------|
| VARIABLE DEPENDIENTE: | | | | |
| Estado nutricional | Peso para edad | Sobrepeso Normal Desnutrición | Cualitativa | Ordinal |
| | Peso para talla | Obesidad Sobrepeso Normal Desnutrición Desnutrición severa | Cualitativa | Ordinal |
| | Talla para edad | Alto Normal Talla baja | Cualitativa | Ordinal |

| VARIABLE | DIMENSION | INDICADOR | TIPO DE VARIABLE | ESCALA DE MEDICION |
|-------------------------------|--|---|----------------------|--------------------|
| VARIABLE INDEPENDIENTE | | | | |
| Conducta Alimentaria | CONDUCTA ALIMENTARIA ADECUADA | 1. Su hijo(a) muestra interés en los alimentos | Variable Cualitativa | Ordinal |
| | | 2. Su hijo(a) come 3 o más comidas durante el día | | Ordinal |
| | | 3. Su hijo(a) disfruta y saborea la comida | | Ordinal |
| | | 4. Su hijo(a) come nuevos alimentos que le da por primera vez | | Ordinal |
| | | 5. Su hijo(a) come un número ilimitado de alimentos (todos los alimentos que le ofrece) | | Ordinal |
| | | 6. Su hijo(a) termina la comida que le ofrece | | Ordinal |
| | | 7. Su hijo(a) come sus alimentos sin distraerse | | Ordinal |
| | | 8. Su hijo(a) muestra interés en comer sus alimentos cada vez que le ofrece | | Ordinal |
| | | 9. Su hijo(a) demora entre 30 a 40 minutos en terminar su comida | | Ordinal |
| | CONDUCTA ALIMENTARIA INADECUADA | 10. Su hijo(a) come más de 15 de alimentos | Variable Cualitativa | Ordinal |
| | | 11. Su hijo(a) acepta alimentos preparados de diferentes maneras | | Ordinal |
| | | 12. Su hijo(a) acepta comer alimentos de diferente sabor, olor, aspecto o textura | | Ordinal |
| | | 13. Su hijo(a) es fácil de complacer con las diversas comidas que le preparo | | Ordinal |
| | | 14. Su hijo(a) se alegra cuando ve alimentos o utensilios para comer | | Ordinal |

| | | | | |
|--|--|---|--|---------|
| | | 15. Su hijo(a) acepta comer la comida que le ofrece | | Ordinal |
| | | 16. Su hijo(a) acepta comer después de una mala experiencia con la comida: como ahogo, vomito | | Ordinal |
| | | 17. Su hijo(a) manifiesta su deseo de comer | | Ordinal |
| | | 18. Mi hijo se interesa en probar comidas que antes no probó | | Ordinal |
| | | 19 Mi hijo espera la hora de comer | | Ordinal |
| | | 20. Su hijo no desea repetir las porciones de comida | | Ordinal |

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

El estado nutricional de los niños está intrínsecamente relacionado con el crecimiento y desarrollo en las distintas etapas de la vida y debe evaluarse integralmente considerando el crecimiento armónico en relación con la nutrición. La mala nutrición en la región de las Américas continúa siendo un problema muy serio para la salud pública, y es la deficiencia nutricional la de mayor importancia en la población infantil de países no industrializados. Puede aparecer en cualquier edad, pero es más frecuente en la primera infancia, período en el que contribuye en gran medida a los elevados índices de morbilidad y mortalidad¹⁵.

La Asociación argentina de dietistas y nutricionistas¹⁶, menciona que la adquisición de una conducta alimentaria correcta es un proceso natural, sin embargo, un 25% de los niños sanos y hasta en un 80% de niños con retraso del desarrollo presentan trastornos de la alimentación. Además 1-2% de todos los niños pueden tener serias dificultades de alimentación que conlleve una inadecuada ganancia ponderal. En general la prevalencia en niños normales “físicamente” presenta: 50-60% problema referido por los padres como niño mal comedor; 25-35% determinadas dificultades (rechazo del alimento, comedor selectivo); 1-2% dificultades prolongadas o severas.

2.1.1 Estudios Internacionales:

Valencia Piedra M. Ecuador 2014. “Las practicas del cuidador durante la alimentación y su relación con la conducta alimentaria de los niños y niñas de 1 a 3 años de los centros infantiles del Buen Vivir Urbano del Cantón Cuenca Ecuador.**Objetivo** Es describir las prácticas de los cuidadores durante la alimentación de los niños y niñas de 1 a 3 años que asisten a los CIBV urbanos de Cuenca y su relación con las conductas alimentarias, aplicando los cuestionarios de Huiracocha y de Hughes El presente estudio fue analítico y transversal , el universo fue de 627 niños y niñas entre 1 a 3 años de edad y 47 cuidadoras. **Resultados** La prevalencia de las dificultades alimentarias fue del 51%, sin presentar relación de riesgo entre las prácticas del cuidador y las dificultades alimentarias ($p < 0.05$). **Conclusiones** es necesario evaluar la conducta alimentaria en los niños y niñas, así como las prácticas del cuidador durante la alimentación¹⁷.

Alulema Guamán C. Ecuador 2014 “Desarrollo de la conducta alimentaria y su impacto nutricional en los niños y niñas de 1 a 3 años del Centro de Desarrollo Infantil Integral del Buen Vivir Semillitas de Esperanza, de la ciudad de Riobamba 2014”. **Objetivo** Determinar la Conducta Alimentaria y su Impacto Nutricional en los niños y niñas de 1 a 3 años del Centro de Desarrollo Infantil Integral del Buen Vivir Semillitas de Esperanza. **Metodología** Es un diseño transversal, en un universo de 40 niños y niñas con una duración aproximada de 6 meses. La Información se obtuvo mediante una encuesta. **Resultados** Como resultado de la evaluación del estado nutricional del índice IMC//Edad, se encontró que un 50% estaban normales y la otra mitad el 50% estaban en el rango de sobrepeso. En cuanto a la clasificación del índice Talla//Edad se encontró que el 35% de niños tenían una baja talla o retardo en crecimiento y un 10% presentaban una baja talla severa y un 55% normal. En la clasificación del índice Peso//Edad se encontró que la mayoría de los niños estaban en un rango de normalidad y en cuanto un 5% niño/as tenían bajo peso.

Villeda Rodriguez C, Lazaro Galdamez V. Uruguay 2013-2014 “Prácticas alimentarias y su relación con el estado nutricional en niños y niñas de 0 a 12 meses de edad. **Objetivo** Conocer las prácticas alimentarias y su relación con el estado nutricional en niños de 0 a 12 meses que asisten a consulta en los Centros de Atención Permanente de los municipios de Olopa, San Juan Ermita, Jocotán y Camotán, del Departamento de Chiquimula. **Metodología:** Fue un estudio descriptivo, como muestra se tuvo 593 niños, obteniendo información mediante una ficha de recolección de datos. **Resultados:** 317 niños ya habían iniciado alimentación complementaria; 187 niños no cumplen con dieta mínima aceptable, de los cuales 61% tienen algún grado de desnutrición y 39% se encuentran en estado nutricional normal, mientras que de los 130 niños que si cumplen con dieta mínima aceptable la mayoría 77% tienen estado nutricional normal. De los 276 niños de 0-6 meses, 104 no cumplen con lactancia materna exclusiva de los cuales 66% se encuentran en estado nutricional normal y 34% tienen algún grado de desnutrición, de los 172 niños que sí tuvieron lactancia materna exclusiva 73% tienen estado nutricional normal y 27% algún grado de desnutrición, encontrando que las diferencias en el estado nutricional entre los niños lactados de manera exclusiva y aquellos que tuvieron otro tipo de lactancia no fue significativa¹⁸. **Conclusiones:** Se demostró un efecto positivo de las prácticas

alimentarias adecuadas sobre el estado nutricional en niños de 0 a 12 meses de edad.

Reinoso P, Sigüencia J y Tigre D. Ecuador 2013³⁵ “Prevalencia de conducta alimentaria inadecuada en niños de 1 a 5 años de edad y su relación con factores asociados

Objetivo: Determinar la prevalencia de conducta alimentaria inadecuada en niños de 1 a 5 años de los centros de salud del ministerio de salud pública de febrero a agosto de 2013, en la ciudad de Cuenca y su relación con factores asociados como familia, cuidador, sexo, migración y nivel de instrucción del cuidador.

Metodología: Se realizó un estudio analítico transversal en los centros de salud del ministerio de salud pública de la ciudad de Cuenca en 228 niños y niñas de 1 a 5 años, Se ingresaron los datos a software SPSS versión 18 para Windows y se presentan los resultados en tablas de frecuencia. **Resultados:** La media de edad de la población se ubicó entre 30,23 meses, la mayoría fue de sexo femenino (52,6%), cuidador materno (82,9%), familia nuclear (61,4%) y el nivel de instrucción del cuidador fue básica (36,8%). Sobre la conducta alimentaria el 89% es inadecuado; el 11% se colocó en conducta alimentaria adecuada. La mayoría fue de sexo femenino (90%)¹⁹.

Domínguez Fermín C, Álvarez Gutiérrez M. 2000-2010 Venezuela “Modificaciones de conductas alimentarias, hábitos alimentarios y apetito en lactantes con desnutrición”

Objetivo: Determinar la relación que existe entre conductas alimentarias, hábitos alimentarios y apetito en lactantes con la desnutrición. **Metodología:** El estudio fue de tipo correlacional y el diseño longitudinal. La recolección de la información se realizó a través de las historias dietéticas de control, registradas mediante entrevista al cuidador del niño por nutricionistas clínicos. Este estudio relacionó las conductas y hábitos alimentarios con el apetito en 97 niños menores de dos años con desnutrición primaria que recibieron atención nutricional ambulatoria en el Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo.

Resultados: Inicialmente, más de la mitad de los niños tenían conductas y hábitos alimentarios inadecuados, algunos asociados significativamente (p -valor $<0,050$) con el apetito malo o regular (presencia de elementos distractores; horario, lugar y duración de la comida incorrectos; respuesta del cuidador inapropiada; inadecuada ingesta de proteínas, carbohidratos e introducción incorrecta de alimentos complementarios). Luego de 3 meses de iniciado el

tratamiento nutricional, se observaron cambios significativos (p -valor $<0,050$) en las conductas alimentarias, el apetito y algunos hábitos alimentarios (ingesta de calcio; consumo de hortalizas, frutas, grasas y misceláneos; tipo de preparaciones; dilución y cantidad de leche completa o fórmula infantil y número de comidas principales diarias).

Antes del inicio del tratamiento nutricional, la totalidad de los niños tenían desnutrición, predominando aquellos con desnutrición leve (70,1%). A los 3 ± 2 meses de iniciado el tratamiento nutricional, se encontró un 6,2% de los niños con un estado nutricional eutrófico mientras el resto se mantuvo con desnutrición, disminuyendo el porcentaje de niños con desnutrición leve y moderada, de 70,1% a 47,4% y de 11,3% a 7,2%, respectivamente; aumentando el porcentaje de niños con desnutrición subclínica (de 18,6% a 39,2%). **Conclusión**, el tratamiento nutricional en niños con desnutrición primaria, modifica conductas y hábitos alimentarios inadecuados asociados con su apetito regular o malo.²⁰

2.1.2 Estudios Nacionales:

Solis Leon k. Perú 2015 “Hábitos alimentarios y estado nutricional, según índice de masa corporal, de los adolescentes de la institución educativa “09 de julio” de la provincia de Concepción”

Objetivo: Determinar la relación entre los hábitos alimentarios y el estado nutricional, según el índice de masa corporal de los adolescentes de la Institución Educativa Estatal “09 de Julio” de la provincia de Concepción **Metodología:** La técnica utilizada fue la entrevista y el instrumento utilizado fue el cuestionario de hábitos alimentarios previamente validados y analizados en su confiabilidad. La muestra de la investigación está conformada por 231 estudiantes adolescentes de la IE “09 de Julio” de la provincia de Concepción. El método aplicado es el método científico, las técnicas fueron la observación y el fichaje. **Resultados:** Los resultados demuestran que si existe una relación significativa entre los hábitos alimentarios y el estado nutricional para un nivel de confianza del 95% y de significancia $\alpha=0.05$ ²¹.

Silva Acosta Z., Vílchez Ramírez R, Panduro E, Perú 2010 “Situación Nutricional y Hábitos Alimentarios en preescolares del distrito de Belén”.

Objetivo: Determinar la relación entre los hábitos alimentarios y la situación nutricional en preescolares de la Institución Educativa Inicial 731 “6 de octubre” Belén, 2010. **Metodología:** El método fue el tipo descriptivo correlacional, no experimental, transversal. La población estuvo constituida por

noventa preescolares entre niños y niñas de inicial, con edades entre tres y cinco años, residente en el distrito de Belén, provincia de Maynas, región Loreto. La muestra la conformó el 100% de la población. Las técnicas empleadas fueron: observación y encuesta. Los instrumentos: ficha de caracterización familiar con una validez de 97%, ficha de evaluación del estado nutricional con una validez de 100%, cuestionario para evaluar los hábitos alimentarios con una validez de 95%, y una confiabilidad de 90% para todos los instrumentos. **Resultados:** Luego de aplicar la prueba de Chi cuadrado, se encontró que existe una significancia estadística que evidencia la relación entre el Estado nutricional y los hábitos alimentarios ($p = 0,016$), en niños preescolares de la Institución Educativa estudiada²².

Cristina Mishell S, Perú – Iquitos 2014. “Relación del Estado Nutricional con los hábitos alimentarios de niños de 4to a 6to grado de la I.E.P. Rosa Panduro Ramírez, San Juan Bautista”. **Objetivo:** determinar la relación entre los hábitos alimentarios y estado nutricional de los niños de 4to a 6 to grado de primaria del I.E.P. Rosa Panduro Ramírez. Iquitos. **Método y Metodología:** La recolección de datos se efectuó mediante la aplicación de encuestas y evaluación del estado nutricional. La evaluación del estado nutricional se realizó mediante antropométricas de peso y talla. Encuesta de hábitos alimentarios que fue adaptado a la realidad de la región y que fue validado por el juicio de expertos. La muestra fue de 116 participantes, de los cuales 48.27% fueron hombres y 51.72% fueron mujeres. **Resultados:** Se observó un estado nutricional de delgadez de 11% en hombres y de 12 % en mujeres; además de un estado nutricional de sobrepeso de 27 % en hombres y 25 % en mujeres y con estado nutricional normal de 63% en hombres y de 63% en mujeres. Se encontró talla baja de 14 % en hombres y 10 % en mujeres. Se encontró Talla normal en hombres 86 % y en mujeres 90%. En hábitos alimentarios se encontró un 44 % de habito saludable y se encontró que 66 %que practica hábitos no saludables en su alimentación. Se encontró que existe evidencia estadística suficiente para afirmar que el IMC y los Hábitos Alimentarios están relacionados ya que el p-valor obtenido en la prueba chi-cuadrado fue $0,000 < 0.05$. Los resultados arrojan datos estadísticos suficientes para afirmar que la Talla/Edad y los Hábitos Alimentarios están relacionados, ya que el p-valor obtenido en la prueba chi-cuadrado fue $0,005 < 0.05$.

Ibis Julia V, Perú – Santa Anita 2014. “Relación de los Hábitos Alimentarios y el Estado Nutricional de los alumnos del V Ciclo (5to y 6to) grado) de primaria de la I.E.P. N°106 Abraham Valdelomar del Distrito de Santa Anita”. **Objetivo:** Determinar la relación entre los Hábitos Alimentarios y el Estado Nutricional de los alumnos del V Ciclo (5to y 6to) grado) de primaria. **Método y Metodología:** se seleccionó una muestra probabilística constituida por 148 estudiantes en quienes se recogió las medidas antropométricas de peso y talla con las cuales se encontró el Índice de Masa Corporal. **Resultados:** Encontrándose que existe relación significativa entre los hábitos alimentarios y el estado nutricional de los estudiantes: $r = 0,50$ con un nivel de significancia del $0,00 < 0,05$. **Conclusión:** En consecuencia, se demuestra que existe relación entre los hábitos alimentarios y estado nutricional. Asimismo, se evidencia que los hábitos alimentarios son deficientes porque tienen frecuencia de consumo y preferencias por alimentos diferentes, estudiantes que en su alimentación no incluyen alimentos proteicos de origen animal o vegetal de manera regular como animales menores, pescado, granos andinos cereales y leguminosos; al contrario, prefieren alimentos azucarados como gaseosas alimentos poco nutritivos.

ARAGÓN, K. Perú - Quillabamba – Cusco 2012. “Estado nutricional del pre-escolar en relación al conocimiento de las madres sobre la lonchera escolar de la Institución Educativa Juan de la Cruz Motes Salas Quillabamba – Cusco”. **Objetivo:** Determinar el estado nutricional de pre- escolares de la Institución Educativa de Juan de la Cruz Montes Salas de Quillabamba. **Metodo y Metodología:** El tipo de estudio es descriptivo, transversal, prospectivo. La población estaba conformada 53 pre – escolares de la Institución Educativa Juan de la Cruz Montes Salas de Quillabamba. **Resultados:** Según el estado nutricional normal es de 69.1%, delgadez el 12.70%, obesidad 12.4%.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. CONDUCTA ALIMENTARIA

a) CONCEPTUALIZACION

Conducta alimentaria: Domínguez, Olivares²³ definen como el “comportamiento normal relacionado con los hábitos de alimentación, la selección de alimentos que se ingieren, las preparaciones culinarias y las cantidades ingeridas de ellos”. Los comportamientos frente a la alimentación se adquieren a través de la experiencia directa con la comida en el entorno familiar

y social, por la imitación de modelos, la disponibilidad de alimentos, el estatus social, los simbolismos afectivos y las tradiciones culturales.

Conducta alimentaria adecuada: Según Chatoor¹⁷, es cuando el niño tiene buen apetito, le gusta comer, disfruta de la variedad de las comidas, se interesa por la comida, el niño al consumir los alimentos nunca tarda más de 30 minutos en terminar la comida, entonces habría una adecuada conducta alimentaria logrando un adecuado estado nutricional.

Conducta alimentaria inadecuada: Según Chatoor¹⁷, se denomina así a la “dificultad alimentaria” que son los problemas que presentan los niños y niñas al momento de comer tales como: llorar, vomitar, rechazar la comida (cerrar la boca, escupir), tener miedo a comida, resistirse a comer, aceptar una variada limitada de alimentos lo que causa conflicto con el cuidador.

b) DESARROLLO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

A partir de los 6 meses comienzan a desarrollar el apetito, creando preferencias y aversiones que se hacen claramente manifiestas a partir del primer año. Es preciso iniciar la diversificación alimentaria de manera progresiva. De manera general el hambre determina cuándo hay que comer, el apetito qué deseamos comer y la saciedad qué cantidad comer. y natural sin forzar a comer aquellos alimentos rechazados de forma reiterada. Las costumbres dietéticas familiares o la aversión de los propios padres hacia algunos alimentos pueden condicionar el deterioro del apetito. Los horarios son más ajustados, sin ser rígidos, en base a la tendencia cultural. Las cantidades son variables según las características de los niños en relación a la libre expresión de su saciedad, dentro sus necesidades nutricionales.²⁴. A partir de los 15 meses se produce una anorexia fisiológica que coincide con un período de crecimiento mucho más lento con respecto al primer año de vida y que dura toda la época preescolar. Es importante en esta etapa, controlar si la ingesta es adecuada o coincide con las necesidades nutricionales del niño²⁴.

Lo importante es, no minimizar futuras carencias de nutrientes que puedan afectar el desarrollo y crecimiento del niño. La introducción de alimentos sólidos suele relacionarse con la mayoría de aversiones sensoriales y anorexias conductuales. Cuando se les enseña a comer un alimento nuevo es conveniente que lo mire, huelga y pruebe en el momento en que su apetito es mayor para favorecer su aceptación. Debemos ofrecer ese alimento en pequeñas cantidades y en momentos sucesivos para habituarle de forma progresiva (entre 13 y 15

veces). No insistir si lo rechaza de forma manifiesta (respetar sus preferencias) para volver a introducirlo un tiempo después (puede que un mes después su apetencia por ese sabor sea distinta). A partir de los 18 meses pueden manejar con destreza los cubiertos y deben comer solos, sin ayuda. Aunque al principio se ensucien, no debemos retarlos, sino ayudarlos y enseñarles, teniendo en cuenta su edad y posibilidades. Los niños deben comer junto a la familia y percibir esta actividad como una ocasión agradable para compartir con sus familiares. Sus actuaciones son fruto de la imitación de los que le rodean. Permitirles participar en la preparación de los alimentos y elegir algunos de ellos es parte de la educación normal; así aprenderá progresivamente a comer mejor. Los lactantes y niños pequeños son capaces de ajustar el aporte alimenticio en función del contenido energético de los alimentos que toman, con gran variabilidad individual y a lo largo del día, aunque el ingreso diario es más o menos constante. Esta capacidad de regulación desaparece al entrar en juego el control parental. A partir de los 3-5 años se desarrolla correctamente la saciedad sensorial específica y lo suelen expresar verbalmente. En todo momento el desarrollo de la sensación de saciedad está influenciado por el aprendizaje. La respuesta de cada niño a la densidad energética de los alimentos se relaciona con el estilo de alimentación, la imposición paterna y el grado de adiposidad individual. Las preferencias alimentarias son el determinante fundamental de la ingesta. Se desarrollan de manera adquirida con el consumo variado salvo la sensación dulce que se asocia a placer y la sensación agria y amarga asociadas a rechazo, que son innatas²⁵

c) FACTORES DETERMINANTES DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Debemos considerar todos los factores orgánicos, psicológicos y sociales relevantes ya que están en interacción recíproca y permanente. Como menciona Gonzales-Jiménez, los hábitos alimentarios son definidos como los comportamientos individuales y colectivos relativos al consumo de alimentos, que se adoptan de manera directa o indirecta, como parte de prácticas socioculturales y determinados, también, por factores socioeconómicos. Estudios realizados en Latinoamérica han puesto de manifiesto que los hábitos alimentarios de los niños están determinados, fundamentalmente, por el nivel económico, educativo y la situación laboral de los padres. Esta última incide especialmente en la menor dedicación en la preparación de las comidas y la falta de tiempo para cocinar. La trasmisión de prácticas socioculturales se realiza

a través de la familia, que adquiere un papel de gran relevancia en la adquisición de hábitos alimentarios en los primeros años de vida. La familia ejerce una fuerte influencia sobre sus miembros y sus conductas relacionadas con la alimentación, de manera que los hábitos alimentarios aprendidos en su seno familiar llegan a convertirse en patrones de comportamiento alimentarios. Por ello, la madre constituye un pilar fundamental en esta etapa, ya que suele ser ella la responsable de la alimentación de sus hijos²⁶

Estudios de gemelos son el acercamiento clásico para evaluar la diferente contribución de la genética y del ambiente familiar compartido en la variabilidad de un rasgo como el Índice de Masa Corporal (IMC) o rasgos conductuales tales como puntajes de conducta alimentaria²⁷. El estudio TEDS (Twin Early Development Study) evaluó las influencias genéticas en el IMC y en la conducta alimentaria en mellizos MZ y DZ nacidos en el Reino Unido durante los años 1994-1996. En este estudio, se encontraron correlaciones significativamente mayores en mellizos MZ en relación con los mellizos DZ en el IMC, así como en los factores del CEBQ (Cuestionario de Conducta Alimentaria Infantil) de “disfrute de los alimentos” y “respuesta a la saciedad”²⁸.

2.2.2. ESTADO NUTRICIONAL

a) Estado Nutricional: Se le puede concebir, desde el punto de vista fenoménico, como la resultante de la interacción dinámica, en el tiempo y en el espacio, de la alimentación (utilización de la energía y nutrimentos contenidos en los alimentos) y el metabolismo de los diferentes tejidos y órganos del cuerpo. Como es lógico suponer tal interacción puede estar influida por múltiples factores, desde los genéticos que determinan en gran medida la estructura metabólica del individuo y factores propios del entorno tanto de naturaleza física como química, biológica y hasta de índole social²⁹.

b) Malnutrición: El término «malnutrición» se refiere a las carencias, los excesos y los desequilibrios de la ingesta calórica y de nutrientes de una persona. Abarca tres grandes grupos de afecciones:

- la desnutrición, que incluye la emaciación (un peso insuficiente respecto de la talla), el retraso del crecimiento (una talla insuficiente para la edad) y la insuficiencia ponderal (un peso insuficiente para la edad);
- la malnutrición relacionada con los micronutrientes, que incluye las carencias de micronutrientes (la falta de vitaminas o minerales importantes) o el exceso de micronutrientes; y

- el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación (como las cardiopatías, la diabetes y algunos cánceres)³⁰

c) Diversas formas de malnutrición:

- **Desnutrición**

Existen cuatro tipos principales de desnutrición: emaciación, retraso del crecimiento, insuficiencia ponderal, y carencias de vitaminas y minerales. Por causa de la desnutrición, los niños, en particular, son mucho más vulnerables ante la enfermedad y la muerte³¹.

La insuficiencia de peso respecto de la talla se denomina emaciación. Suele indicar una pérdida de peso reciente y grave, debida a que la persona no ha comido lo suficiente y/o a que tiene una enfermedad infecciosa, como la diarrea, que le ha provocado la pérdida de peso³¹.

Los niños que pesan menos de lo que corresponde a su edad sufren insuficiencia ponderal. Un niño con insuficiencia ponderal puede presentar a la vez retraso del crecimiento y/o emaciación³¹.

- **Malnutrición relacionada con los micronutrientes**

Las ingestas inadecuadas de vitaminas y minerales (los denominados micronutrientes siendo el yodo, la vitamina A y el hierro los más importantes) se pueden reunir en un mismo grupo. El organismo necesita micronutrientes para producir enzimas, hormonas y otras sustancias esenciales para un crecimiento y desarrollo adecuado³¹.

- **Sobrepeso y obesidad**

El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Resulta difícil encontrar una forma simple de medir el sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes porque su organismo sufre una serie de cambios fisiológicos a medida que van creciendo. Clasificación de la obesidad según aparición:³² Brownell, la clasifica en:

- ✓ **Obesidad progresiva de la infancia (prepubertad o hiperplástica):** suele ser hipercelular y puede ser resistente al tratamiento. El período crítico de la aparición de la obesidad progresiva de la infancia son los dos primeros años de edad y luego, entre 4 y 11 años de edad. La forma más grave comienza

en este último período y a partir de ahí, puede seguir progresando; y

- ✓ **Obesidad que comienza en la edad adulta (postpubertal o hipertrófica):** tiende a ser hipertrofia con grandes adipocitos
En el momento del nacimiento el cuerpo del niño tiene un 12% de grasa.

d) Evaluación nutricional: El MINSA, manifiesta que la nutrición en la etapa temprana constituye uno de los pilares del desarrollo humano y del progreso de las naciones.

El tener niños y niñas bien nutridos les abre en el presente y en el futuro una ventana de posibilidades en su capacidad física, en la capacidad intelectual, en el desarrollo emocional y social, por ello es muy importante el poder monitorear el estado nutricional en etapas tempranas de la vida, de forma individual para poder medir el progreso del niño, y a nivel colectivo o nacional para poder medir el avance del país. El crecimiento se refiere al incremento de la estatura y del tamaño de los órganos del cuerpo producto de un incremento de masa corporal por un aumento del número de células o por el tamaño de las células el desarrollo se refiere a la mayor capacidad funcional de sus sistemas producto de la maduración, diferenciación e integración de sus funciones en aspectos biológicos, psicológicos, cognitivos y sociales, entre los principales³³.

Según UNICEFF, el periodo temprano se refiere a la gestación y los tres primeros años de vida. Aunque el crecimiento y desarrollo termina con la adolescencia, es el periodo temprano el que representa mayor vulnerabilidad por la formación del cerebro y los órganos vitales como el corazón, hígado, páncreas y pulmones, y en el caso de las niñas, los órganos reproductores. Las alteraciones producidas en el período temprano tienen consecuencias en todas las esferas del desarrollo, como en la estatura, en la capacidad física, en la capacidad intelectual, en la salud, en el desarrollo emocional y social. Las consecuencias en los órganos vitales están referidas a la mayor probabilidad de enfermedades crónicas en la edad adulta tales como enfermedades cardíacas, diabetes, hipertensión y obesidad y consecuencias en la capacidad reproductiva en el caso de las mujeres³⁴.

e) Valoración del estado nutricional³⁵:

La valoración nutricional se realiza a través de una historia clínica y una exploración física y antropométrica adecuadas, además de algunas pruebas complementarias seleccionadas.

Historia clínica, es una herramienta muy importante para la valoración nutricional.

Exploración física Se realizará con el paciente desnudo y nos fijaremos fundamentalmente en:

La constitución del paciente, presencia de alteraciones sugestivas de organicidad: distensión abdominal, hipotrofia de nalgas, palidez cutánea, alteraciones de los anejos cutáneos, mucosas o esmalte dentario, etc.

Método bioquímico, la medición de determinadas sustancias en sangre u orina puede aportar información complementaria acerca del estado de algunos nutrientes en el organismo, así como de la repercusión de la desnutrición sobre algunos compartimentos corporales.

Método antropométrico, Se trata de una técnica de aplicación sencilla, rápida y barata, que resulta fiable cuando es realizada por personal debidamente entrenado.

Se usan numerosas medidas antropométricas para la valoración del estado nutricional, ya que ninguna medida aislada es suficiente para la completa caracterización del estado nutricional. Debe emplearse un equipo adecuado que incluya un tallímetro, una báscula, una cinta métrica y, en caso de disponer de él, un lipocalibrador, cuya precisión debe revisarse periódicamente³⁵.

El método antropométrico comprende las siguientes mediciones:

- **Peso:** es la medida antropométrica más usada y útil en la práctica pediátrica. Presenta valores distintos en función de la edad y depende fundamentalmente del sexo y la talla del individuo. Por tanto, para interpretarlo se debe correlacionar con otras magnitudes como la talla y/o la proporción relativa de tejidos graso y magro. La medida debe realizarse con el paciente desnudo, o con muy poca ropa en el caso de los escolares, en una báscula con 0,01 kg de margen en los lactantes y de 0,1 kg en el niño mayor³⁵.
- **Longitud o talla:** La evolución lineal de la talla refleja la historia nutricional y la herencia, y ayuda a distinguir las alteraciones nutricionales de corta y larga evolución. La medición debe hacerse

según las tablas de referencia. Generalmente, por debajo de dos años se valora la longitud en decúbito dorsal y en mayores de dos años la talla en posición de pie³⁵.

- **Índice de masa corporal/edad:** El IMC para la edad es un indicador que es especialmente útil para detectar sobrepeso u Obesidad³⁵.
- **Perímetro craneal:** La medición del perímetro craneal debe incluirse en la exploración rutinaria de los niños hasta los tres años de edad, pues detecta alteraciones relacionadas con el sistema nervioso central, si bien no es útil como marcador nutricional en los niños con macro - o microcefalia.

Además, también se puede usar perímetro braquial y pliegues grasos cutáneos³⁵.

2.2.3. INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS DEL ESTADO NUTRICIONAL

La evaluación del crecimiento del niño brinda importante información sobre su estado nutricional y sobre su salud. Existen varias mediciones para evaluar el crecimiento, las que incluyen el peso para la edad, peso para la talla (o longitud en el caso del niño menor de 2 años) y talla para la edad. En el pasado, muchos países emplearon el PESO PARA LA EDAD para evaluar tanto la tendencia del crecimiento de los niños como el estado nutricional actual. Las curvas nacionales de crecimiento estuvieron basadas en el peso para la edad. Con la disponibilidad de los Patrones de Crecimiento de la OMS³⁶, actualmente los países pueden revisar sus cartillas de crecimiento e introducir el '**PESO PARA LA TALLA**' como el estándar para medir el **ESTADO NUTRICIONAL:**

- **PESO PARA LA EDAD:** Refleja el peso corporal en relación a la edad del niño durante un día determinado. La serie de pesos puede decirle si el peso del niño se está incrementando en el curso del tiempo, de manera que es un indicador útil del crecimiento. Este indicador es empleado para evaluar si el niño tiene peso bajo o peso muy bajo, pero no es empleado para la clasificación del niño con sobrepeso u obesidad. Debido a que el peso puede ser medido con relativa facilidad, es un indicador comúnmente empleado, pero no es confiable en situaciones cuando la edad del niño no puede ser determinada con precisión. Tampoco permite distinguir entre desnutrición aguda y crónica.

- **PESO PARA LA LONGITUD/TALLA:** El peso para la longitud/talla, refleja el peso corporal en proporción con el crecimiento alcanzado en longitud o talla. Este indicador es especialmente útil en situaciones donde la edad del niño es desconocida (por ejemplo, en campos de refugiados). Las cartillas de peso para la talla permiten identificar niños con bajo peso para la talla o a aquellos que se encuentran emaciados o gravemente emaciados. Estas cartillas también ayudan a identificar a los niños con elevado peso para la longitud/talla, que pueden estar en riesgo de sobrepeso u obesidad.

Sin embargo, la medición del peso para la talla requiere dos mediciones – del peso y de la talla y esto puede no ser factible en todos los lugares.

- **LONGITUD/TALLA PARA LA EDAD:** Refleja el crecimiento alcanzado por el niño, en longitud o talla a una edad determinada. Este indicador puede ayudar a identificar niños con talla baja (bajos para la edad), debido a una prolongada desnutrición o a repetidas enfermedades. También pueden ser identificados niños altos para su edad, pero la ‘altura’ es rara vez un problema, a no ser que sea excesiva y que pueda ser la manifestación de desórdenes endócrinos poco comunes. La desnutrición aguda no afecta la talla.

2.2.4 EL MONITOREO DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO TEMPRANO:

Para la UNICEF³⁷ el monitoreo del crecimiento y desarrollo consiste en evaluar al niño y la niña de manera individual, periódica y sistemática del crecimiento y desarrollo del niño y la niña. Es exitoso cuando se ofrece al niño el contenido, la calidad y oportunidad de la atención necesarias.

Para el Ministerio de Salud ³⁸ el control de crecimiento y desarrollo son el conjunto de actividades periódicas y sistemáticas realizadas por el profesional de salud con el objetivo de vigilar de manera adecuada y oportuna el crecimiento y desarrollo del niño y la niña menor de 5 años a fin de detectar de manera precoz y oportuna riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico y tratamiento, y de ese modo reducir la severidad y duración de la alteración, evitar secuelas, disminuir la incapacidad y prevenir la muerte (MINSa 2010).

El estado nutricional del niño y la niña, medido en un momento específico, brinda información muy importante porque resume su nivel de crecimiento para un

momento específico, sin embargo, por sí solo no constituye todo el monitoreo ya que solamente indican si el niño presenta un perfil de crecimiento adecuado o inadecuado -comparado con la norma de crecimiento-para su edad en el momento de la evaluación ³⁹ .

2.2.5 PATRONES DE CRECIMIENTO INFANTIL DE LA OMS

Los estándares internacionales de crecimiento infantil para los niños de hasta cinco años, fueron desarrollados utilizando los datos recolectados en el estudio multicéntrico sobre el patrón de crecimiento de la OMS, abril 2006.

Decidir si el niño está creciendo adecuadamente.

Las curvas de las cartillas (o cuadros) de crecimiento le ayudarán a interpretar los puntos graficados que representan el estado del crecimiento del niño. La curva '0' de cada cuadro representa la mediana, la cual es, hablando de manera general, el promedio. Las otras curvas corresponden a las puntuaciones Z, e indican la distancia del promedio. Las curvas de puntuación Z, en los cuadros de crecimiento, son numeradas positivas (1, 2, 3) o negativamente (-1, -2, -3). En general un punto graficado que se encuentra lejos de la mediana, en cualquier dirección (por ejemplo, cerca de 3 o a -3 de puntuación Z), representa un problema: aunque es necesario considerar otros factores, como es la tendencia del crecimiento, la condición de salud del niño y la talla de los padres. Identificando los problemas de crecimiento a partir de los puntos graficados Los problemas de crecimiento pueden ser identificados a partir de la interpretación de los puntos graficados en el Carné (o Registro) de Crecimiento del niño.

Medición del sobrepeso y la obesidad en niños entre 0 y los 5 años de edad.

Resulta difícil encontrar una forma simple de medir el sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes porque su organismo sufre una serie de cambios fisiológicos a medida que van creciendo. Dependiendo de la edad, existen varios métodos para determinar qué es un peso corporal saludable:

Los Patrones de crecimiento infantil de la OMS⁴⁰, presentados en abril de 2006, incluyen mediciones del sobrepeso y la obesidad en lactantes y niños de hasta 5 años.

En el caso de los niños menores de 5 años:

- el sobrepeso es el peso para la estatura con más de dos desviaciones típicas por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS; y

- la obesidad es el peso para la estatura con más de tres desviaciones típicas por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS.

Perú: Tabla de Valoración Nutricional en Niñas

(OMS, 2006)





TABLA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICA NIÑAS < 5 años



PESO PARA TALLA

| | | PESO (kg) | | | | | | |
|------------|---------------------|--------------|-------------|------|------|--------|----------|--|
| TALLA (cm) | Desnutrición Severa | Desnutrición | N O R M A L | | | Exceso | Obesidad | |
| | < -3DE | ≤ -3DE | > -2DE | -1DE | +1DE | ≤ +2DE | > +3DE | |

PESO PARA TALLA

INSTRUCCIONES:

1. Ubique en la columna de la Talla, la talla de la niña.
2. Compare el peso de la niña con los valores que aparecen en el recuadro adjunto y clasifique.

| Peso: | Clasificación |
|---|-------------------|
| < al peso correspondiente a -3 DE | Desnutrido severo |
| ≥ al peso correspondiente a -3 DE | Desnutrido |
| Esta entre los valores de peso de -2 DE y +2 DE | Normal |
| ≥ al peso correspondiente a +3 DE | Sobrepeso |
| > al peso correspondiente a +3 DE | Obesidad |

DE: Desviación Estándar <: menor >: mayor <=: mayor o igual >=: menor o igual
Fuente: OMS 2006

SIGNOS DE ALERTA:

- Peso cruza los valores límites de su columna de crecimiento, hacia obesidad o hacia desnutrición.
- Peso ≥ +3DE y < +1DE
- Peso < -1DE y ≥ -3DE

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2007-11705
© Ministerio de Salud
Av. Salaverry cuartos 8 s/n. Jesús María, Lima, Perú.
© Instituto Nacional de Salud
Calle Vialonga 1100, Jesús María, Lima, Perú
Tel. 0051-1-471-9400 Fax 0051-1-471-0179
Página Web: www.ins.gob.pe
Centro Nacional de Alimentación y Nutrición
Av. de las Naciones 279 Jesús María
Teléfono 0051-1-480-0218 Fax 0051-1-4839617
Lima, Perú, 2007. 1ª Edición
Elaboración: Lic. Mariana Contreras Rojas





TABLA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICA NIÑAS < 5 años



PESO PARA EDAD TALLA PARA EDAD

| | | PESO (kg) | | TALLA (cm) (longitud /estatura) | | | | | | |
|--------|--------|-------------|--------|---------------------------------|--------|--------|------|------|--------|--------|
| Meses | Años | N O R M A L | Exceso | EDEF | EDEF | EDEF | EDEF | EDEF | | |
| | | | | | | | | | Menor | Baja |
| < -2DE | ≥ -2DE | ≤ +2DE | > +2DE | < -3DE | ≥ -3DE | ≤ +2DE | +1DE | +1DE | ≥ +3DE | > +3DE |

PESO PARA LA EDAD

INSTRUCCIONES:

1. Ubique en la columna de la Edad, la edad de la niña.
2. Compare el peso de la niña con los valores que aparecen en el recuadro adjunto y clasifique.

| Peso: | Clasificación |
|---|---------------|
| < al peso correspondiente a -2 DE | Desnutrido |
| Esta entre los valores de peso de -2 DE y +2 DE | Normal |
| > al peso correspondiente a +2 DE | Sobrepeso* |

* Puede evaluarse mejor con peso para talla.

TALLA PARA LA EDAD

INSTRUCCIONES:

1. Ubique en la columna de la Edad, la edad de la niña.
2. Compare la longitud o talla de la niña con los valores que aparecen en el recuadro adjunto y clasifique.

| Longitud o Talla: | Clasificación |
|--|-------------------|
| < a la talla correspondiente a -3 DE | Talla baja severa |
| ≥ a la talla correspondiente a -2 DE | Talla baja |
| Esta entre los valores de talla de -2 DE y +2 DE | Normal |
| > a la talla correspondiente a +2 DE | Talla alta |

DE: Desviación Estándar <: menor >: mayor <=: mayor o igual >=: menor o igual
Fuente: OMS 2006

SIGNOS DE ALERTA:

- Talla cruza los valores límites de su columna de crecimiento, hacia talla baja.
- Talla entre < -2DE y < -1DE

TABLAS DE VALORACION NUTRICIONAL. MUJERES.

| TALLA (cm) | PESO PARA TALLA | | | | | | | |
|--------------------------|-----------------|------------|-------------|------|------|-------|----------|-----------|
| | PESO (kg) | | | | | | | |
| | Demasiado baja | Deficiente | N O R M A L | | | | Excesivo | Demasiado |
| | <-3DE | -2-3DE | -1-2DE | -1DE | 1DE | 2-3DE | +3DE | >3DE |
| 45 | 1.9 | 2.1 | 2.3 | 2.7 | 3.0 | 3.3 | | |
| 46 | 2.0 | 2.2 | 2.4 | 2.9 | 3.2 | 3.5 | | |
| 47 | 2.2 | 2.4 | 2.6 | 3.1 | 3.4 | 3.7 | | |
| 48 | 2.3 | 2.5 | 2.7 | 3.3 | 3.6 | 4.0 | | |
| 49 | 2.4 | 2.6 | 2.9 | 3.5 | 3.8 | 4.2 | | |
| 50 | 2.6 | 2.8 | 3.1 | 3.7 | 4.0 | 4.5 | | |
| 51 | 2.8 | 3.0 | 3.3 | 3.9 | 4.3 | 4.8 | | |
| 52 | 2.9 | 3.2 | 3.5 | 4.2 | 4.6 | 5.1 | | |
| 53 | 3.1 | 3.4 | 3.7 | 4.4 | 4.9 | 5.4 | | |
| 54 | 3.3 | 3.6 | 3.9 | 4.7 | 5.2 | 5.7 | | |
| 55 | 3.5 | 3.8 | 4.2 | 5.0 | 5.5 | 6.1 | | |
| 56 | 3.7 | 4.0 | 4.4 | 5.3 | 5.8 | 6.4 | | |
| 57 | 3.9 | 4.3 | 4.6 | 5.6 | 6.1 | 6.6 | | |
| 58 | 4.1 | 4.5 | 4.9 | 5.9 | 6.5 | 7.1 | | |
| 59 | 4.3 | 4.7 | 5.1 | 6.2 | 6.8 | 7.5 | | |
| 60 | 4.5 | 4.9 | 5.4 | 6.4 | 7.1 | 7.8 | | |
| 61 | 4.7 | 5.1 | 5.6 | 6.7 | 7.4 | 8.2 | | |
| 62 | 4.9 | 5.3 | 5.8 | 7.0 | 7.7 | 8.5 | | |
| 63 | 5.1 | 5.5 | 6.0 | 7.3 | 8.0 | 8.8 | | |
| 64 | 5.3 | 5.7 | 6.3 | 7.5 | 8.3 | 9.1 | | |
| 65 | 5.5 | 5.9 | 6.5 | 7.8 | 8.6 | 9.5 | | |
| 66 | 5.6 | 6.1 | 6.7 | 8.0 | 8.8 | 9.8 | | |
| 67 | 5.8 | 6.3 | 6.9 | 8.3 | 9.1 | 10.0 | | |
| 68 | 6.0 | 6.5 | 7.1 | 8.5 | 9.4 | 10.3 | | |
| 69 | 6.1 | 6.7 | 7.3 | 8.7 | 9.6 | 10.6 | | |
| 70 | 6.3 | 6.9 | 7.5 | 9.0 | 9.9 | 10.9 | | |
| 71 | 6.5 | 7.0 | 7.7 | 9.2 | 10.1 | 11.1 | | |
| 72 | 6.6 | 7.2 | 7.8 | 9.4 | 10.3 | 11.4 | | |
| 73 | 6.8 | 7.4 | 8.0 | 9.6 | 10.6 | 11.7 | | |
| 74 | 6.9 | 7.5 | 8.2 | 9.8 | 10.8 | 11.9 | | |
| 75 | 7.1 | 7.7 | 8.4 | 10.0 | 11.0 | 12.2 | | |
| 76 | 7.2 | 7.8 | 8.5 | 10.2 | 11.2 | 12.4 | | |
| 77 | 7.4 | 8.0 | 8.7 | 10.4 | 11.5 | 12.6 | | |
| 78 | 7.5 | 8.2 | 8.9 | 10.6 | 11.7 | 12.9 | | |
| 79 | 7.7 | 8.3 | 9.1 | 10.9 | 11.9 | 13.1 | | |
| 80 | 7.8 | 8.5 | 9.2 | 11.0 | 12.1 | 13.4 | | |
| 81 | 8.0 | 8.7 | 9.4 | 11.3 | 12.4 | 13.7 | | |
| 82 | 8.1 | 8.8 | 9.6 | 11.5 | 12.6 | 13.9 | | |
| 83 | 8.3 | 9.0 | 9.8 | 11.8 | 12.9 | 14.2 | | |
| 84 | 8.5 | 9.2 | 10.1 | 12.0 | 13.2 | 14.5 | | |
| 85 | 8.7 | 9.4 | 10.3 | 12.3 | 13.5 | 14.9 | | |
| 86 | 8.9 | 9.7 | 10.5 | 12.6 | 13.8 | 15.2 | | |
| 87 | 9.1 | 9.9 | 10.7 | 12.8 | 14.1 | 15.5 | | |
| 88 | 9.3 | 10.1 | 11.0 | 13.1 | 14.4 | 15.9 | | |
| 89 | 9.5 | 10.3 | 11.2 | 13.4 | 14.7 | 16.2 | | |
| 90 | 9.7 | 10.5 | 11.4 | 13.7 | 15.0 | 16.5 | | |
| Estatura (medido en pie) | | | | | | | | |
| 80 | 7.9 | 8.6 | 9.4 | 11.2 | 12.3 | 13.6 | | |
| 81 | 8.1 | 8.8 | 9.6 | 11.4 | 12.6 | 13.9 | | |
| 82 | 8.3 | 9.0 | 9.8 | 11.7 | 12.8 | 14.1 | | |
| 83 | 8.5 | 9.2 | 10.0 | 11.9 | 13.1 | 14.5 | | |
| 84 | 8.6 | 9.4 | 10.2 | 12.2 | 13.4 | 14.8 | | |
| 85 | 8.8 | 9.6 | 10.4 | 12.5 | 13.7 | 15.1 | | |
| 86 | 9.0 | 9.8 | 10.7 | 12.7 | 14.0 | 15.4 | | |
| 87 | 9.2 | 10.0 | 10.9 | 13.0 | 14.3 | 15.8 | | |
| 88 | 9.4 | 10.2 | 11.1 | 13.3 | 14.6 | 16.1 | | |
| 89 | 9.6 | 10.4 | 11.4 | 13.6 | 14.9 | 16.4 | | |
| 90 | 9.8 | 10.6 | 11.6 | 13.8 | 15.2 | 16.8 | | |
| 91 | 10.0 | 10.9 | 11.8 | 14.1 | 15.5 | 17.1 | | |
| 92 | 10.2 | 11.1 | 12.0 | 14.4 | 15.8 | 17.4 | | |
| 93 | 10.4 | 11.3 | 12.3 | 14.7 | 16.1 | 17.8 | | |
| 94 | 10.6 | 11.5 | 12.5 | 14.9 | 16.4 | 18.1 | | |
| 95 | 10.8 | 11.7 | 12.7 | 15.2 | 16.7 | 18.5 | | |
| 96 | 10.9 | 11.9 | 12.9 | 15.5 | 17.0 | 18.8 | | |
| 97 | 11.1 | 12.1 | 13.2 | 15.8 | 17.4 | 19.2 | | |
| 98 | 11.3 | 12.3 | 13.4 | 16.1 | 17.7 | 19.5 | | |
| 99 | 11.5 | 12.5 | 13.7 | 16.4 | 18.0 | 19.9 | | |
| 100 | 11.7 | 12.8 | 13.9 | 16.7 | 18.4 | 20.3 | | |
| 101 | 12.0 | 13.0 | 14.2 | 17.0 | 18.7 | 20.7 | | |
| 102 | 12.2 | 13.3 | 14.5 | 17.4 | 19.1 | 21.1 | | |
| 103 | 12.4 | 13.5 | 14.7 | 17.7 | 19.5 | 21.5 | | |
| 104 | 12.6 | 13.8 | 15.0 | 18.1 | 19.9 | 22.0 | | |
| 105 | 12.9 | 14.0 | 15.3 | 18.4 | 20.3 | 22.5 | | |
| 106 | 13.1 | 14.3 | 15.6 | 18.8 | 20.8 | 23.0 | | |
| 107 | 13.4 | 14.6 | 15.9 | 19.2 | 21.2 | 23.5 | | |
| 108 | 13.7 | 14.9 | 16.3 | 19.6 | 21.7 | 24.0 | | |
| 109 | 13.9 | 15.2 | 16.6 | 20.0 | 22.1 | 24.5 | | |
| 110 | 14.2 | 15.5 | 17.0 | 20.5 | 22.6 | 25.1 | | |
| 111 | 14.5 | 15.8 | 17.3 | 20.9 | 23.1 | 25.7 | | |
| 112 | 14.8 | 16.2 | 17.7 | 21.4 | 23.6 | 26.2 | | |
| 113 | 15.1 | 16.5 | 18.0 | 21.8 | 24.2 | 26.9 | | |
| 114 | 15.4 | 16.8 | 18.4 | 22.3 | 24.7 | 27.4 | | |
| 115 | 15.7 | 17.2 | 18.8 | 22.8 | 25.2 | 28.1 | | |
| 116 | 16.0 | 17.5 | 19.2 | 23.3 | 25.8 | 28.7 | | |
| 117 | 16.3 | 17.8 | 19.6 | 23.8 | 26.3 | 29.3 | | |
| 118 | 16.6 | 18.2 | 19.9 | 24.2 | 26.9 | 29.9 | | |
| 119 | 16.8 | 18.5 | 20.3 | 24.7 | 27.4 | 30.5 | | |
| 120 | 17.3 | 18.9 | 20.7 | 25.2 | 28.0 | 31.2 | | |

Fuente: OMS 2006

| Peso (kg) | TALLA PARA EDAD | | | | | | | |
|--------------------------|----------------------------------|------------|-------------|------|-------|-------|----------|-----------|
| | TALLA (cm) (longitud (estatura)) | | | | | | | |
| | Deficiente | Deficiente | N O R M A L | | | | Excesivo | Demasiado |
| | <-3DE | -2-3DE | -1-2DE | -1DE | 1DE | 2-3DE | +3DE | >3DE |
| 2.4 | 4.2 | 0:0 | 43.6 | 45.4 | 47.3 | 51.0 | 52.9 | |
| 3.2 | 5.3 | 0:1 | 47.8 | 49.8 | 51.7 | 55.6 | 57.6 | |
| 3.9 | 6.8 | 0:2 | 51.0 | 53.0 | 55.0 | 59.1 | 61.1 | |
| 4.5 | 7.5 | 0:3 | 53.5 | 55.6 | 57.7 | 61.9 | 64.0 | |
| 5.0 | 8.2 | 0:4 | 55.6 | 57.8 | 59.9 | 64.3 | 66.4 | |
| 5.4 | 8.8 | 0:5 | 57.4 | 59.6 | 61.8 | 66.2 | 68.5 | |
| 5.7 | 9.3 | 0:6 | 58.9 | 61.2 | 63.5 | 68.0 | 70.3 | |
| 6.0 | 9.8 | 0:7 | 60.3 | 62.7 | 65.0 | 69.6 | 71.9 | |
| 6.3 | 10.2 | 0:8 | 61.7 | 64.0 | 66.4 | 71.1 | 73.5 | |
| 6.6 | 10.5 | 0:9 | 62.9 | 65.3 | 67.7 | 72.6 | 75.0 | |
| 6.7 | 10.8 | 0:10 | 64.1 | 66.5 | 69.0 | 73.9 | 76.4 | |
| 6.9 | 11.2 | 0:11 | 65.2 | 67.7 | 70.3 | 75.3 | 77.8 | |
| 7.0 | 11.5 | 1:0 | 66.3 | 68.9 | 71.4 | 76.6 | 79.2 | |
| 7.2 | 11.8 | 1:1 | 67.3 | 70.0 | 72.6 | 77.8 | 80.3 | |
| 7.4 | 12.1 | 1:2 | 68.3 | 71.0 | 73.7 | 79.1 | 81.7 | |
| 7.6 | 12.4 | 1:3 | 69.3 | 72.0 | 74.8 | 80.2 | 83.0 | |
| 7.7 | 12.6 | 1:4 | 70.2 | 73.0 | 75.8 | 81.4 | 84.2 | |
| 7.9 | 12.8 | 1:5 | 71.1 | 74.0 | 76.8 | 82.5 | 85.4 | |
| 8.1 | 13.2 | 1:6 | 72.0 | 74.9 | 77.8 | 83.6 | 86.5 | |
| 8.2 | 13.5 | 1:7 | 72.8 | 75.8 | 78.8 | 84.7 | 87.6 | |
| 8.4 | 13.7 | 1:8 | 73.7 | 76.7 | 79.7 | 85.7 | 88.7 | |
| 8.6 | 14.0 | 1:9 | 74.5 | 77.5 | 80.6 | 86.7 | 89.8 | |
| 8.7 | 14.3 | 1:10 | 75.2 | 78.4 | 81.5 | 87.7 | 90.9 | |
| 8.9 | 14.6 | 1:11 | 76.0 | 79.2 | 82.3 | 88.7 | 91.9 | |
| Estatura (medido de pie) | | | | | | | | |
| 9.0 | 14.8 | 2:0 | 76.8 | 79.3 | 82.5 | 89.9 | 92.2 | |
| 9.2 | 15.1 | 2:1 | 77.6 | 80.0 | 83.3 | 89.9 | 93.1 | |
| 9.4 | 15.4 | 2:2 | 77.5 | 80.8 | 84.1 | 90.8 | 94.2 | |
| 9.5 | 15.7 | 2:3 | 78.1 | 81.5 | 84.9 | 91.7 | 95.0 | |
| 9.7 | 16.0 | 2:4 | 78.8 | 82.2 | 85.7 | 92.5 | 96.0 | |
| 9.8 | 16.2 | 2:5 | 79.5 | 82.9 | 86.4 | 93.4 | 96.9 | |
| 10.0 | 16.5 | 2:6 | 80.1 | 83.6 | 87.1 | 94.2 | 97.7 | |
| 10.1 | 16.8 | 2:7 | 80.7 | 84.3 | 87.9 | 95.0 | 98.6 | |
| 10.3 | 17.1 | 2:8 | 81.3 | 84.9 | 88.6 | 95.8 | 99.4 | |
| 10.4 | 17.3 | 2:9 | 81.9 | 85.6 | 89.3 | 96.6 | 100.1 | |
| 10.5 | 17.6 | 2:10 | 82.5 | 86.2 | 89.9 | 97.4 | 101.1 | |
| 10.7 | 17.9 | 2:11 | 83.1 | 86.9 | 90.6 | 98.1 | 101.9 | |
| 10.8 | 18.1 | 3:0 | 83.6 | 87.4 | 91.2 | 98.9 | 102.7 | |
| 10.9 | 18.4 | 3:1 | 84.2 | 88.0 | 91.9 | 99.6 | 103.4 | |
| 11.1 | 18.7 | 3:2 | 84.7 | 88.6 | 92.5 | 100.3 | 104.2 | |
| 11.2 | 19.0 | 3:3 | 85.3 | 89.2 | 93.1 | 101.0 | 105.0 | |
| 11.3 | 19.2 | 3:4 | 85.8 | 89.8 | 93.8 | 101.7 | 105.7 | |
| 11.5 | 19.5 | 3:5 | 86.3 | 90.4 | 94.4 | 102.4 | 106.4 | |
| 11.6 | 19.8 | 3:6 | 86.8 | 90.9 | 95.0 | 103.1 | 107.2 | |
| 11.7 | 20.1 | 3:7 | 87.4 | 91.5 | 95.6 | 103.8 | 107.9 | |
| 11.8 | 20.4 | 3:8 | 87.9 | 92.0 | 96.2 | 104.5 | 108.6 | |
| 12.0 | 20.7 | 3:9 | 88.4 | 92.5 | 96.7 | 105.1 | 109.3 | |
| 12.1 | 20.9 | 3:10 | 88.9 | 93.1 | 97.3 | 105.8 | 110.0 | |
| 12.2 | 21.2 | 3:11 | 89.3 | 93.6 | 97.9 | 106.4 | 110.7 | |
| 12.3 | 21.5 | 4:0 | 89.8 | 94.1 | 98.4 | 107.0 | 111.3 | |
| 12.4 | 21.8 | 4:1 | 90.3 | 94.6 | 99.0 | 107.7 | 112.0 | |
| 12.6 | 22.1 | 4:2 | 90.7 | 95.1 | 99.5 | 108.3 | 112.7 | |
| 12.7 | 22.4 | 4:3 | 91.2 | 95.6 | 100.1 | 108.9 | 113.3 | |
| 12.8 | 22.6 | 4:4 | 91.7 | 96.1 | 100.6 | 109.5 | 114.0 | |
| 12.9 | 22.8 | 4:5 | 92.1 | 96.6 | 101.1 | 110.1 | 114.6 | |
| 13.0 | 23.2 | 4:6 | 92.6 | 97.1 | 101.6 | 110.7 | 115.2 | |
| 13.2 | 23.5 | 4:7 | 93.0 | 97.6 | 102.2 | 111.3 | 115.8 | |
| 13.3 | 23.8 | 4:8 | 93.4 | 98.1 | 102.7 | 111.9 | 116.5 | |
| 13.4 | 24.1 | 4:9 | 93.9 | 98.5 | 103.2 | 112.5 | 117.1 | |
| 13.5 | 24.4 | 4:10 | 94.3 | 99.0 | 103.7 | 113.0 | 117.7 | |
| 13.6 | 24.6 | 4:11 | 94.7 | 99.3 | 104.2 | 113.6 | 118.3 | |


TALLA para EDAD
Va con de talla correspondiente a la edad de la niña menor de 2 años (medido sentado) y valores de estatura de la niña de 2 a 4 años (medido de pie)

PESO para TALLA
Va con de peso según longitud o estatura y la respectiva DE
Fuente: OMS 2006

Elaboración: Lic. Mariela Cornejo Rojas, Alameda Normal Teófilo. CENIAH - www.ins.gob.pe. Jr. Tobo y Buena 276, Asaz, Moles. Teléfono 0051-1-4003216. Sr. Edson 2007


Perú: Tabla de Valoración Nutricional en Niños

OMS 2006



Ministerio de Salud
Centro Nacional de Alimentación y Nutrición

TABLA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL ANTRÓPOMETRICA NIÑOS < 5 años



PESO PARA EDAD

| PESOS (kg) | | TALLA (cm) (longitud/estatura) | | | | | |
|---------------------|----------------|--------------------------------|-------------|--------|--------|------|---------------|
| Desnutrición Severa | NORMAL | SEVERA | Baja Severa | Baja | Normal | Alta | Obesidad |
| < -3DE | ≥ -2DE y < 2DE | < -3DE | ≥ -3DE | ≥ -2DE | -1DE | 1DE | ≥ 3DE y > 3DE |

TALLA PARA EDAD

| PESOS (kg) | | TALLA (cm) (longitud/estatura) | | | | | |
|---------------------|----------------|--------------------------------|-------------|--------|--------|------|---------------|
| Desnutrición Severa | NORMAL | SEVERA | Baja Severa | Baja | Normal | Alta | Obesidad |
| < -3DE | ≥ -2DE y < 2DE | < -3DE | ≥ -3DE | ≥ -2DE | -1DE | 1DE | ≥ 3DE y > 3DE |

PESO PARA LA EDAD

INSTRUCCIONES:

- Ubique en la columna de la Edad, la edad del niño.
- Compare el peso del niño con los valores que aparecen en el recuadro adjunto y clasificar:

| Peso: | Clasificación |
|--|---------------|
| < al peso correspondiente a -2DE | Desnutrido |
| Está entre los valores de peso de -2 DE y 2 DE | Normal |
| > al peso correspondiente a 2DE | Sobrepeso* |

* Puede evaluarse mejor con peso para talla.

TALLA PARA LA EDAD

INSTRUCCIONES:

- Ubique en la columna de la Edad, la edad del niño.
- Compare la longitud o talla del niño con los valores que aparecen en el recuadro adjunto y clasificar:

| Longitud o talla: | Clasificación |
|---|-------------------|
| < a la talla correspondiente a -3 DE | Talla baja severa |
| ≥ a la talla correspondiente a -3 DE | Talla baja |
| Está entre los valores de talla de -2 DE y 2 DE | Normal |
| > a la talla correspondiente a 2 DE | Talla alta |

DE: Desviación Estándar <: menor >: mayor ≥: mayor o igual ≤: menor o igual
Fuente: OMS 2006


SIGNOS DE ALERTA:

- Talla cruza los valores límites de su columna de crecimiento, hacia talla baja.
- Talla entre ≥ -2DE y < -1DE.



Ministerio de Salud
Centro Nacional de Alimentación y Nutrición

TABLA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL ANTRÓPOMETRICA NIÑOS < 5 años



PESO PARA EDAD

| PESOS (kg) | | TALLA (cm) (longitud/estatura) | | | | | |
|---------------------|----------------|--------------------------------|-------------|--------|--------|------|---------------|
| Desnutrición Severa | NORMAL | SEVERA | Baja Severa | Baja | Normal | Alta | Obesidad |
| < -3DE | ≥ -2DE y < 2DE | < -3DE | ≥ -3DE | ≥ -2DE | -1DE | 1DE | ≥ 3DE y > 3DE |

PESO PARA TALLA

| PESOS (kg) | | TALLA (cm) (longitud/estatura) | | | | | |
|---------------------|----------------|--------------------------------|-------------|--------|--------|------|---------------|
| Desnutrición Severa | NORMAL | SEVERA | Baja Severa | Baja | Normal | Alta | Obesidad |
| < -3DE | ≥ -2DE y < 2DE | < -3DE | ≥ -3DE | ≥ -2DE | -1DE | 1DE | ≥ 3DE y > 3DE |

PESO PARA TALLA

INSTRUCCIONES:

- Ubique en la columna de la Talla, la talla del niño.
- Compare el peso del niño con los valores que aparecen en el recuadro adjunto y clasificar:

| Peso: | Clasificación |
|--|-------------------|
| < al peso correspondiente a -3 DE | Desnutrido severo |
| ≥ al peso correspondiente a -3 DE | Desnutrido |
| Está entre los valores de peso de -2 DE y 2 DE | Normal |
| ≥ al peso correspondiente a 3 DE | Sobrepeso |
| > al peso correspondiente a 3 DE | Obesidad |

DE: Desviación Estándar <: menor >: mayor ≥: mayor o igual ≤: menor o igual
Fuente: OMS 2006

SIGNOS DE ALERTA:

- Peso cruza los valores límites de su columna de crecimiento, hacia obesidad o hacia desnutrición.
- Peso ≥ -2DE y < -1DE
- Peso > 1DE y ≤ 2DE

Haga el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2007-11754

© Ministerio de Salud
Av. Salaverry cuadra 8 s/n, Jesús María, Lima, Perú.

© Instituto Nacional de Salud
Cajón Yupanqui 1400, Jesús María, Lima, Perú
Tel: 0051-1-4711920. Fax: 0051-1-4710179
Página Web: www.ins.gob.pe

Centro Nacional de Alimentación y Nutrición
Área de Normas Técnicas
Jr. Tizón y Buzón 270 Jesús María,
Lima, Perú, 2007. 5ª Edición

Elaboración: Lic. Mariela Contreras Rojas

| PESO PARA EDAD | | TALLA PARA EDAD | | | | | | |
|--------------------------|--------|-----------------|---------------------------------|-------|-------|-------|-------|------|
| Edad (años) | NORMAL | Sexo | TALLA (cm) (longitud recostada) | | | | | |
| | | | <-3DE | -2DE | -1DE | 1DE | +2DE | +3DE |
| Longitud (medido echado) | | | | | | | | |
| 2.5 | 4.4 | 0.0 | 44.2 | 46.1 | 48.0 | 51.8 | 55.7 | |
| 1.4 | 5.8 | 0.1 | 45.9 | 48.8 | 52.8 | 56.7 | 58.6 | |
| 4.3 | 7.1 | 0.2 | 52.4 | 54.4 | 56.4 | 60.4 | 62.4 | |
| 5.0 | 8.0 | 0.3 | 55.3 | 57.3 | 59.4 | 63.5 | 65.5 | |
| 5.8 | 8.7 | 0.4 | 57.6 | 59.7 | 61.8 | 66.0 | 68.0 | |
| 8.0 | 9.3 | 0.5 | 59.6 | 61.7 | 63.8 | 68.0 | 70.1 | |
| 6.4 | 9.8 | 0.6 | 61.2 | 63.3 | 65.5 | 69.8 | 71.9 | |
| 8.7 | 10.3 | 0.7 | 62.7 | 64.8 | 67.0 | 71.3 | 73.5 | |
| 6.9 | 10.7 | 0.8 | 64.0 | 66.2 | 68.4 | 72.8 | 75.0 | |
| 7.1 | 11.0 | 0.9 | 65.2 | 67.5 | 69.7 | 74.2 | 76.5 | |
| 7.4 | 11.4 | 0.10 | 66.4 | 68.7 | 71.0 | 75.6 | 77.9 | |
| 7.6 | 11.7 | 0.11 | 67.6 | 69.9 | 72.2 | 76.9 | 79.2 | |
| 7.7 | 12.0 | 0.12 | 68.6 | 71.0 | 73.4 | 78.1 | 80.5 | |
| 7.9 | 12.3 | 0.13 | 69.6 | 72.1 | 74.5 | 79.3 | 81.8 | |
| 8.1 | 12.6 | 0.14 | 70.6 | 73.1 | 75.6 | 80.5 | 83.0 | |
| 8.3 | 12.8 | 0.15 | 71.6 | 74.1 | 76.6 | 81.7 | 84.2 | |
| 8.4 | 13.1 | 0.16 | 72.5 | 75.0 | 77.6 | 82.8 | 85.4 | |
| 8.6 | 13.4 | 0.17 | 73.3 | 76.0 | 78.6 | 83.9 | 86.5 | |
| 8.8 | 13.7 | 0.18 | 74.2 | 76.9 | 79.6 | 85.0 | 87.7 | |
| 8.9 | 13.9 | 0.19 | 75.0 | 77.7 | 80.5 | 86.0 | 88.8 | |
| 9.1 | 14.2 | 0.20 | 75.8 | 78.6 | 81.4 | 87.0 | 89.0 | |
| 9.2 | 14.5 | 0.21 | 76.5 | 79.4 | 82.3 | 88.0 | 90.9 | |
| 9.4 | 14.7 | 0.22 | 77.2 | 80.2 | 83.1 | 89.0 | 91.9 | |
| 9.5 | 15.0 | 0.23 | 78.0 | 81.0 | 83.9 | 89.9 | 92.9 | |
| Estatura (medido de pie) | | | | | | | | |
| 8.7 | 19.3 | 2.0 | 79.0 | 81.0 | 84.1 | 90.2 | 93.2 | |
| 8.8 | 19.5 | 2.1 | 79.5 | 81.7 | 84.9 | 91.1 | 94.2 | |
| 10.0 | 19.8 | 2.2 | 79.9 | 82.5 | 85.6 | 92.0 | 95.2 | |
| 10.1 | 19.3 | 2.3 | 79.9 | 83.1 | 86.4 | 92.9 | 96.1 | |
| 10.2 | 19.3 | 2.4 | 80.5 | 83.8 | 87.1 | 93.7 | 97.0 | |
| 10.4 | 19.6 | 2.5 | 81.1 | 84.5 | 87.8 | 94.5 | 97.9 | |
| 10.5 | 19.9 | 2.6 | 81.7 | 85.1 | 88.5 | 95.3 | 98.7 | |
| 10.7 | 19.1 | 2.7 | 82.3 | 85.7 | 89.2 | 96.1 | 99.6 | |
| 10.8 | 19.4 | 2.8 | 82.8 | 86.4 | 89.9 | 96.9 | 100.4 | |
| 10.9 | 19.6 | 2.9 | 83.4 | 86.9 | 90.5 | 97.6 | 101.2 | |
| 11.0 | 19.8 | 3.0 | 83.9 | 87.5 | 91.1 | 98.4 | 102.0 | |
| 11.2 | 19.1 | 3.1 | 84.4 | 88.1 | 91.8 | 99.1 | 102.7 | |
| 11.3 | 19.3 | 3.2 | 85.0 | 88.7 | 92.4 | 99.8 | 103.5 | |
| 11.4 | 19.6 | 3.3 | 85.5 | 89.2 | 93.0 | 100.5 | 104.2 | |
| 11.5 | 19.8 | 3.4 | 86.0 | 89.8 | 93.6 | 101.2 | 105.0 | |
| 11.6 | 19.9 | 3.5 | 86.5 | 90.3 | 94.2 | 101.8 | 105.7 | |
| 11.8 | 19.3 | 3.6 | 87.0 | 90.9 | 94.7 | 102.5 | 106.4 | |
| 11.9 | 19.5 | 3.7 | 87.5 | 91.4 | 95.3 | 103.2 | 107.1 | |
| 12.0 | 19.7 | 3.8 | 88.0 | 91.9 | 95.9 | 103.8 | 107.8 | |
| 12.1 | 20.0 | 3.9 | 88.4 | 92.4 | 96.4 | 104.5 | 108.5 | |
| 12.2 | 20.2 | 4.0 | 88.9 | 93.0 | 97.0 | 105.1 | 109.1 | |
| 12.4 | 20.5 | 4.1 | 89.4 | 93.5 | 97.5 | 105.7 | 109.8 | |
| 12.5 | 20.7 | 4.2 | 89.8 | 94.0 | 98.1 | 106.3 | 110.4 | |
| 12.6 | 20.9 | 4.3 | 90.3 | 94.4 | 98.6 | 106.9 | 111.1 | |
| 12.7 | 21.2 | 4.4 | 90.7 | 94.9 | 99.1 | 107.5 | 111.7 | |
| 12.8 | 21.4 | 4.5 | 91.2 | 95.4 | 99.7 | 108.1 | 112.4 | |
| 12.9 | 21.7 | 4.6 | 91.6 | 95.9 | 100.2 | 108.7 | 113.0 | |
| 13.1 | 21.9 | 4.7 | 92.1 | 96.4 | 100.7 | 109.3 | 113.8 | |
| 13.2 | 22.2 | 4.8 | 92.5 | 96.9 | 101.2 | 109.9 | 114.6 | |
| 13.3 | 22.4 | 4.9 | 93.0 | 97.4 | 101.7 | 110.5 | 115.4 | |
| 13.4 | 22.7 | 5.0 | 93.4 | 97.8 | 102.3 | 111.1 | 116.2 | |
| 13.5 | 22.9 | 5.1 | 93.9 | 98.3 | 102.8 | 111.7 | 116.1 | |
| 13.6 | 23.2 | 5.2 | 94.3 | 98.8 | 103.3 | 112.3 | 116.7 | |
| 13.7 | 23.4 | 5.3 | 94.7 | 99.3 | 103.8 | 112.8 | 117.4 | |
| 13.8 | 23.7 | 5.4 | 95.2 | 99.7 | 104.3 | 113.4 | 118.0 | |
| 14.0 | 23.9 | 5.5 | 95.6 | 100.2 | 104.8 | 114.0 | 118.0 | |

TALLA para EDAD
 Valores de talla correspondientes a la edad del niño menor de 2 años
 (medido echado) y valores de estatura al niño de 2 a 4 años (medido de pie)

PESO para TALLA
 Valores de peso según longitud o estatura y la respectiva GE
 Fuente: OMS 2006

INDICES DE MALNUTRICION INFANTIL (MEDIOS)

| TALLA (cm) | PESO PARA TALLA | | | | | | |
|--------------------------|-----------------|-------------|------|------|---------|--------|--|
| | PESO (kg) | | | | | | |
| Descripción Sexo | Descripción | N O R M A L | | | Severos | Graves | |
| <-3DE | -2DE | -1DE | 1DE | +2DE | +3DE | >3DE | |
| 45 | 1.9 | 2.0 | 2.2 | 2.7 | 3.0 | 3.3 | |
| 46 | 2.0 | 2.2 | 2.4 | 2.9 | 3.1 | 3.5 | |
| 47 | 2.1 | 2.3 | 2.5 | 3.0 | 3.3 | 3.7 | |
| 48 | 2.3 | 2.5 | 2.7 | 3.2 | 3.6 | 3.9 | |
| 49 | 2.4 | 2.6 | 2.9 | 3.4 | 3.8 | 4.2 | |
| 50 | 2.6 | 2.8 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.4 | |
| 51 | 2.7 | 3.0 | 3.2 | 3.9 | 4.2 | 4.7 | |
| 52 | 2.9 | 3.2 | 3.5 | 4.1 | 4.5 | 5.0 | |
| 53 | 3.1 | 3.4 | 3.7 | 4.4 | 4.8 | 5.3 | |
| 54 | 3.3 | 3.6 | 3.9 | 4.7 | 5.1 | 5.6 | |
| 55 | 3.6 | 3.8 | 4.2 | 5.0 | 5.4 | 6.0 | |
| 56 | 3.8 | 4.1 | 4.4 | 5.3 | 5.8 | 6.3 | |
| 57 | 4.0 | 4.3 | 4.7 | 5.6 | 6.1 | 6.7 | |
| 58 | 4.3 | 4.6 | 5.0 | 5.9 | 6.4 | 7.1 | |
| 59 | 4.5 | 4.8 | 5.3 | 6.2 | 6.8 | 7.4 | |
| 60 | 4.7 | 5.1 | 5.5 | 6.5 | 7.1 | 7.8 | |
| 61 | 4.9 | 5.3 | 5.8 | 6.8 | 7.4 | 8.1 | |
| 62 | 5.1 | 5.6 | 6.0 | 7.1 | 7.7 | 8.5 | |
| 63 | 5.3 | 5.8 | 6.2 | 7.4 | 8.0 | 8.8 | |
| 64 | 5.5 | 6.0 | 6.5 | 7.6 | 8.3 | 9.1 | |
| 65 | 5.7 | 6.2 | 6.7 | 7.9 | 8.6 | 9.4 | |
| 66 | 5.9 | 6.4 | 6.9 | 8.2 | 8.9 | 9.7 | |
| 67 | 6.1 | 6.6 | 7.1 | 8.4 | 9.2 | 10.0 | |
| 68 | 6.3 | 6.8 | 7.3 | 8.7 | 9.4 | 10.3 | |
| 69 | 6.5 | 7.0 | 7.6 | 8.9 | 9.7 | 10.6 | |
| 70 | 6.6 | 7.2 | 7.8 | 9.2 | 10.0 | 10.9 | |
| 71 | 6.8 | 7.4 | 8.0 | 9.4 | 10.2 | 11.2 | |
| 72 | 7.0 | 7.6 | 8.2 | 9.6 | 10.5 | 11.5 | |
| 73 | 7.2 | 7.7 | 8.4 | 9.9 | 10.8 | 11.8 | |
| 74 | 7.3 | 7.9 | 8.6 | 10.1 | 11.0 | 12.1 | |
| 75 | 7.5 | 8.1 | 8.8 | 10.3 | 11.3 | 12.3 | |
| 76 | 7.6 | 8.3 | 8.9 | 10.6 | 11.6 | 12.6 | |
| 77 | 7.8 | 8.4 | 9.1 | 10.8 | 11.7 | 12.8 | |
| 78 | 7.9 | 8.6 | 9.3 | 11.0 | 12.0 | 13.1 | |
| 79 | 8.1 | 8.7 | 9.5 | 11.2 | 12.2 | 13.3 | |
| 80 | 8.2 | 8.9 | 9.6 | 11.4 | 12.4 | 13.6 | |
| 81 | 8.4 | 9.1 | 9.8 | 11.6 | 12.6 | 13.8 | |
| 82 | 8.5 | 9.2 | 10.0 | 11.8 | 12.8 | 14.0 | |
| 83 | 8.7 | 9.4 | 10.2 | 12.0 | 13.1 | 14.3 | |
| 84 | 8.9 | 9.6 | 10.4 | 12.2 | 13.3 | 14.6 | |
| 85 | 9.1 | 9.8 | 10.6 | 12.5 | 13.6 | 14.9 | |
| 86 | 9.3 | 10.0 | 10.8 | 12.8 | 13.9 | 15.2 | |
| 87 | 9.5 | 10.2 | 11.1 | 13.0 | 14.2 | 15.5 | |
| 88 | 9.7 | 10.5 | 11.3 | 13.3 | 14.5 | 15.8 | |
| 89 | 9.9 | 10.7 | 11.5 | 13.5 | 14.7 | 16.1 | |
| 90 | 10.1 | 10.9 | 11.8 | 13.8 | 15.0 | 16.4 | |
| Estatura (medido de pie) | | | | | | | |
| 80 | 8.3 | 9.0 | 9.7 | 11.5 | 12.6 | 13.7 | |
| 81 | 8.5 | 9.2 | 9.9 | 11.7 | 12.8 | 14.0 | |
| 82 | 8.7 | 9.3 | 10.1 | 11.9 | 13.0 | 14.2 | |
| 83 | 8.8 | 9.6 | 10.3 | 12.2 | 13.3 | 14.5 | |
| 84 | 9.0 | 9.7 | 10.5 | 12.4 | 13.5 | 14.8 | |
| 85 | 9.2 | 10.0 | 10.8 | 12.7 | 13.8 | 15.1 | |
| 86 | 9.4 | 10.2 | 11.0 | 12.9 | 14.1 | 15.4 | |
| 87 | 9.6 | 10.4 | 11.2 | 13.2 | 14.4 | 15.7 | |
| 88 | 9.8 | 10.6 | 11.5 | 13.5 | 14.7 | 16.0 | |
| 89 | 10.0 | 10.8 | 11.7 | 13.7 | 14.9 | 16.3 | |
| 90 | 10.2 | 11.0 | 11.9 | 14.0 | 15.2 | 16.6 | |
| 91 | 10.4 | 11.2 | 12.1 | 14.2 | 15.5 | 16.9 | |
| 92 | 10.6 | 11.4 | 12.3 | 14.5 | 15.8 | 17.2 | |
| 93 | 10.8 | 11.6 | 12.6 | 14.7 | 16.0 | 17.5 | |
| 94 | 11.0 | 11.8 | 12.8 | 15.0 | 16.3 | 17.8 | |
| 95 | 11.1 | 12.0 | 13.0 | 15.3 | 16.6 | 18.1 | |
| 96 | 11.3 | 12.2 | 13.2 | 15.5 | 16.9 | 18.4 | |
| 97 | 11.5 | 12.4 | 13.4 | 15.8 | 17.2 | 18.8 | |
| 98 | 11.7 | 12.6 | 13.7 | 16.1 | 17.5 | 19.1 | |
| 99 | 11.9 | 12.9 | 13.9 | 16.4 | 17.9 | 19.5 | |
| 100 | 12.1 | 13.1 | 14.2 | 16.7 | 18.2 | 19.9 | |
| 101 | 12.3 | 13.3 | 14.4 | 17.0 | 18.5 | 20.3 | |
| 102 | 12.5 | 13.6 | 14.7 | 17.3 | 18.9 | 20.7 | |
| 103 | 12.8 | 13.8 | 14.9 | 17.7 | 19.3 | 21.1 | |
| 104 | 13.0 | 14.0 | 15.2 | 18.0 | 19.7 | 21.6 | |
| 105 | 13.2 | 14.3 | 15.5 | 18.4 | 20.1 | 22.0 | |
| 106 | 13.4 | 14.5 | 15.8 | 18.7 | 20.5 | 22.5 | |
| 107 | 13.7 | 14.8 | 16.1 | 19.1 | 20.9 | 22.9 | |
| 108 | 13.9 | 15.1 | 16.4 | 19.5 | 21.3 | 23.4 | |
| 109 | 14.1 | 15.3 | 16.7 | 19.8 | 21.8 | 23.9 | |
| 110 | 14.4 | 15.6 | 17.0 | 20.2 | 22.2 | 24.4 | |
| 111 | 14.6 | 15.9 | 17.3 | 20.7 | 22.7 | 25.0 | |
| 112 | 14.9 | 16.2 | 17.6 | 21.1 | 23.1 | 25.5 | |
| 113 | 15.2 | 16.5 | 18.0 | 21.5 | 23.6 | 26.0 | |
| 114 | 15.4 | 16.8 | 18.3 | 21.9 | 24.1 | 26.6 | |
| 115 | 15.7 | 17.1 | 18.6 | 22.4 | 24.6 | 27.2 | |
| 116 | 16.0 | 17.4 | 19.0 | 22.8 | 25.1 | 27.8 | |
| 117 | 16.2 | 17.7 | 19.3 | 23.3 | 25.6 | 28.3 | |
| 118 | 16.5 | 18.0 | 19.7 | 23.7 | 26.1 | 28.9 | |
| 119 | 16.8 | 18.3 | 20.0 | 24.1 | 26.6 | 29.5 | |
| 120 | 17.1 | 18.6 | 20.4 | 24.6 | 27.2 | 30.1 | |

Fuente: OMS 2006

- a) Conducta Alimentaria:** como el comportamiento relacionado con: los hábitos de alimentación, la selección de alimentos que se ingieren, las preparaciones culinarias y las cantidades ingeridas de ellos.
- b) Nutrición:** La nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud.
- c) Estado Nutricional:** Condición de organismo que resulta de la relación entre las necesidades nutricionales individuales y la ingestión, absorción y utilización de los nutrientes contenidos en los alimentos.
- d) Sobrepeso:** Se define como el aumento de peso corporal en relación a una población en referencia de acuerdo a la edad, sexo, talla.
- e) Obesidad:** Se define como un aumento del peso corporal mayor que en el sobrepeso debido al exceso de grasa en relación de una población de referencia.
- f) Talla baja:** Se llama talla baja cuando la altura de un niño se ubica por debajo de -2 DE para edad y sexo en relación a la media de la población de referencia
- g) Desnutrición** Se define al estado patológico de distintos grados y de distintas manifestaciones clínicas causado por la falta de ingestión o asimilación deficiente de alimentos por el organismo.
- h) Peso/edad:** La masa corporal alcanzada en relación con la edad cronológica. Es un índice compuesto, influenciado por la estatura y el peso relativo.

- i) **Talla/ edad:** El crecimiento lineal alcanzado en relación con la edad cronológica y sus déficits, se relaciona con alteraciones del estado nutricional a largo plazo.
- j) **Peso/talla:** Se define la masa corporal, en relación con la talla un peso para la talla bajo es indicador de desnutrición y alta de sobrepeso y obesidad.
- k) **Crecimiento:** Proceso de incremento de la masa corporal de un ser vivo, que se produce por el aumento en el número de células (hiperplasia) o de un tamaño (Hipertrofia).

2.4. Bases epistémicos.

La investigación en Nutrición se asienta en el método científico, iniciado por pensadores como Bacon, Descartes y Peirce, y existe consenso de la comunidad científica sobre la validez de sus reglas. Este método se basa en el concepto de hipótesis, y de que ésta ha de ser reproducible y comprobable. Pese a que el método científico es el más usado por la comunidad científica, también existe el denominado método científico anarquista tipo "Fishing Expedition" postulado por Feyerabend (creador del anarquismo epistemológico), utilizado por Jacob y Monod y, en último término, en el reciente proyecto del Genoma Humano.

El razonamiento deductivo del método científico aplicado a los problemas de salud y enfermedad de la población, soportado por el método epidemiológico, establece los siguientes pasos consecutivos: 1) define el problema, 2) crea una hipótesis, 3) diseña un experimento para ensayar la hipótesis, 4) lleva a cabo el experimento y 5) extrae conclusiones. Ante ello podemos decir que la investigación es un proceso sistemático, organizado y con el objetivo de responder una pregunta lo que permitirá adquirir conocimientos en las diversas

áreas del conocimiento humano lo que será trascendental en la vida del ser humano. Es así como el uso de la investigación orientada en la nutrición infantil será fundamental en la adecuada alimentación del niño por lo que se plantea en el presente trabajo identificar la conducta alimentaria en relación al estado nutricional de los niños de 1 a 4 años.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. Tipo de estudio:

Es un estudio descriptivo transversal y de nivel cuantitativo. Transversal puesto que se recolectó los datos en el momento y tiempo único, y descriptivo correlacional por que se busca descubrir la relación existente entre las variables en estudio.

3.2. Diseño y esquema de la investigación:

Se trabajó con el diseño No experimental, debido a que no se manipularon deliberada mente las variables.

3.3. Población y muestra:

Se aplicó un tipo de muestreo probabilístico del tipo: Muestreo Aleatorio Simple (m.a.s.), por Proporciones, para conocer el tamaño de muestra.

3.3.1. Población:

La población bajo estudio estuvo constituida por las **N = 1,320** niños de 1 a 4 años atendidos en el Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Materno Infantil San Genaro, del Distrito de Chorrillos, Provincia y Departamento de Lima, año 2016. La fuente de información fue proporcionada por la Oficina de Estadística.

3.3.2 Criterios de selección:

Criterio de Inclusión:

- Ingresaron al estudio los niños de 1 a 4 años, que en compañía de sus madres fueron atendidos en el Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Materno Infantil San Genaro, Distrito de Chorrillos, Provincia y Departamento de Lima, 2016.
- Ingresaron los niños de 1 a 4 años cuyas Madres dieron su consentimiento informado para el estudio, año 2016.

Criterio de Exclusión:

- No ingresaron los niños de 1 a 4 años de edad, que fueron acompañados por familiares o tutores para su atención en el Consultorio de Crecimiento y Desarrollo, en el momento del estudio.
- No ingresaron los niños con dolencia o enfermedad aguda, crónica.

- Niños con enfermedades neurológicas, psiquiátricas.

3.3.3 Cálculo de la muestra:

La muestra se obtuvo mediante el Muestreo Probabilístico Aleatorio Simple (m.a.s.) por proporciones, con una confiabilidad de 95% y con un error muestral de 5%, quedando conformado por 108 niños de 1 a 4 años de edad, que acudieron con sus madres, al Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Materno Infantil San Genaro, Distrito de Chorrillos, Provincia y Departamento de Lima, 2016.

- **Selección o muestreo:**

Formula del tamaño de la muestra por Proporciones, para población finita.

$$n = \frac{N(Z)^2 p \cdot q}{(d)^2 (N - 1) + (Z)^2 p \cdot q}$$

$$n = \frac{1,320 (1.96)^2 (0.5) (0.5)}{(0.09)^2 (1320-1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)} = 108$$

$$(0.09)^2 (1320-1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)$$

Dónde:

n: es el tamaño de la muestra

Z: es el nivel de confianza: 1.96

p: Es la variabilidad positiva: 50%

q: Es la variabilidad negativa: 50%

N: Es el tamaño de la población

d: Es la precisión o error: 9%

3.4 Instrumentos de Recolección de Datos

Para la recopilación de datos en el presente trabajo de investigación, fue necesaria la aplicación de un cuestionario para evaluar la conducta alimentaria de los niños de 1 a 4 años y una ficha para recopilar datos antropométricos:

3.4.1 Cuestionario “Características de la conducta alimentaria del niño de 1 a 4 años”

A. Instrumento: Cuestionario “Características de la conducta alimentaria del niño de 1 a 4 años”

Para recolectar la información en el presente trabajo de Investigación, se tomó como referencia el Instrumento **“Cuestionario de conducta alimentaria infantil (Child Eating Behavior Questionnaire, CEBQ)”**, el cual consta de **35 Items**, con el fin de evaluar sobrepeso, obesidad y trastornos nutricionales.

El instrumento: tiene una aplicación específica de Medir la conducta alimentaria del niño por informe de los progenitores.

Autor: Wardle J. Publicado en el año 2001.

De los 35 Itmes del instrumento original, fue necesario su adaptación y reformulación, quedando un total de 20 Itms o preguntas, de acuerdo a los objetivos de Investigación, y a la población bajo estudio de 1 a 4 años.

Se recolectó la información a través de las madres de los niños y niñas que cumplieron los criterios de selección del estudio. La información se registró en el cuestionario de recolección de datos durante 2 meses aproximadamente.

B. Descripción del Cuestionario: “Características de la conducta alimentaria del niño de 1 a 4 años”:

El test está compuesto de 20 preguntas con 5 alternativas cada una, según escala Liker.

Durante la atención del niño o niña en el Consultorio de Crecimiento y Desarrollo, la madre entrevistada eligió una respuesta por cada pregunta, sobre la conducta alimentaria de su niño o niña de 1 a 4 años de edad.

| | | | | |
|-------|----------|---------|----------------|---------|
| Nunca | Rara Vez | A veces | Frecuentemente | Siempre |
|-------|----------|---------|----------------|---------|

C. Criterios de Evaluación del Instrumento: El instrumento “Características de la conducta alimentaria del niño de 1 a 4 años” es un cuestionario con 20 ítems; los resultados de las conductas se analizaron mediante la frecuencia de las respuestas, en un rango que va de 1 (nunca) a 5 (siempre) construidos con escala tipo Likert. El puntaje de la escala así considerada oscila entre 20 y 100 puntos.

Los puntajes más altos (4 y 5 por ítem) se consideran conductas favorables a una alimentación saludable y los puntajes 1, 2 y 3 como

indicadores de conductas de desfavorables. Las conductas alimentarias, se recogieron como variable ordinal.

clasificación de la Conducta Alimentaria se realizó en base al puntaje obtenido de la sumatoria de todos los ítems del cuestionario

| | |
|---------------------------------|----------------|
| Conducta Alimentaria Inadecuada | 20 - 60 puntos |
| Conducta Alimentaria Adecuada | > 60 puntos |

D. Confiabilidad del instrumento: “Características de la conducta alimentaria del niño de 1 a 4 años”

Para determinar el grado de confiabilidad del instrumento de medición del tema de investigación que estamos tratando haremos uso del Coeficiente Alfa de Cronbach, cuya fórmula es:

$$\alpha = \frac{K}{(K - 1)} \left[1 - \frac{\sum s_i^2}{s_T^2} \right]$$

Nivel de Confiabilidad

- 0,80 a 1,00 Elevada
- 0,60 a 0,79 Aceptable
- 0,40 a 0,59 Moderada
- 0,20 a 0,39 Baja
- 0,00 a 0,19 Muy baja

Donde:

K : Es el número total de ítems

$\sum s_i^2$: Sumatoria de las varianzas de los ítems

s_T^2 : Varianza de la suma de ítems

Para obtener la confiabilidad del instrumento, se aplicó una prueba piloto que estuvo conformada por 30 encuestas y haciendo uso del Software Estadístico SPSS Vs 22.0 se determinaron los Coeficientes Alfa de Crombach a partir de la Matriz de correlaciones de los ítems correspondiente a los indicadores para la

medición de las **“Características de la Conducta Alimentaria de los niños de 1 a 4 años que acuden al consultorio de Crecimiento y Desarrollo en el Centro De Salud Materno Infantil San Genaro de Chorrillos, 2016”**.

Observación:

Para que un instrumento de medición de un indicador o variable tenga una confiabilidad aceptable, el coeficiente Coeficiente Alfa de Cronbach debe ser mayor que **0.600**

Coeficientes Alfa de Cronbach del instrumento:

“Características de la Conducta alimentaria de los niños de 1 a 4 años en el centro de salud de chorrillos, 2016”

| Items | Coeficiente Alfa de Cronbach: α |
|---|--|
| 1. Su hijo(a) muestra interés en los alimentos | 0,863 |
| 2. Su hijo(a) come 3 o más comidas en el día | 0,848 |
| 3. Su hijo(a) disfruta y saborea la comida | 0,803 |
| 4. Su hijo(a) come nuevos alimentos que le doy por primera vez | 0,876 |
| 5. Su hijo(a) come un número ilimitado de alimentos (todos los alimentos que le doy) | 0,890 |
| 6. Su hijo (a termina la comida que le ofrezco | 0,805 |
| 7. Su hijo(a) come sus alimentos sin distraerse | 0,892 |
| 8. Su hijo(a) muestra interés en comer sus alimentos cada vez que le ofrece | 0,863 |
| 9. Su hijo(a) demora más de 30 a 40 minutos en terminar su comida | 0,803 |
| 10. Su hijo(a) come más de 15 alimentos | 0,821 |
| 11. Su hijo(a) acepta alimentos preparados de diferentes maneras | 0,809 |
| 12. Su hijo(a) acepta comer alimentos de diferente sabor, olor, aspecto o textura | 0,837 |
| 13. Su hijo(a) es fácil de complacer con las diversas comidas que le preparo | 0,814 |
| 14. Su hijo(a) se alegra cuando ve alimentos o utensilios para comer | 0,809 |
| 15. Su hijo(a) acepta comer la comida que le ofrece | 0,876 |
| 16. Su hijo(a) acepta comer después de una mala experiencia con la comida: como ahogo, vomito | 0,890 |
| 17. Su hijo(a) manifiesta su deseo de comer | 0,805 |
| 18. Su hijo se interesa en probar comidas que antes no probó | 0,892 |
| 19. Su hijo espera la hora de comer | 0,863 |
| 20. Su hijo no desea repetir las porciones de comida que le da. | 0,803 |

| | |
|--|-------|
| Total Items- Alfa Alfa de Cronbach: α | 0,867 |
|--|-------|

Fuente: Piloto de Instrumento” Características de la Conducta alimentaria”

Elaboración: Procesado con SPSS Vs.22

Conclusión: Observamos que en la Tabla adjunta se puede apreciar que los coeficientes Alfa de Cronbach correspondientes a cada una de los Items son mayores a **0.80**, por lo cual concluimos que la confiabilidad del instrumento de medición es **Elevada**.

E. Prueba Binomial: “Conducta Alimentaria de los niños de 1 a 4 años, en el Centro de Salud de Chorrillos, 2016

$$p(x) = \binom{n}{x} p^x q^{n-x} \quad x = 0, 1, 2, \dots, n$$

| Ítems | 1Jz | 2 Jz | 3 Jz | 4 Jz | 5 Jz | p |
|-------|-----|------|------|------|------------|-------|
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.000 |
| 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.000 |
| 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.000 |
| 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.000 |
| 5 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0.328 |
| 6 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.000 |
| 7 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.000 |
| 8 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0.008 |
| 9 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.000 |
| 10 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.000 |
| 11 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.000 |
| 12 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.000 |
| 13 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0.007 |
| 14 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.000 |
| 15 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.000 |
| 16 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.000 |
| 17 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.000 |
| 18 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.000 |
| 19 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.000 |
| 20 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.000 |
| | | | | | $\sum p_i$ | 0.343 |

Se ha considerado:

0: Si la respuesta es negativa

1: Si la respuesta es positiva

n: 5 expertos

$$\bar{p} = \frac{\sum_{i=1}^n p_i}{n} = \frac{0.343}{20} = 0,01715$$

$$\bar{P} = 0.01715 (< 0.05)$$

Si $\bar{P} < 0.05$, el grado de concordancia es significativo y el instrumento es válido según la prueba binomial aplicada. Por lo cual de acuerdo al resultado obtenido por cada juez existe concordancia en 19 ítems y el valor final de la validación es de, por lo cual si existe concordancia entre los expertos tomando en cuenta todos los ítems.

3.4.2 “Ficha Antropométrica del niño de 1 a 4 años”

A. Instrumento: Ficha: “Ficha Antropométrica del niño de 1 a 4 años”

Para registro de las mediciones antropométricas de los de niños de 1 a 4 años. El investigador del presente trabajo de investigación, procedió a la medición de los indicadores de Peso y Talla.

3.4.3 Tabla de Valoración Nutricional Antropométrica en niñas y niños menores de 5 años, según parámetros Peso para la Edad, Peso para la Talla y Talla para Edad. Fuente: OMS año 2006:

Para clasificar el estado nutricional, el investigador del presente trabajo de investigación, hizo uso de la Tabla de Valoración Nutricional Antropométrica en niños o niñas menores de 5 años, durante la consulta en el Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Materno Infantil San Genaro de Chorrillos, 2016.

Cabe indicar que los valores de referencia para la valoración de peso y talla, difieren en el niño y niña, mas no así la clasificación antropométrica del estado nutricional.

Tabla de Valoración Nutricional Antropométrica en niñas y niños menores de 5 años, según parámetros Peso para la Edad, Peso para la Talla y Talla para Edad. Fuente: OMS año 2006:

PESO PARA EL EDAD

| PESO | CLASIFICACION |
|--|---------------|
| Menor al peso correspondiente a -2DE | Desnutrido |
| Está entre los valores de peso de -2DE y 2DE | Normal |
| Mayor al peso correspondiente a 2DE | Sobrepeso |

Fuente: OMS 2006

TALLA PARA EL EDAD

| PESO | CLASIFICACION |
|---|-------------------|
| Menor a la talla correspondiente a -3DE | Talla baja severa |
| Mayor igual a la talla correspondiente a -3DE | Talla baja |
| Esta entre los valores de Talla de -2DE y 2DE | Normal |
| Mayor a la Talla correspondiente a 2DE | Talla alta |

Fuente: OMS 2006

PESO PARA LA TALLA

| PESO | CLASIFICACION |
|--|-------------------|
| menor al peso correspondiente a -3DE | Desnutrido Severo |
| Mayor igual al peso correspondiente a -3DE | Desnutrido |
| Esta entre los valores de Peso de -2DE y 2DE | Normal |
| Menor igual al peso correspondiente a 3DE | Sobrepeso |
| Mayor al peso correspondiente a 3DE | Obesidad |

Fuente: OMS 2006

3.5 Técnicas de recojo, procesamiento y presentación de datos:

3.5.1 Técnicas de recojo

Los datos serán obtenidos mediante la aplicación de dos escalas: una escala, permitirá **conocer las características de la conducta alimentaria** del niño de 1 a 4 años, y la otra escala permitirá **conocer el estado nutricional** en base a la Tabla de valoración Nutricional Antropométrica para el niño y niña menor de 5 años, realizado en el Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Materno Infantil San Genaro de Chorrillos, , Provincia y Departamento de Lima, 2016.

Se realizó a nivel de la dirección los trámites correspondientes para la autorización del trabajo de investigación en el Centro de Salud Materno San Genaro de Chorrillos.

Una vez obtenido la autorización correspondiente se coordinó con la jefa de enfermeras del Centro de Salud para las facilidades del caso.

Se seleccionó entre todos los niños al grupo de estudio teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, utilizando el muestreo aleatorio simple. Una vez obtenido el consentimiento informado se procedió a aplicar la **encuesta utilizando el cuestionario** de conducta alimentaria a la madre.

Posteriormente el investigador del presente trabajo de investigación realizó la medición de peso y talla del niño y niña.

Medición del peso:

1.- Se usó balanza de palanca o pediátrica (peso máximo hasta 20 kg)

Se pidió a la madre que colabore quitando toda la ropa al niño. Si la madre no deseaba desnudarlo, se dejaba al niño con ropa ligera (camisita y calzón o pañal delgado), se colocó al niño en el centro del platillo, cuidando que no quede parte del cuerpo fuera, ni esté apoyado en alguna parte

2.- Se usó báscula de plataforma.

Se pidió a la madre que solicite al niño que se quite los zapatos y se quede con la ropa interior, cubierto con una bata de tela muy liviana, se ubique al niño(a) en el centro de la plataforma de la balanza con los brazos extendidos a lo largo del cuerpo y que permanezca quieta y erguida, hasta que los números que aparecen en la pantalla estén fijos y no cambien.

Medición de la Longitud en Niños menores de 2 años

Se usó el Infantómetro, para lo cual, en posición horizontal, el niño estuvo acostado, de cúbito dorsal sobre el centro del Tallímetro, se leyó tres veces la medida acercando y alejando el tope móvil aproximándolo al 0,1 cm inmediato inferior, el promedio de las tres medidas se registró como dato.

Medición de la talla en Niños mayores de 2 años

Se usó el Tallímetro: se solicitó a la madre que le quite los zapatos al niño, y retire cualquier adorno del pelo que pudiera estorbar la medición de la talla, asegurándose de que las piernas del niño estén rectas y pegadas al Tallímetro.

Una vez realizado la medición del peso y talla se procedió a clasificar el estado nutricional del niño en base a las Tablas de Valoración Nutricional Antropométrica. Realizando a todas las madres de los niños y niñas la consejería correspondiente de acuerdo al caso

3.5.2 Procesamiento y presentación de datos:

Para la sistematización de los datos se utilizó el software estadístico SPSS Vs 22.0 que nos permitió codificar y etiquetar las variables cualitativas y cuantitativas, para su posterior procesamiento.

Estadísticas Descriptivas:

Se procesó tablas y/o gráficos de una entrada y doble entrada de las características del niño respecto a su género, edad, peso, talla y estado nutricional.

Así mismo Estadísticas descriptivas de medida de tendencia central y dispersión del peso y talla de los niños.

Estadísticas Inferenciales: Prueba Estadística Chi Cuadrado de Pearson.

Según Objetivos de Investigación se aplicó el test estadístico Chi Cuadrado de Pearson, para probar o docimar la independencia o relación entre parejas de variables cualitativas. Así mismo se realizó la prueba de contingencia para comprobar la relación de las mismas.

Si el Sig de la Prueba Chi cuadrado es menor del $P\text{-value}=0.05$, entonces rechazara la hipótesis nula y aceptaremos la hipótesis alterna en la que las variables guardan relación entre sí, a un nivel de confianza del 95% y nivel de significancia del 5%.

Se probará la relación de la variable Conducta alimentaria con las variables de: Peso para la talla, peso para la edad y talla para la edad.

Para las corridas y/o salidas se hará uso del SPSS Vs 22.0 y para su presentación y edición el Office 2016.

CAPÍTULO IV

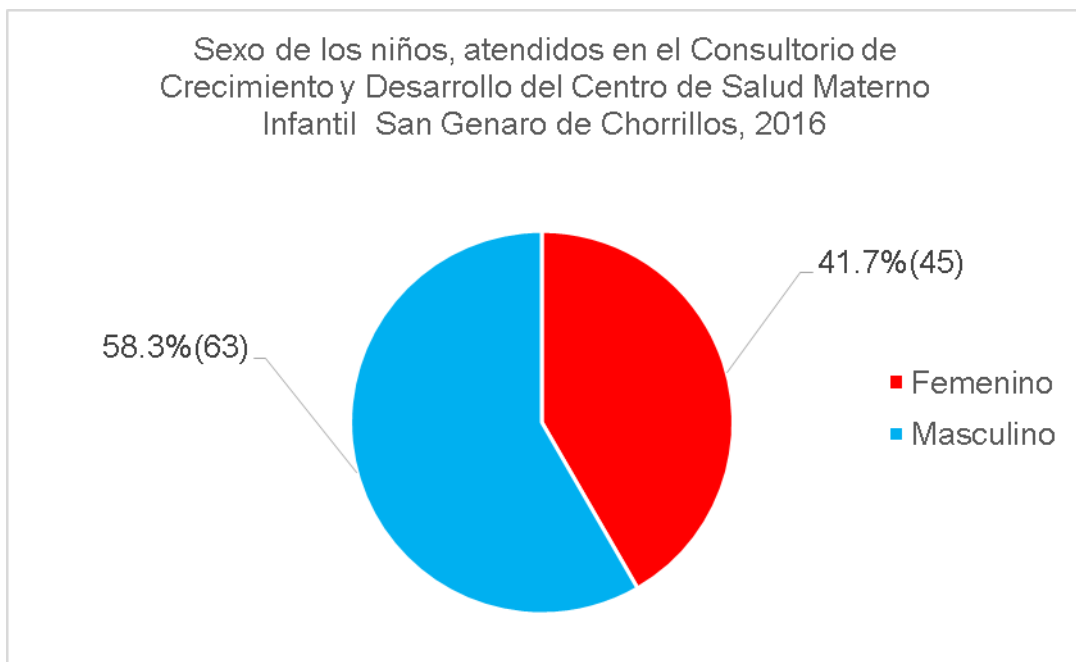
RESULTADOS

IV.- RESULTADOS

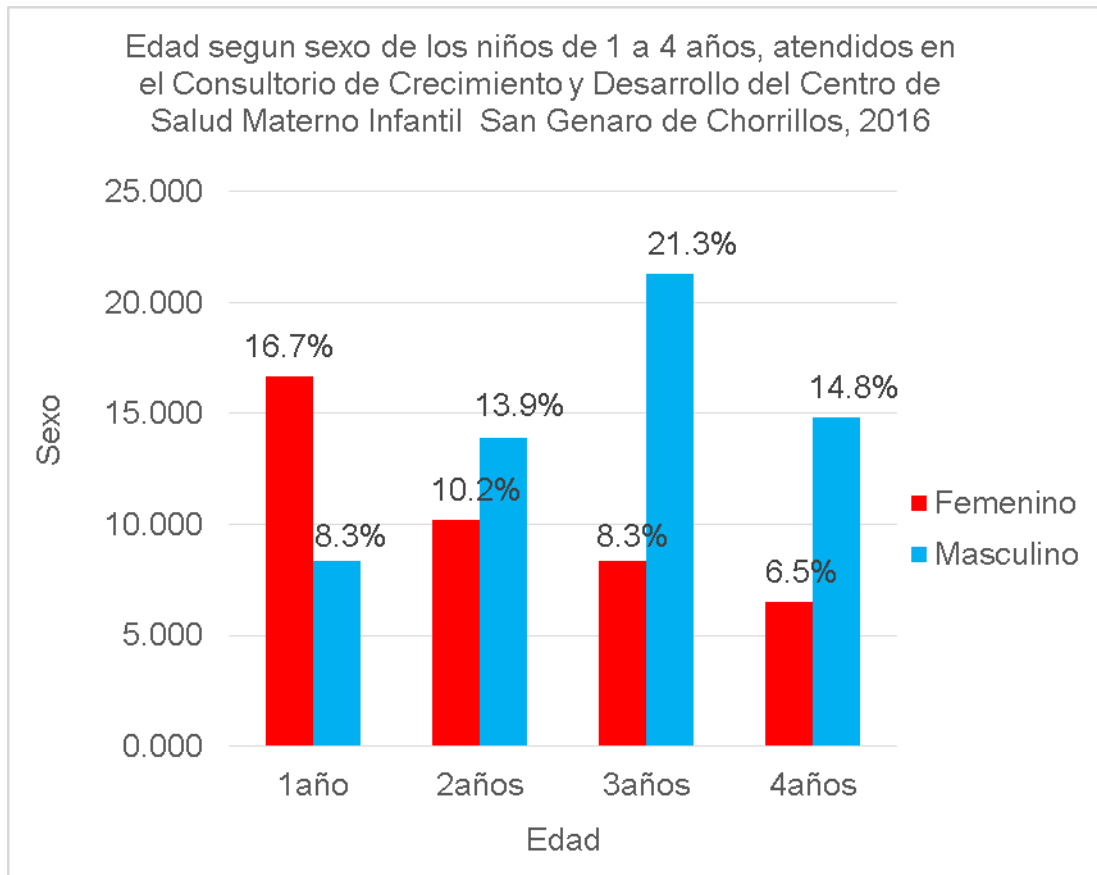
A.-ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS RESULTADOS

A continuación, en primera instancia, mostramos resultados descriptivos del estudio, partiendo de una muestra representativa probabilística de $n = 108$ pacientes de 1 a 4 años de edad, atendidos en el Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro del Centro de Salud Materno Infantil, San Genaro de Chorrillos, durante el año 2016.

Gráfico N°1



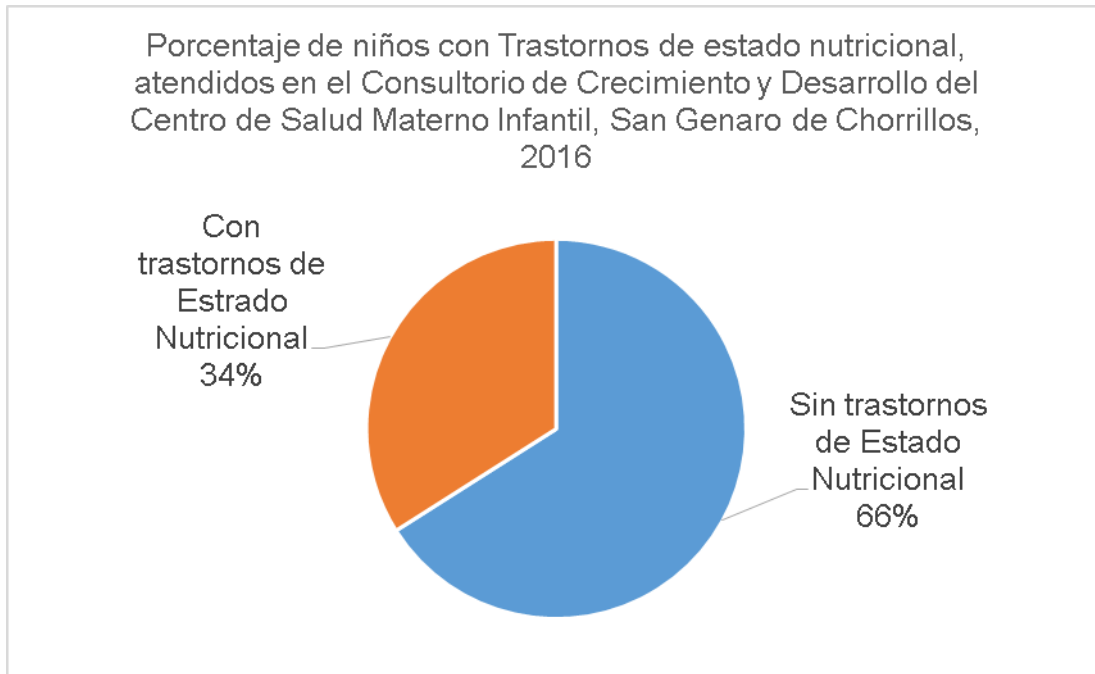
Fuente: Encuesta " Características de la Conducta alimentaria"

Gráfico N°2

Fuente: Encuesta " Características de la Conducta alimentaria"

Del gráfico N°1 y N°2 se observa que del 100% de pacientes atendidos, el 58.3% (63) pertenece al sexo masculino y el 41.7% (45) al sexo femenino. El mayor número de pacientes se registró en el grupo de 3 años (29.6%), seguida del grupo de 1 año (25%).

Del total de casos del sexo masculino (58.3% = 63), el mayor número de atendidos se registró en el grupo de 3 años (21.3%). De manera análoga del total de casos del sexo femenino (41.7% = 45) el mayor número se registró en el grupo de 1 año de edad (16.7%)

Gráfico N°3

Fuente: Ficha de medición antropométrica.

Del gráfico N°3 se observa que el 34% presentan algún tipo de trastorno nutricional según parámetros establecidos de Peso para edad, Peso para Talla y Talla para edad.

Tabla N°1

Estado nutricional (*) según parámetros antropométricos en niños de 1 a 4 años de edad, atendidos en el Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Materno Infantil, San Genaro de Chorrillo, 2016.

| Estado Nutricional | | n° | % |
|------------------------|------------|------------|--------------|
| | | 108 | 100.0 |
| Peso para edad | Normal | 88 | 81.5 |
| | Sobrepeso | 20 | 18.5 |
| Peso para Talla | Normal | 78 | 72.2 |
| | Obesidad | 10 | 9.3 |
| | Sobrepeso | 20 | 18.5 |
| Talla para edad | Alto | 19 | 17.6 |
| | Normal | 83 | 76.9 |
| | Talla baja | 6 | 5.6 |

(*): El diagnóstico de estado nutricional se realizó, tomando en cuenta la Tabla de Valoración Nutricional para menores de 5 años, de la Organización mundial de la Salud (OMS), año 2006.

Fuente: Ficha de medición antropométrica.

De la tabla N°1, se observa que, al evaluar los parámetros nutricionales de Peso para edad, Peso para talla y Talla para edad, en los niños de 1 a 4 años; el mayor trastorno nutricional se registró en la evaluación del **parámetro nutricional Peso para Talla** con un **27.8% de casos de sobrepeso (18.5%) y obesidad (9.3%)**.

Por otro lado, durante la evaluación del **parámetro nutricional Peso para Edad** se identificó un **18.5% de los niños con trastorno nutricional de sobrepeso**, confirmándose este resultado con la evaluación del parámetro Peso para Talla. Así mismo se identificó que el **5.6% de niños** presentaron problema de talla baja, según el **parámetro nutricional Talla para Edad**.

Tabla N°2

Estado Nutricional según Peso para Edad y Peso para Talla en Niños de 1 a 4 años que presentan -Talla baja, atendidos en el Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Materno Infantil, San Genaro de Chorrillos, 2016.

| Parámetros Antropométricos | | |
|-----------------------------------|------------|------------|
| Individuo | P/E | P/T |
| Individuo 1 | Normal | Normal |
| Individuo 2 | Normal | Normal |
| Individuo 3 | Normal | Obesidad |
| Individuo 4 | Normal | Obesidad |
| Individuo 5 | Normal | Sobrepeso |
| Individuo 6 | Normal | Sobrepeso |

(*): Tablas de valoración nutricional para menores de 5 años OMS 2006.

Fuente: Ficha de control de medición antropométrica.

En la Tabla N° 2, se registra 6 casos con Talla baja, que representa el 6% del total de la población en estudio (n= 108).

De los 6 niños con talla baja, 4 presentan trastornos de obesidad o sobrepeso, lo que agrava aún más su estado de salud actual y a futuro.

Tabla N°3

Estado nutricional (*) por edad, según parámetros antropométricos en niños de 1 a 4 años de edad, atendidos en el Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Materno Infantil, San Genaro de Chorrillos, 2016.

| Peso para edad | | | | | | |
|----------------|-----------|--------------|-----------|--------------|------------|--------------|
| Edad en años | Normal | % | Sobrepeso | % | Total | % |
| 1 año | 18 | 20.5 | 9 | 45.00 | 27 | 25.0 |
| 2 años | 21 | 23.9 | 5 | 25.00 | 26 | 24.1 |
| 3 años | 27 | 30.7 | 5 | 25.00 | 32 | 29.6 |
| 4 años | 22 | 25.0 | 1 | 5.00 | 23 | 21.3 |
| Total | 88 | 100.0 | 20 | 100.0 | 108 | 100.0 |

| Peso para talla | | | | | | | | |
|-----------------|-----------|--------------|-----------|------------|-----------|--------------|------------|--------------|
| Edad en años | Normal | % | Obesidad | % | Sobrepeso | % | Total | % |
| 1 año | 21 | 26.9 | 1 | 10.0 | 5 | 25.0 | 27 | 25.0 |
| 2 años | 19 | 24.4 | 3 | 30.0 | 4 | 20.0 | 26 | 24.1 |
| 3 años | 23 | 29.5 | 2 | 20.0 | 7 | 35.0 | 32 | 29.6 |
| 4 años | 15 | 19.2 | 4 | 40.0 | 4 | 20.0 | 23 | 21.3 |
| Total | 78 | 100.0 | 10 | 100 | 20 | 100.0 | 108 | 100.0 |

| Talla para edad | | | | | | | | |
|-----------------|-----------|--------------|-----------|--------------|------------|------------|------------|--------------|
| Edad en años | Alto | % | Normal | % | Talla baja | % | Total | % |
| 1 año | 14 | 73.7 | 13 | 15.7 | 0 | 0.0 | 27 | 25.0 |
| 2 años | 5 | 26.3 | 18 | 21.7 | 3 | 50.0 | 26 | 24.1 |
| 3 años | 0 | 0.0 | 32 | 38.6 | 0 | 0.0 | 32 | 29.6 |
| 4 años | 0 | 0.0 | 20 | 24.1 | 3 | 50.0 | 23 | 21.3 |
| Total | 19 | 100.0 | 83 | 100.0 | 6 | 100 | 108 | 100.0 |

(*): Tablas de valoración nutricional para menores de 5 años, OMS 2006

Fuente: Ficha de medición antropométrica.

En la Tabla N° 3, se observa que según la evaluación de **parámetro antropométrico PESO para EDAD**, se registró un mayor número de casos de sobrepeso al año de edad con 45%, y en menor proporción en porcentaje de 25 % en las edades de 2 años y 3 años respectivamente, y seguido del 5% en la edad de 4 años.

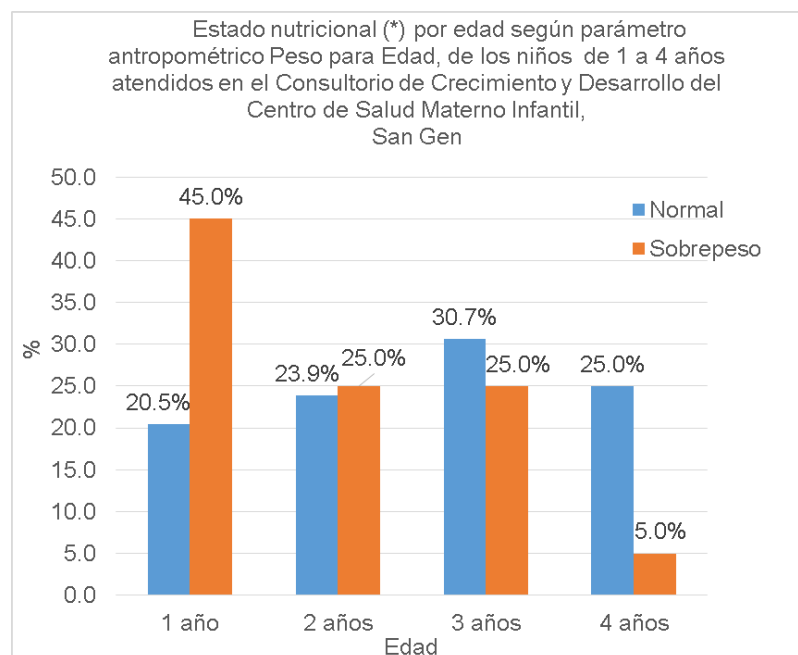
Es importante recalcar que estos resultados resultan preliminares para un diagnóstico definitivo del estado nutricional del niño, dado que solo se considera el peso como indicador.

Como resultado de la evaluación con el parámetro antropométrico **PESO para TALLA**, en esta misma muestra se encontró casos de **obesidad** desde muy temprana edad. Identificándose el 10% en niños de 1 año, 30% en la edad de 2 años y en un mayor porcentaje en los niños de 4 años, con un 40%.

De acuerdo a la evaluación según parámetro antropométrico **TALLA para EDAD**; **del total de casos con talla baja** el 50% tienen 2 años y el otro 50% 4 años respectivamente.

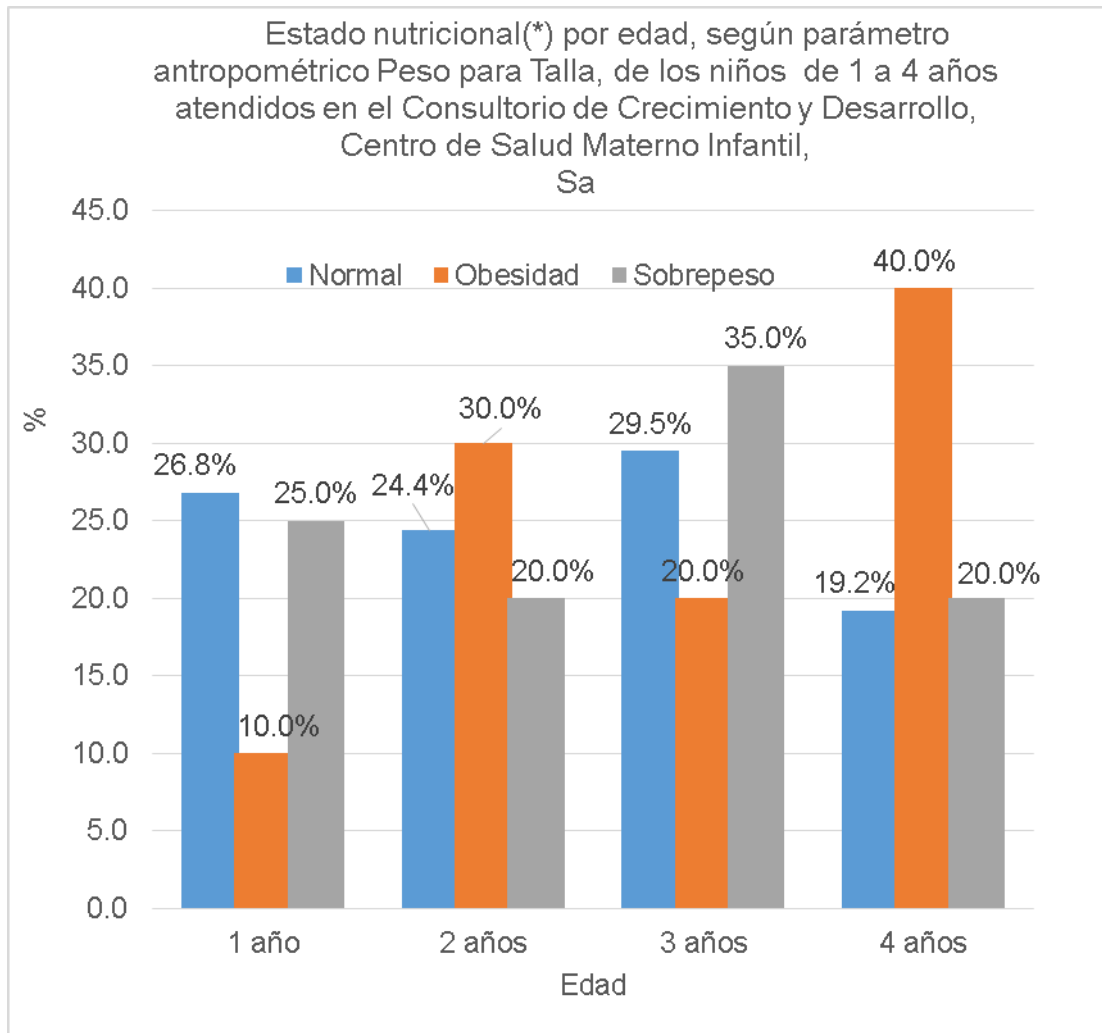
Podemos concluir que el promedio de obesidad o sobrepeso es de 34% en todas las edades.

Gráfico N°4



(*): Tablas de valoración nutricional para menores de 5 años de la OMS, 2006.
Fuente: Ficha de control de medición antropométrica.

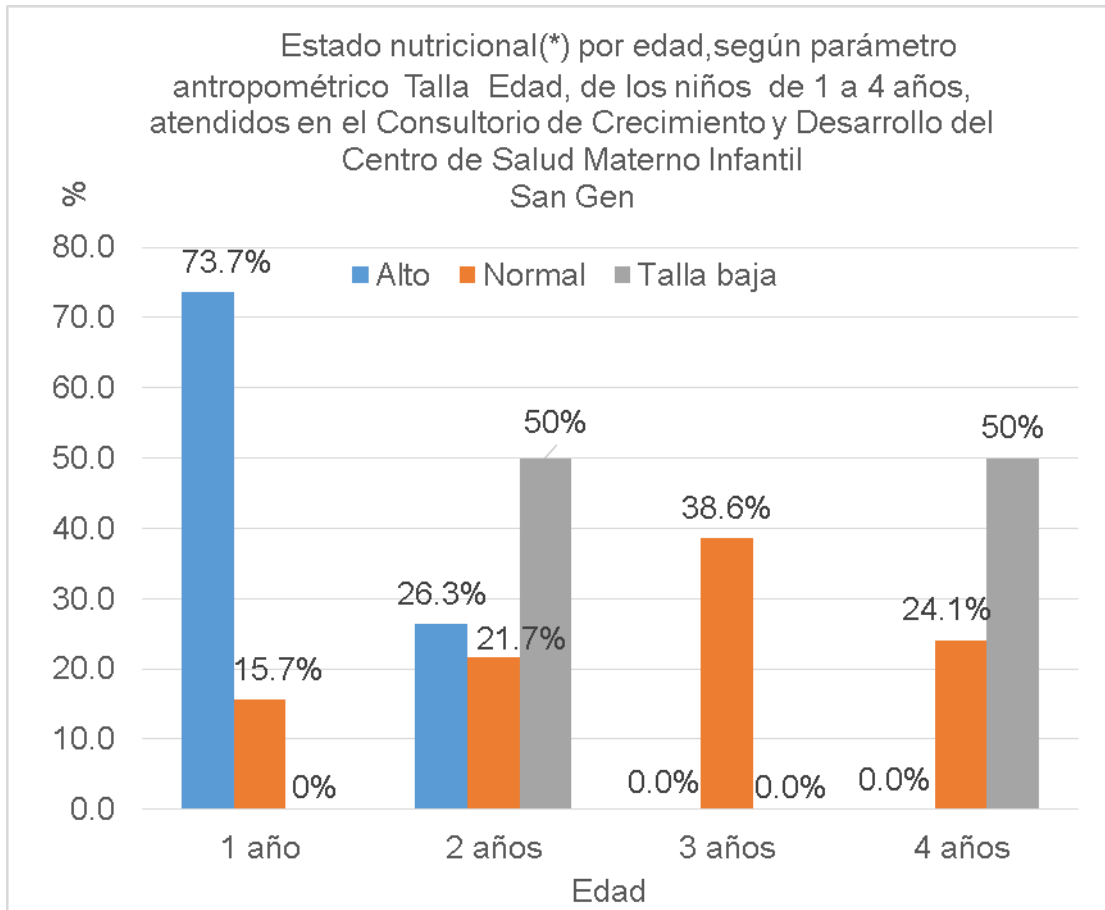
Gráfico N°5



(*): Tablas de valoración nutricional para menores de 5 años de la OMS 2006.

Fuente: Ficha de medición antropométrica.

Gráfico N°6



(*): Tablas de valoración nutricional para menores de 5 años OMS 2006.

Fuente: Ficha de control de medición antropométrica.

Tabla N°4

Estado nutricional (*), por **parámetro antropométrico Peso Talla** según género, de los niños de 1 a 4 años, atendidos en el Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Materno Infantil, San Genaro de Chorrillos, 2016.

| Estado Nutricional (Peso para Talla) | Niño | Niña |
|---|-----------------|-----------------|
| Total | 100%(63) | 100%(45) |
| Normal | 74.6 | 77.8 |
| Obesidad | 14.3 | 2.2 |
| Sobrepeso | 11.1 | 20.0 |

(*): Tablas de valoración nutricional para menores de 5 años OMS 2006.
Fuente: Ficha de control de medición antropométrica

En la tabla N°4 se observa que, al evaluar el estado nutricional de Peso para Talla según sexo, el 20% de las niñas presenta sobrepeso y un 2.2% obesidad. En cambio, en el grupo de los niños solo el 11.1% presenta trastornó de sobrepeso y el 14.3% obesidad.

En términos generales, los niños presentan mayor trastorno nutricional según evaluación Peso para Talla, con el 25.4% comparado con las niñas con un 22.2%. Siendo importante resaltar que los niños presentan mayor riesgo de desarrollar obesidad (14.3%) en relación con las niñas (2.2%); y las niñas a su vez presentan mayor riesgo de desarrollar sobrepeso (20.0%) en relación con los niños (11.1%).

Tabla N°5

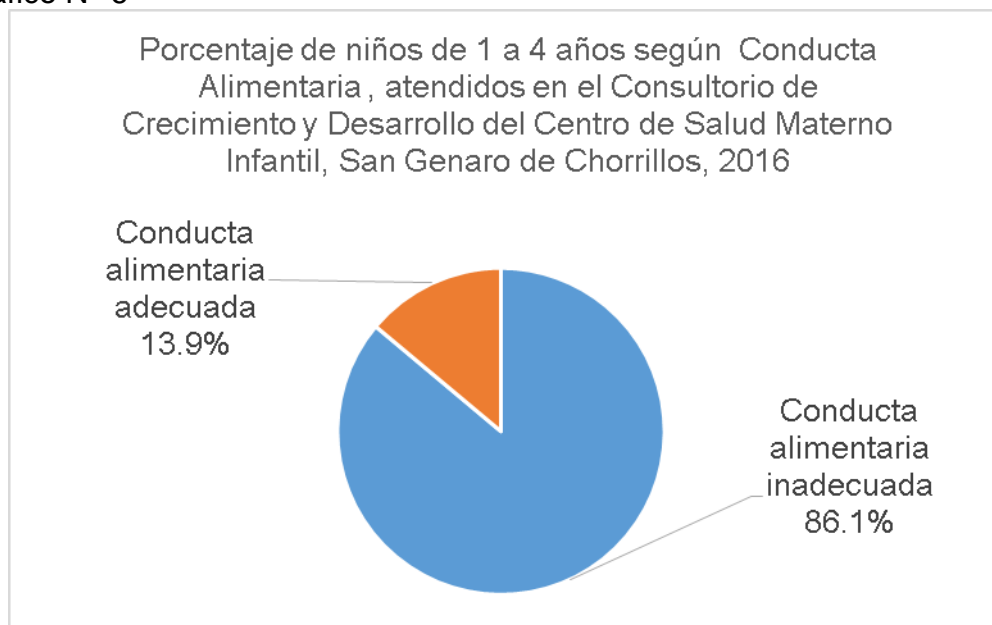
Estado nutricional (*), según **parámetro antropométrico Talla Edad**, de los niños de 1 a 4 años, atendidos en el Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Materno Infantil, San Genaro de Corrillos, 2016.

| Estado Nutricional (Talla para Edad) | Niño | Niña |
|---|---------------|---------------|
| Total | % (63) | % (45) |
| Alto | 12.7 | 24.4 |
| Normal | 81.0 | 71.1 |
| Talla baja | 6.3 | 4.4 |
| Total | 100.0 | 100.0 |

(*): Tablas de valoración nutricional para menores de 5 años OMS 2006.
Fuente: Ficha de control de medición antropométrica.

En la Tabla N°5 se observa que al evaluar el estado nutricional según el parámetro antropométrico de Talla para Edad, se registró un mayor número de casos **de talla baja en los niños, con el 6.3% (4)** a diferencia de **las niñas en que se registró el 4.4%(2)**.

Gráfico N° 6



Fuente: Encuesta Características de la Conducta alimentaria

Según el Gráfico N°6, el 86.1% de los niños presentan una conducta alimentaria inadecuada es decir de cada 5 niños, 4 presenta conducta alimentaria inadecuada y el 13.9% una conducta alimentaria adecuada

Tabla N°6

Conducta Alimentaria según Edad, de los niños de 1 a 4 años, atendidos en el Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Materno Infantil San Genaro de Chorrillos, 2016

| Edad en años | Conducta alimentaria | | Total | |
|---------------------|-----------------------------|-------------------|--------------|--------------|
| | Adecuada | Inadecuada | | |
| 1 Año | Casos | 2 | 25 | 27 |
| | % Col | 13.3 | 26.9 | 25.0 |
| 2 Años | Casos | 2 | 24 | 26 |
| | % Col | 13.3 | 25.8 | 24.1 |
| 3 Años | Casos | 5 | 27 | 32 |
| | % Col | 33.3 | 29.0 | 29.6 |
| 4 Años | Casos | 6 | 17 | 23 |
| | % Col | 40.0 | 18.3 | 21.3 |
| Total | Casos | 15 | 93 | 108 |
| | % Col | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

Fuente: Encuesta " Características de la Conducta alimentaria"

Tabla N°7

Conducta Alimentaria según Edad, de los niños de 1 a 4 años, atendidos en el Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Materno Infantil San Genaro de Chorrillos, 2016

| Edad en años | Conducta alimentaria | | Total | |
|---------------------|-----------------------------|-------------------|--------------|--------------|
| | Adecuada | Inadecuada | | |
| 1 Año | Casos | 2 | 25 | 27 |
| | % Fila | 7.4 | 92.5 | 100.0 |
| 2 Años | Casos | 2 | 24 | 26 |
| | % Fila | 7.6 | 92.3 | 100.0 |
| 3 Años | Casos | 5 | 27 | 32 |
| | % Fila | 15.6 | 84.3 | 100.0 |
| 4 Años | Casos | 6 | 17 | 23 |
| | % Fila | 26.0 | 73.9 | 100.0 |
| Total | Casos | 15 | 93 | 108 |
| | % Fila | 13.8 | 86.1 | 100.0 |

Fuente: Encuesta " Características de la Conducta alimentaria"

De la tabla N°6 y N°7, se observa que, del total de niños, el 86.1% presenta conducta alimentaria inadecuada y el 13.8% conducta alimentaria adecuada. En los 3 primeros años de edad el promedio de niños con conducta alimentaria inadecuada es de 27.2% y solo un 18.3% en la edad de 4 años.

Del total de casos de conducta alimentaria inadecuada, el grupo de 4 años (17 niños), es inferior en un 32% en relación al grupo de 1er año de edad (25 niños), posible causa atribuible a que en la etapa pre escolar el mundo del niño se amplía al igual que las oportunidades de comer fuera del ambiente familiar, exponiéndose a diferentes alimentos, pudiendo influir en la conducta alimentaria del niño, en forma positiva o negativa.

Tabla N°8

Conducta Alimentaria según sexo de los niños de 1 a 4 años, atendidos en el Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Materno Infantil San Genaro de Chorrillos, 2016.

| | | | Sexo | | Total |
|----------------------|------------|--------|----------|-----------|-------|
| | | | Femenino | Masculino | |
| Conducta alimentaria | Adecuada | Casos | 3 | 12 | 15 |
| | | % Fila | 20.0 | 80.0 | 100.0 |
| | Inadecuada | Casos | 42 | 51 | 93 |
| | | % Fila | 45.1 | 54.8 | 100.0 |
| Total | | Casos | 45 | 63 | 108 |
| | | % Fila | 41.7 | 58.3 | 100.0 |

Fuente: Encuesta "Características de la conducta alimentaria"

En la tabla N°8 se observa que el mayor número de niños con conducta alimentaria inadecuada corresponde al sexo masculino (54.8%).

Tabla N°9

Estado nutricional (Peso para Edad) según Conducta alimentaria, de los niños de 1 a 4 años de edad atendidos en el Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Materno Infantil, San Genaro de Chorrillos, 2016.

| | | Estado Nutricional | | |
|-----------------------------|------------------|---------------------------|------------------|---------------|
| | | Peso para edad | | Total |
| | | Normal | Sobrepeso | |
| Conducta alimentaria | Adecuada Casos | 7 | 8 | 15 |
| | % Columna | 8.0% | 40.0% | 13.9% |
| | Inadecuada Casos | 81 | 12 | 93 |
| | % Columna | 92.0% | 60.0% | 86.1% |
| Total | Casos | 88 | 20 | 108 |
| | % Columna | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

Fuente: Encuesta "Características de la conducta alimentaria"; "Ficha de medición antropométrica".

(): Tablas de valoración nutricional para menores de 5 años OMS 2006.*

En la tabla N°9 se puede observar que, según la encuesta realizada a las madres de familia de los niños de 1 a 4 años de edad atendidos en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo, el 86.1% de los niños tenían conducta alimentaria inadecuada y solo el 13.9% conducta alimentaria adecuada.

Según la evaluación antropométrica **PESO para EDAD**, del 100% de los niños evaluados el 81.4% (88/108) presentó estado nutricional normal y el 18.5% (20/108) presentó Sobrepeso.

Del 100% de los niños con sobrepeso (20), el 60% (12/20) tuvo conducta alimentaria inadecuada y el 40% (8/20) conducta alimentaria adecuada.

Tabla N° 10

Estado nutricional (Peso para Talla) según Conducta alimentaria, de los niños de 1 a 4 años de edad atendidos en el Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Materno Infantil, San Genaro de Chorrillos, 2016.

| | | Estado Nutricional | | | |
|-----------------------------|----------------------------|---------------------------|-----------------|------------------|---------------|
| | | Peso para talla | | | Total |
| | | Normal | Obesidad | Sobrepeso | |
| Conducta alimentaria | <i>Adecuada</i> Casos | 5 | 3 | 7 | 15 |
| | % Columna | 6.1% | 30.0% | 18.8% | 13.9% |
| | <i>Inadecuada</i> Casos | 73 | 7 | 13 | 93 |
| | % Columna | 93.9% | 70.0% | 81.2% | 86.1% |
| Total | Casos | 78 | 10 | 20 | 108 |
| | % Columna | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

Fuente: Encuesta "Características de la conducta alimentaria"; "Ficha de medición antropométrica".

(): Tablas de valoración nutricional para menores de 5 años OMS 2006.*

En la tabla N°10 se puede observar que, según la encuesta realizada a las madres de familia de los niños de 1 a 4 años de edad atendidos en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo, el 86.1% de los niños tenían conducta alimentaria inadecuada y solo el 13.9% conducta alimentaria adecuada.

Según la evaluación antropométrica **PESO para TALLA**, del 100% de los niños evaluados el 72.2% (78/108) presentó estado nutricional normal, el 9.2% (10/108) presentó Obesidad y el 18.6% (20/108) presentó sobrepeso.

Del 100% de los niños con Obesidad, el 70% (7/10) tuvo conducta alimentaria inadecuada, y el 30% conducta alimentaria adecuada. Así mismo del total de niños con Sobrepeso, el 81.2% (13/20) tuvo conducta alimentaria inadecuada, y el 18.8 % conducta alimentaria adecuada.

Tabla N° 11

Estado nutricional (Talla para Edad) según Conducta alimentaria, de los niños de 1 a 4 años de edad atendidos en el Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Materno Infantil, San Genaro de Chorrillos, 2016.

| | | Estado Nutricional | | | |
|-----------------------------|------------------|---------------------------|---------------|-------------------|---------------|
| | | Talla para edad | | | Total |
| | | Alto | Normal | Talla baja | |
| Conducta alimentaria | Adecuada casos | 4 | 9 | 2 | 15 |
| | % Columna | 21.0% | 10.8% | 33.3% | 13.8% |
| | Inadecuada casos | 15 | 74 | 4 | 93 |
| | % Columna | 78.9% | 89.2% | 66.6% | 86.1% |
| Total | Casos | 19 | 83 | 6 | 108 |
| | % Columna | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

Fuente: Encuesta "Características de la conducta alimentaria"; "Ficha de medición antropométrica".

(): Tablas de valoración nutricional para menores de 5 años OMS 2006.*

En la tabla N°11 se puede observar que, según la encuesta realizada a las madres de familia de los niños de 1 a 4 años de edad atendidos en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo, el 86.1% de los niños tenían conducta alimentaria inadecuada y solo el 13.9% conducta alimentaria adecuada.

Según la evaluación antropométrica **TALLA para EDAD**, del 100% de los niños evaluados se identificó que el 17.5% (19/108) presentó Talla alta, el 36.8% (83/108) Talla normal y el 5.5% (6/108) Talla baja.

Del 100% de los niños con Obesidad, el 70% (7/10) tuvo conducta alimentaria inadecuada, y el 30% conducta alimentaria adecuada. Así mismo del total de niños con Sobrepeso, el 81.2% (13/20) tuvo conducta alimentaria inadecuada, y el 18.8 % conducta alimentaria adecuada. Del 100% de los niños con Talla baja, el 66.6%(4/6) tuvo conducta alimentaria inadecuada, y el 33.3%(2/6) conducta alimentaria adecuada.

B.- ESTADÍSTICA INFERENCIAL DE LOS RESULTADOS

Según los objetivos de investigación y las variables en estudio para determinar la relación o dependencia, entre las variables de conducta alimentaria y estado nutricional, a partir de una muestra aleatoria de 108 niños y niñas de 1 a 4 años atendidos en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Materno Infantil San Genaro de Chorrillos, se hizo uso de la prueba estadística no paramétrica **Chi-Cuadrado de Pearson**.

Se evaluó la conducta alimentaria con el estado nutricional en sus diversos parámetros antropométricos de Peso para edad, Peso para la Talla y Talla para la edad respectivamente, con un nivel de Confianza del 95% y significancia de 5%.

Hipótesis de Investigación para los diferentes parámetros antropométricos:

Ho: No existe relación entre la variable Conducta alimentaria y Estado nutricional

H1: Existe relación entre la variable Conducta alimentaria y Estado nutricional

Hipótesis específica 1

H0: No existe relación o dependencia entre la Conducta alimentaria y el estado nutricional según evaluación antropométrica de **Peso par Edad**, de los niños de 1 a 4 años atendidos en el Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Materno Infantil, San Genaro de Chorrillos, 2016.

Ha: Si existe relación o dependencia entre la Conducta alimentaria y el estado nutricional según evaluación antropométrica de **Peso par Edad**, de los niños de 1 a 4 años atendidos en el Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Materno Infantil, San Genaro de Chorrillos, 2016.

Tabla N° 12

Estado nutricional (Peso para Edad) según Conducta alimentaria de los niños de 1 a 4 años de edad atendidos en el Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Materno Infantil

| Conducta alimentaria | | Estado Nutricional | | Total |
|----------------------|-------|--------------------|-----------|--------|
| | | Peso para edad | | |
| | | Normal | Sobrepeso | |
| Adecuada | Casos | 7 | 8 | 15 |
| | % Col | 8.0% | 40.0% | 13.9% |
| Inadecuada | Casos | 81 | 12 | 93 |
| | % Col | 92.0% | 60.0% | 86.1% |
| Total | Casos | 88 | 20 | 108 |
| | % Col | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

Test Chi Cuadrado - Valor = 13.992, gl = 1; Sig = 0.00 < P (value = 0.05)
Coefficiente de Contingencia (C) = 0.538
 $\alpha = 0.05$; $\gamma = 95\%$

San Genaro de Chorrillos, 2016.

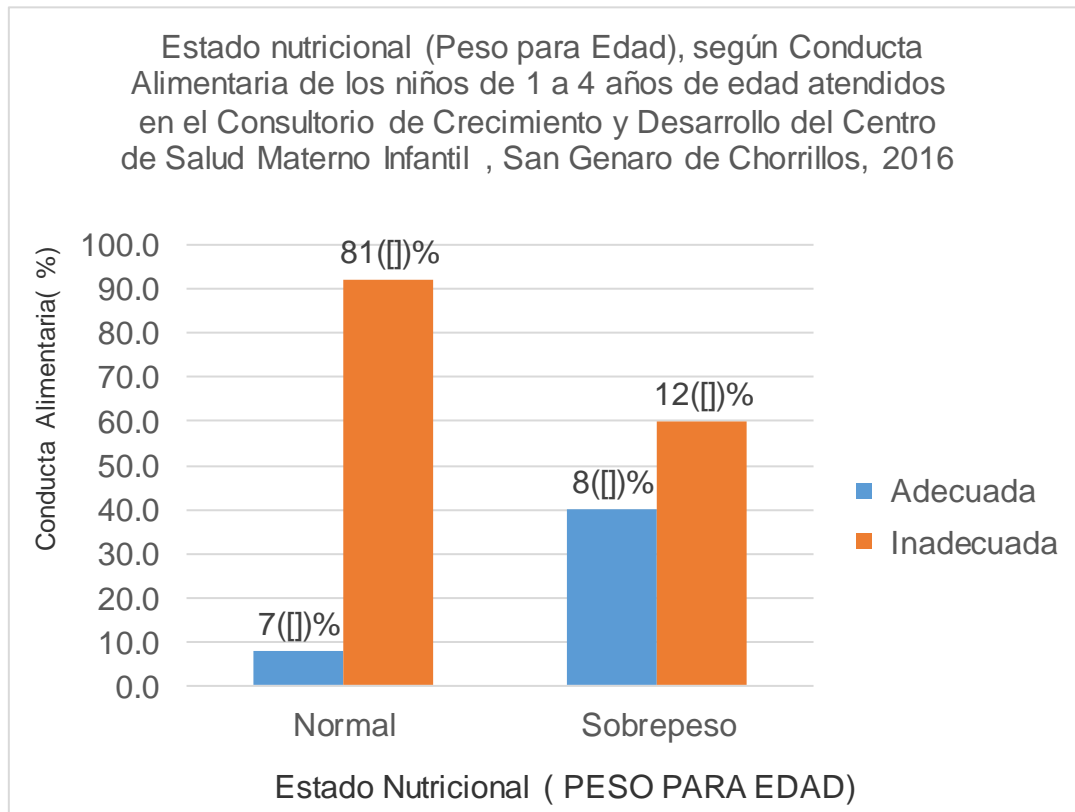
Fuente: Encuesta "Características de la conducta alimentaria"; "Ficha de medición antropométrica (*)".

(*): Tablas de valoración nutricional para menores de 5 años OMS 2006.

Interpretación:

En la tabla N° 12, según el Test Chi – Cuadrado, existe una relación o dependencia entre la Conducta alimentaria y el estado nutricional según el peso para edad, dado que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna, a un nivel de confianza del 95% y un nivel de significancia del 5% con un coeficiente de contingencia $C = 0,538$. Sig = 0.00 < P (value = 0.05)

Gráfico N°7



Fuente: Encuesta "Características de la conducta alimentaria"; "Ficha de medición antropométrica (*)".

(*): Tablas de valoración nutricional para menores de 5 años OMS 2006.

En el gráfico N° 7, según las encuestas realizadas a las madres de familia respecto a la conducta alimentaria observada en sus niños, se registra que del total de niños con sobrepeso el 60%(n=12) tiene conducta alimentaria inadecuada y el 40%(n=8) con conducta alimentaria adecuada.

Hipótesis específica 2

H0: No existe relación o dependencia entre la Conducta alimentaria y el estado nutricional según evaluación antropométrica de **Peso par Talla**, de los niños de 1 a 4 años atendidos en el Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Materno Infantil, San Genaro de Chorrillos, 2016.

Ha: Si existe relación o dependencia entre la Conducta alimentaria y el estado nutricional según evaluación antropométrica de **Peso par Talla**, de los niños de 1 a 4 años atendidos en el Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Materno Infantil, San Genaro de Chorrillos, 2016.

Tabla N° 13

Estado nutricional (**Peso para Talla**) según Conducta alimentaria de los niños de 1 a 4 años de edad atendidos en el Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Materno Infantil, San Genaro de Chorrillos, 2016.

| Conducta alimentaria | | Estado Nutricional | | | Total |
|----------------------|--------------|--------------------|--------------|--------------|--------------|
| | | Peso para Talla | | | |
| | | Normal | Obesidad | Sobrepeso | |
| Adecuada | Casos | 5 | 3 | 7 | 15 |
| | % Col | 6.4 | 30.0 | 35.0 | 13.9 |
| Inadecuada | Casos | 73 | 7 | 13 | 93 |
| | % Col | 93.6 | 70.0 | 65.0 | 86.1 |
| Total | Casos | 78 | 10 | 20 | 108 |
| | % Col | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

Test Chi Cuadrado - Valor = 30,803, gl = 2; Sig = 0.00 < P (value =0.05)

Coefficiente de Contingencia (C) = 0.638

$\alpha = 0.05$; $\gamma = 95\%$

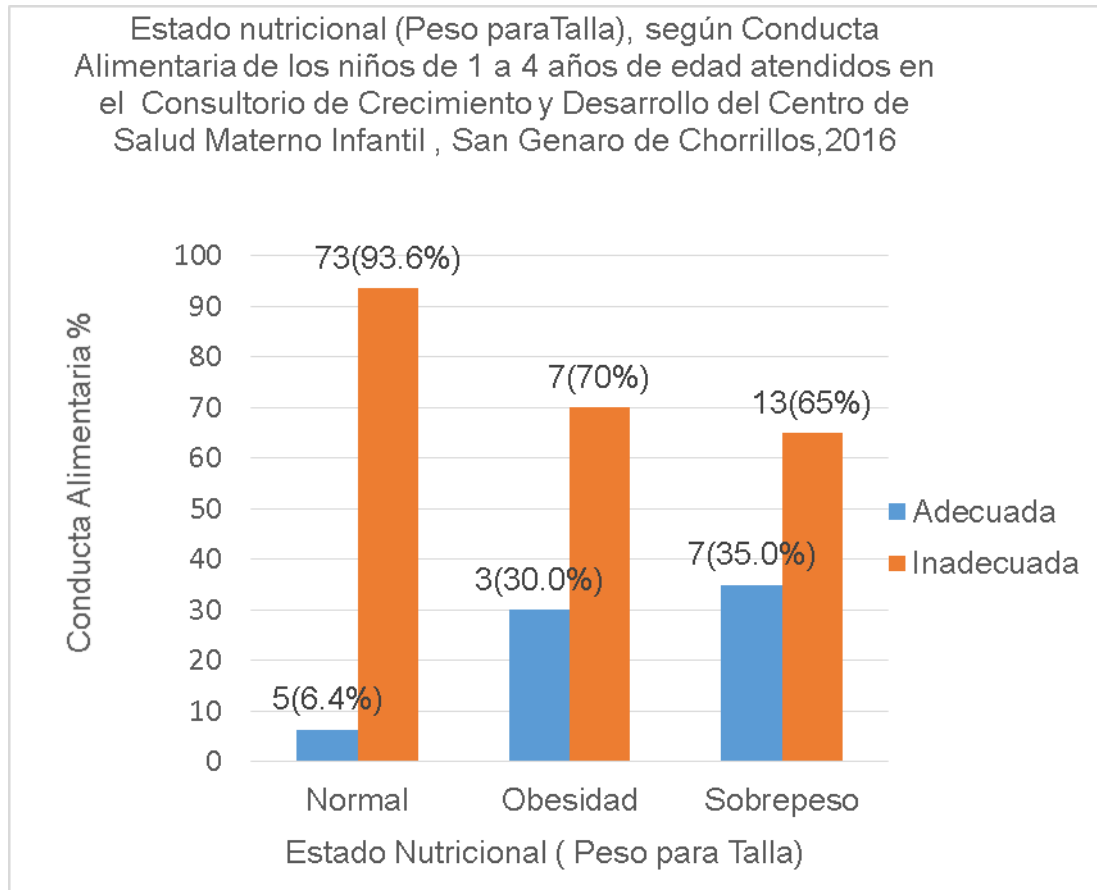
Fuente: Encuesta "Características de la conducta alimentaria"; "Ficha de medición antropométrica (*)".

(*): Tablas de valoración nutricional para menores de 5 años OMS 2006.

Interpretación:

En la tabla N° 13, según el Test Chi – Cuadrado, existe una relación o dependencia entre la Conducta alimentaria y el estado nutricional según el peso para Talla, dado que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna, a un nivel de confianza del 95% y un nivel de significancia del 5% con un coeficiente de contingencia C = 0,638. Sig = 0.00 < P (value = 0.05).

Gráfico N°8



Fuente: Encuesta "Características de la conducta alimentaria"; "Ficha de medición antropométrica (*)".

(*): Tablas de valoración nutricional para menores de 5 años OMS 2006.

En el gráfico N° 8, según las encuestas realizadas a las madres de familia respecto a la conducta alimentaria observada en sus niños, se registra que del total de niños con sobrepeso el 65% (n=13) tiene conducta alimentaria inadecuada y el 35% (n=7) con conducta alimentaria adecuada.

Respecto a la obesidad el 70% (n=7) tiene conducta alimentaria inadecuada y el 30% conducta alimentaria adecuada.

Hipótesis específica 3

H0: No existe relación o dependencia entre la Conducta alimentaria y el estado nutricional según evaluación antropométrica de **Talla para Edad**, de los niños de 1 a 4 años atendidos en el Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Materno Infantil, San Genaro de Chorrillos, 2016.

Ha: Si existe relación o dependencia entre la Conducta alimentaria y el estado nutricional según evaluación antropométrica de **Talla para Edad**, de los niños de

1 a 4 años atendidos en el Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Materno Infantil, San Genaro de Chorrillos, 2016.

Tabla N° 14

Estado nutricional (**Talla para Edad**) según Conducta alimentaria de los niños de 1 a 4 años de edad atendidos en el Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Materno Infantil, San Genaro de Chorrillos, 2016.

| Conducta alimentaria | | Estado Nutricional | | | Total |
|----------------------|--------------|--------------------|--------------|--------------|--------------|
| | | Talla para Edad | | | |
| | | Alto | Normal | Talla baja | |
| Adecuada | Casos | 4 | 9 | 2 | 15 |
| | % Col | 21.1 | 10.8 | 33.3 | 13.8 |
| Inadecuada | Casos | 15 | 74 | 4 | 93 |
| | % Col | 78.9 | 89.2 | 66.6 | 86.1 |
| Total | Casos | 19 | 83 | 6 | 108 |
| | % Col | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

Test Chi Cuadrado - Valor = 23,303, gl = 2; Sig = 0.00 < P (value =0.05)

Coeficiente de Contingencia (C) = 0.438; α =0.05; γ = 95%

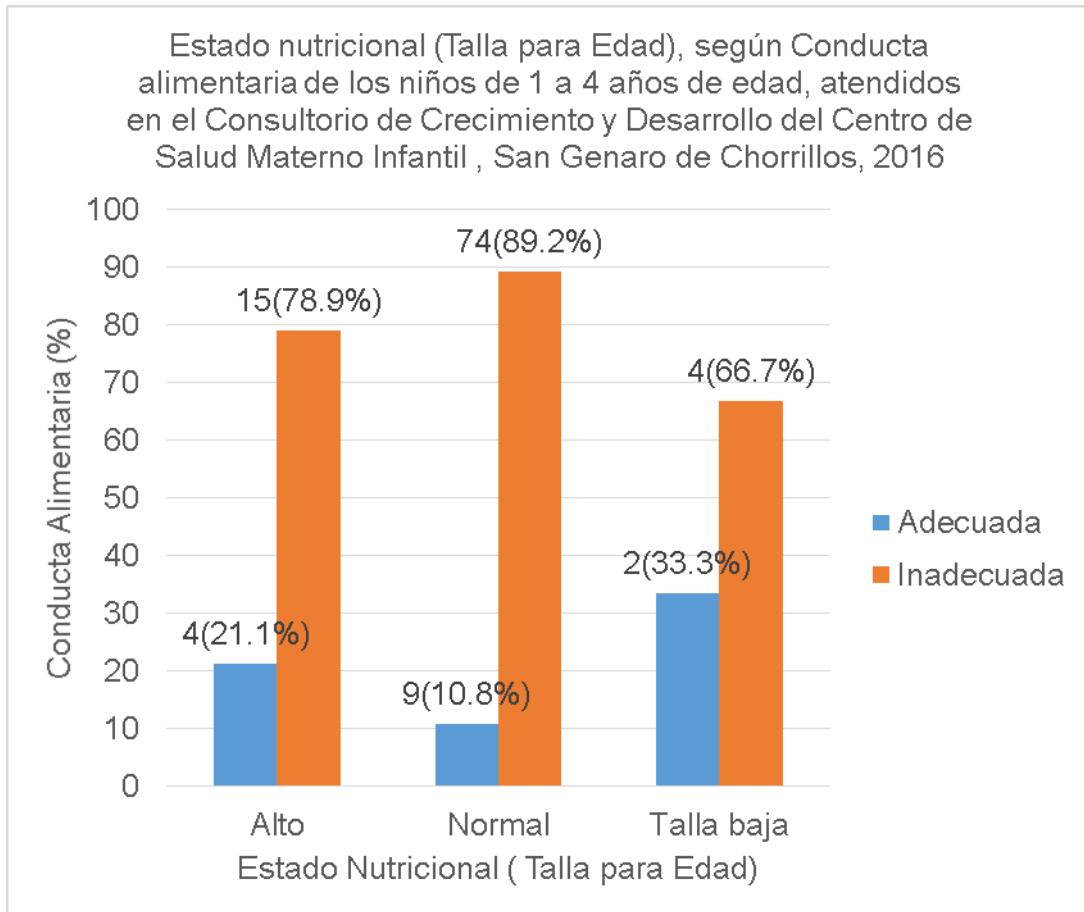
Fuente: Encuesta "Características de la conducta alimentaria"; "Ficha de control de medición antropométrica (*)".

(*): Tablas de valoración nutricional para menores de 5 años OMS 2006.

Interpretación:

En la tabla N° 13, según el Test Chi – Cuadrado, existe una relación o dependencia entre la Conducta alimentaria y el estado nutricional según la Talla para Edad, dado que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna, a un nivel de confianza del 95% y un nivel de significancia del 5% con un coeficiente de contingencia C = 0,438. Sig = 0.00 < P (value = 0.05)

Gráfico N° 9



Fuente: Encuesta "Características de la conducta alimentaria"; "Ficha de control de medición antropométrica (*)".

(*): Tablas de valoración nutricional para menores de 5 años OMS 2006.

En el gráfico N° 9, según las encuestas realizadas a las madres de familia respecto a la conducta alimentaria observada en sus niños, se registra que del total de niños con Talla baja el 66.7%(n=4) tiene conducta alimentaria inadecuada y el 33.3%(n=2).

4.3 discusión de resultados

La alimentación del niño de 1 a 4 años es de suma importancia, porque es cuando se empiezan a adquirir hábitos y conductas alimentarias saludables que garanticen un normal estado nutricional, disminuyendo el riesgo de desnutrición, sobrepeso u obesidad, previniendo enfermedades que se manifiestan tardíamente en el periodo adulto, como son la obesidad, osteoporosis, dislipemias, hipertensión, caries, etc.

Existen pocos estudios que miden la relación de la conducta alimentaria y el estado nutricional de los niños de 1 a 4 años de edad. La presente investigación busca explicar la relación entre dichas variables, en los niños que son atendidos en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Materno San Genaro de Chorrillos.

De la muestra (n=108) en estudio, existieron un mayor número de casos del sexo masculino (58%) y un menor número de casos del sexo femenino (42%), registrándose el mayor número de casos de atención en los niños de 3 años con 29.6%.

Del total de niños y niñas evaluados, el **86.1%** presentó **conducta alimentaria inadecuada** concordando con los resultados encontrados por **Reinoso P, Sigüencia J y Tigre D Ecuador 2013**”, donde la conducta alimentaria inadecuada fue de 89% y el 11% conducta alimentaria adecuada.

En relación al estado nutricional, el **30%** de los niños evaluados presentaban algún tipo de trastorno del estado nutricional: obesidad, sobrepeso y talla baja. Según el parámetro antropométricos de Peso –Edad, el 18.5% tenían sobrepeso; según parámetro Peso –Talla el 18.5% tenían sobrepeso y 9.3% Obesidad; en cuanto al parámetro Talla-edad, el 5.6% tenía talla baja.

El 55% (51/ 93) de los casos con conducta alimentaria inadecuada, corresponde al **sexo masculino**, cifra similar a lo registrado en el estudio realizado por **Valencia Piedra M. Ecuador 2014**, quien manifiesta que el problema de la conducta alimentaria es mayor en los niños con el 56.5%.

Según el parámetro **Peso –Talla**, se encontró que el 25.4%(Obesidad = 14.3, Sobrepeso = 11.1%) de los niños presentaban trastornos en el peso, a diferencia de las niñas con un 22.2 %(Obesidad = 2.2% y Sobrepeso= 20.0%).Según el parámetro Talla – Edad, se registró un mayor número de casos de talla baja en los niños con el 6.3%(4), a diferencia de las niñas con 4.4%(2).

A la evaluación del peso para talla se encontró que del total de los niños con obesidad el 70% presentó conducta alimentaria inadecuada y el 81.2 % del total de niños con sobrepeso, presentó conducta alimentaria inadecuada. Así mismo se encontró una relación al evaluar el parámetro talla para edad del niño, registrándose que del total de niños con talla baja el 66% tenía conducta alimentaria inadecuada.

CONCLUSIONES

1. El 34% de los niños de 1 a 4 años atendidos en el Centro de Salud Materno San Genaro del distrito de Chorrillos presentan alteración en su Estado nutricional según la evaluación de parámetros antropométricos de Peso para edad, Peso para Talla y Talla para edad. Siendo importante resaltar que los niños presentan mayor riesgo de obesidad en relación con las niñas; y las niñas a su vez presentan mayor riesgo de sobrepeso en relación con los niños. Así mismo de los 6 niños con talla baja, 4 presentan trastornos de obesidad o sobrepeso, lo que agrava aún más su estado de salud actual y a futuro
2. Al evaluar en los niños de 1 a 4 años los parámetros antropométricos se observó, una mayor alteración del estado nutricional en la evaluación del parámetro nutricional Peso para Talla con un 27.8% de casos de sobrepeso (18.5%) y obesidad (9.3%).
3. La mayoría (86.1%) de los niños de 1 a 4 años, presentan Conducta alimentaria inadecuada, según la encuesta realizada a las madres de familia de los niños de 1 a 4 años y el 13.9% Conducta alimentaria adecuada. De los niños con obesidad 7/10 tuvo conducta alimentaria inadecuada. Así mismo del total de niños con Sobrepeso, 13/20 tuvo conducta alimentaria inadecuada. De los 6 casos de niños con Talla baja, 4 tuvo conducta alimentaria inadecuada.
4. Existe una relación o dependencia significativa entre la Conducta alimentaria y el Estado nutricional según el Peso para edad (Sig = 0.00 < P -value = 0.05) en los niños de 1 a 4 años atendidos en el Centro de Salud Materno San Genaro del distrito de Chorrillos. Del total de niños diagnosticados con sobrepeso, el 60%(n=12) presentan conducta alimentaria inadecuada y el 40%(n=8) conducta alimentaria adecuada.
5. Existe una relación o dependencia significativa entre la Conducta alimentaria y el Estado nutricional según el Peso para Talla (Sig = 0.00 < P -value = 0.05) en los niños de 1 a 4 años atendidos en el Centro de Salud Materno San Genaro del distrito de Chorrillos.

De las encuestas realizadas a las madres de familia respecto a la conducta alimentaria de sus niños, se registró que, del total de niños con sobrepeso,

el 65%(n=13) tiene conducta alimentaria inadecuada, y el 35%(n=7) conducta alimentaria adecuada. Respecto al total de niños con obesidad el 70% (n=7) tiene conducta alimentaria inadecuada y el 30% conducta alimentaria adecuada.

6. Existe una relación o dependencia significativa entre la Conducta alimentaria y el Estado nutricional según la evaluación de Talla para Edad (Sig = 0.00 < P -value = 0.05) en los niños de 1 a 4 años atendidos en el Centro de Salud Materno San Genaro del distrito de Chorrillos.

De las encuestas realizadas a las madres de familia respecto a la conducta alimentaria de sus niños, se registró que, del total de niños con Talla baja, el 66.7%(n=4) tiene conducta alimentaria inadecuada y el 33.3%(n=2) adecuada.

SUGERENCIAS

Educar y/ o capacitar a los padres de familia que acuden a los establecimientos de salud, sobre la importancia de una adecuada conducta alimentaria en los primeros 5 años de edad, para el normal crecimiento y desarrollo de sus niños disminuyendo el riesgo de sufrir secuelas o alteraciones en su estado nutricional, conllevando en el peor de los casos a sufrir enfermedades prevalentes como la anemia y diabetes.

Luego de haber estimado la dimensión del problema y evidenciar la relación que existe entre las variables de estado nutricional y conducta alimentaria; la presente investigación ha identificado la necesidad de formular una estrategia para enfrentar los trastornos de conducta alimentaria, a través de un trabajo de monitoreo y seguimiento de los niños con alteración del estado nutricional, ejecutando medidas correctivas frente a la problemática encontrada en cada caso. Por lo que se recomienda seguir con la investigación constante para crear estrategias que ayuden en la prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno en esta etapa de vida de mayor riesgo.

ANEXOS

Nº encuesta:

Fecha: / /

ANEXO 01**CUESTIONARIO SOBRE CONDUCTA ALIMENTARIA DEL NIÑO**

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN: Conducta alimentaria y su relación con el estado nutricional de los niños de 1-4 años que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo en el Centro de Salud de Chorrillos 2016.

INSTRUCCIONES. A continuación, se le presenta una serie de preguntas relacionadas a la conducta alimentaria de su niño, para lo cual se le pide que marque con una (X) o complete cada una de las preguntas.

Muchas gracias.

I. Características sociodemográficas:**DATOS DE LA MADRE**

1. ¿Cuál es su edad?

2. ¿Cuál es su estado civil?

- a) Casada ()
- b) Separada ()
- c) Conviviente ()
- d) Soltera ()

3. ¿Cuál es su grado de instrucción?

- a) Primaria ()
- b) Secundaria ()
- c) Superior ()

4. ¿Cuál es su ocupación?

- a) Ama de casa ()
- b) Profesional ()
- c) Comerciante ()
- d) Otros..... ()

Nº encuesta:**Fecha:**

/ /

Características de la conducta alimentaria del Niño:

Por favor lea las siguientes oraciones y marque en el casillero más apropiado de acuerdo al comportamiento de su hijo al comer.

| Oraciones | Nunca | Rara vez | A veces | Frecuente mente | Siempre |
|---|-------|----------|---------|-----------------|---------|
| 1. Mi hijo muestra interés en los alimentos | | | | | |
| 2. Mi hijo come 3 o más comidas en el día | | | | | |
| 3. Mi hijo disfruta y saborea la comida | | | | | |
| 4. Mi hijo come nuevos alimentos que le doy por primera vez | | | | | |
| 5. Mi hijo come un número ilimitado de alimentos (todos los alimentos que le doy) | | | | | |
| 6. Mi hijo acepta alimentos preparados en diferentes maneras | | | | | |
| 7. Mi hijo come menos de 3 comidas al día | | | | | |
| 8. Mi hijo come algunos bocados y después deja de comer su comida | | | | | |
| 9. Mi hijo muestra poco interés en comer sus alimentos cada vez que le ofrezco | | | | | |
| 10. Mi hijo demora más de 30 a 40 minutos en terminar su comida | | | | | |
| 11. Mi hijo come menos de 15 alimentos | | | | | |
| 12. Mi hijo se niega a probar nuevos alimentos por primera vez | | | | | |
| 13. Mi hijo acepta solo alimentos preparados de una misma manera | | | | | |
| 14. Mi hijo rechaza comer alimentos debido a su, olor, sabor, aspecto o textura | | | | | |
| 15. Mi hijo es difícil de complacer con las diversas comidas que le preparo | | | | | |
| 16. Mi hijo llora cuando ve alimentos o utensilios para comer | | | | | |
| 17. Mi hijo se niega a comer | | | | | |
| 18. Mi hijo rechaza alimentos después de una mala experiencia con la comida: como ahogo, vomito | | | | | |
| 19. Mi hijo quiere comer a cada rato (más de 5 veces al día) | | | | | |
| 20.- Mi hijo quiere repetir las porciones de comida que le doy | | | | | |

Nº observaciones:**Fecha:**

/ /

ANEXO 02**FICHA DE RECOLECCION DE DATOS ANTROMETRICOS DEL NIÑO**

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN: Conducta alimentaria y su relación con el estado nutricional de los niños de 1-4 años que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo en el Centro de Salud de Chorrillos 2016.

I. DATOS DEL NIÑO

1.1. Edad en años:

1.2. Sexo:

Masculino ()

Femenino ()

II. EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA:

2.1. Fecha: ____ / ____ / _____

2.2. Peso (Kg): _____

2.3. Talla (cm): _____

2.4. Clasificación del estado nutricional:

2.4.1.1. Peso para Edad:

Sobrepeso ()

Normal ()

Desnutrición ()

2.4.1.2. Peso para Talla:

Obesidad ()

Sobrepeso ()

Normal ()

Desnutrición Aguda ()

Desnutrición severa ()

2.4.1.3. Talla para Edad:

Alto ()

Normal ()

Talla baja ()

ANEXO 03

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO: Conducta alimentaria y su relación con el estado nutricional de los niños de 1-4 años que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo en el Centro de Salud de Chorrillos 2016.

Yo,, estoy de acuerdo en participar en la presente investigación, cuyo objetivo es determinar la conducta alimentaria y su relación con el estado nutricional de los niños de 1-4 años que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo en el Centro de Salud de Chorrillos 2016.

Entiendo que mi participación es voluntaria, que mis respuestas serán confidenciales y que no recibiré dinero por mi colaboración.

Permito que la información obtenida sea utilizada sólo con fines de investigación.

Firma del participante

Firma investigador

Fecha:/...../.....



**CERTIFICADO DE VALIDEZ DEL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE:
“EVALUACIÓN DEL CUESTIONARIO CONDUCTA ALIMENTARIA DE LOS NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS EN EL CENTRO DE
SALUD DE CHORRILLOS, 2017**

| N° | Dimensiones / Preguntas | Pertinencia | | Relevancia | | Claridad | | Sugerencias |
|----|---|-------------|----|------------|----|----------|----|-------------|
| | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | |
| 1 | Su hijo(a) muestra interés en los alimentos | | | | | | | |
| 2 | Su hijo(a) come 3 o más comidas en el día. | | | | | | | |
| 3 | Su hijo(a) disfruta y saborea la comida | | | | | | | |
| 4 | Su hijo(a) come nuevos alimentos que le da por primera vez | | | | | | | |
| 5 | Su hijo(a) come todos los alimentos que le da | | | | | | | |
| 6 | Su hijo(a) acepta alimentos preparados en diferentes maneras | | | | | | | |
| 7 | Su hijo(a) come menos de 3 comidas al día | | | | | | | |
| 8 | Su hijo(a) come algunos bocados y después deja de comer su comida | | | | | | | |
| 9 | Su hijo(a) muestra poco interés en comer sus alimentos cada vez que le ofrece | | | | | | | |
| 10 | Su hijo(a) demora más de 30 a 40 minutos en terminar su comida | | | | | | | |
| 11 | Su hijo(a) come menos de 15 alimentos | | | | | | | |
| 12 | Su hijo(a) se niega a probar nuevos alimentos | | | | | | | |
| 13 | Su hijo(a) acepta solo alimentos preparados en una misma manera | | | | | | | |
| 14 | Su hijo(a) rechaza comer alimentos debido a su olor, sabor, aspecto o textura | | | | | | | |
| 15 | Su hijo(a) es difícil de complacer con las diversas comidas que le prepara | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 16 | Su hijo(a) llora cuando ve alimentos o utensilios para comer | | | | | | | |
| 17 | Su hijo(a) se niega a comer | | | | | | | |
| 18 | Su hijo(a) rechaza alimentos después de una mala experiencia con la comida: como ahogo, vomito | | | | | | | |
| 19 | Su hijo(a) quiere comer frecuentemente (más de 5 veces al día) | | | | | | | |
| 20 | Su hijo(a) quiere repetir las porciones de comida que le da | | | | | | | |

Observaciones:

Opinión de aplicabilidad: Aplicable []
 aplicable []

Aplicable después de corrección []

No

Apellidos y nombres del juez validador: Dr./Mg/Lic.:

.....
Especialidad del validador:

¹ **Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado

² **Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³ **Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

.....
 Nota: Suficiencia: se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

.....
Firma del Experto Informante
Especialidad



**CERTIFICADO DE VALIDEZ DEL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE:
“EVALUACIÓN DEL CUESTIONARIO MEDICIÓN ANTROPOMETRICA DE LOS NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS EN EL CENTRO DE
SALUD DE CHORRILLOS, 2017**

| N° | Dimensiones / Preguntas | Pertinencia | | Relevancia | | Claridad | | Sugerencias |
|----|--|-------------|----|------------|----|----------|----|-------------|
| | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | |
| | Dimensión Datos Generales | | | | | | | |
| 1 | Edad en años, meses y días | | | | | | | |
| 2 | Sexo | | | | | | | |
| 3 | Fecha de nacimiento | | | | | | | |
| | Dimensión Medición Antropométrica del niño(a) | | | | | | | |
| 4 | Peso (Kg.) | | | | | | | |
| 5 | Talla (Cm.) | | | | | | | |
| 6 | Peso para Edad según Tabla de valoración de Antropometría del niño menor de 5 años aplicado en el control y crecimiento de niño sano. | | | | | | | |
| 7 | Peso para Talla según Tabla de valoración de Antropometría del niño menor de 5 años aplicado en el control y crecimiento de niño sano. | | | | | | | |
| 8 | Talla para Edad según Tabla de valoración de Antropometría del niño menor de 5 años aplicado en el control y crecimiento de niño sano. | | | | | | | |

Observaciones:

Opinión de aplicabilidad: Aplicable []
aplicable []

Aplicable después de corrección []

No

Apellidos y nombres del juez validador: Dr./Mg/Lic.:

.....
....

Especialidad del validador:

.....
.....

¹ **Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado

² **Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³ **Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

.....
Nota: Suficiencia: se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

.....
Firma del Experto Informante
Especialidad

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), OPS, OMS. El Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe. Santiago, [publicación en línea] 2017 [citado 2017 Dic 02] Disponible en: <http://www.fao.org/3/a-i6747s.pdf>
- ² Gupta A, Dadhich JP, Faridi MMA. Breastfeeding and Complementary Feeding as a Public Health Intervention for Child Survival in India. Indian J Pediatr [publicación periódica en línea] 2010. January [citado 2017 En 22]. Disponible en: URL:<http://www.bpni.org/Article/child-survival-in-India-II.pdf>
- ³ Flores-Huerta Samuel, Martínez-Andrade Gloria, Toussaint Georgina, Adell-Gras Amapola, Copto-García Alfonso. Alimentación complementaria en los niños mayores de seis meses de edad: Bases técnicas. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [revista en la Internet]. 2006 Abr [citado 2017 Dic 02] ; 63(2): 129-144. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462006000200008&lng=es.
- ⁴ Hoffman, H., Furie, B., McGlave, P., Silberstein, L. E., Shattil, S. J. , Benz Jr, E.J.y Heslop, H. (2005). Basic Principles and Practice. Hematology.
- ⁵ Dalmau J, Vitoria I (2010). Nutrición y prevención de enfermedad. Tratado de Nutrición. Tomo III. 2.ª ed. Gil A (ed.). Panamericana. Madrid.
- ⁶ Flores QM. Factores que promueven una lactancia materna exitosa: el papel del profesional de la salud (en línea). Gaceta Médica de México 2011;147(4):32-38.
- ⁷ OMS (Organización Mundial de la Salud).[Página principal en internet] Nota descriptiva Mayo 2017 [citado 2017 Agosto 15] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/malnutrition/es/>
- ⁸ CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) [Página principal en internet] Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe [citado 2017 Julio 15] Disponible en: <http://dds.cepal.org/san/estadisticas>.
- ⁹ Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), OPS, OMS. El Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe. Santiago, [publicación en línea] 2017 [citado 2017 Feb 02] Disponible en: <http://www.fao.org/americas/recursos/panorama/es/>
- ¹⁰ Instituto Nacional de Salud. Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutricional – DEVAN. Estado nutricional en el Perú por etapas de vida 2012-2013. Lima – Perú 2015 [publicación en línea] [citado 2016 Dic 02] [http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/encu_vigi_cenan/ENUTRICIONAL%20EVIDA%202012-13%20\(CTM\)%20080515.pdf](http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/encu_vigi_cenan/ENUTRICIONAL%20EVIDA%202012-13%20(CTM)%20080515.pdf)
- ¹¹ Instituto Nacional de Salud. Informe: Estado Nutricional en niños y gestantes de los establecimientos de salud del Ministerio de Salud. Informe: Primer semestre 2016.

-
- Centro Nacional de alimentación y nutrición. Dirección ejecutiva de vigilancia alimentaria y nutricional 2016 [publicación en línea] [citado 2016 Nov 15] <http://www.portal.ins.gob.pe/en/component/rsfiles/preview?path=cenan%252FVigilancia%2BAalimentaria%2BBy%2BNutricional%252FSIEN%252F2016%252FINFORME%2BGERENCIAL%2BSEMESTRE%2BI%2B2016.pdf>
- ¹² **OMS Organización Mundial de la Salud. Salud del niño. Malnutrición.** [publicación en línea] [citado 2015 Set 15] http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/malnutrition/es/
- ¹³ Ministerio de Salud. Situación nutricional en niños menores de 5 años. MINSA. Lima, Perú 2013. [publicación en línea] [citado 2015 Set 18] http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/situ_vigi_cenan/Situaci%C3%B3n%20nutricional%20en%20ni%C3%B1os%20menores%20de%205%20a%C3%B1os%202006-2013.pdf
- ¹⁴ Gómez L. Conducta alimentaria, hábitos alimentarios y puericultura de la alimentación. [Internet]. CCAP. [Internet] 2007 (Citado el 20 de Febrero 2015) Volumen7.Número 4. Disponible en: <https://scp.com.co/descargascrianza/Conducta%20alimentaria,%20h%C3%A1bitos%20alimentarios%20y%20puericultura%20de%20la%20alimentaci%C3%B3n.pdf>
- ¹⁵ León Valencia Alexandra, Terry Berro Blanca, Quintana Jardines Ibrahim. Estado nutricional en niños menores de 5 años en un consultorio de Babahoyo (República del Ecuador). Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 2009 Abr [citado 2016 Nov 20] ; 47(1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032009000100003&lng=es.
- ¹⁶ Asociación argentina de dietistas u nutricionistas. Conocimiento y clasificación de las dificultades alimentarias en los niños. Argentina[Internet] 2014 (Citado el 20 de Febrero 2015) Disponible en:<http://www.cofa.org.ar/wp-content/uploads/2014/08/1.->
- ¹⁷ Valencia Piedra, Marcelita Rosario Las prácticas del cuidador durante la alimentación y su relación con las conductas alimentarias de los niños y niñas de 1 a 3 años de los Centros Infantiles del Buen Vivir urbanos del cantón Cuenca [Internet] 2013 (Citado el 18 de Noviembre del 2016) Disponible en <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/4012>
- ¹⁸ Villeda C. Prácticas alimentarias y su relación con el estado nutricional en niños y niñas de 0 a 12 meses de edad. Tesis. Guatemala [Internet] 2014 (Citado el 25 de Noviembre del 2016) Disponible en http://cunori.edu.gt/descargas/TESIS_PRACTICAS_ALIMENTARIAS.pdf
- ¹⁹ Reinoso P, Sigüencia J y Tigre D. Prevalencia de conducta alimentaria inadecuada en niños de 1 a 5 años de edad y su relación con factores asociados. Centros de salud

-
- del ministerio de salud pública de cuenca. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/20232/1/TESIS.pdf>
- ²⁰ Domínguez C¹, Álvarez M². “Modificaciones de conductas alimentarias, hábitos alimentarios y apetito en lactantes con desnutrición 2000-2010 Venezuela”. An Venez Nutr 2014; 27(2): 242-251. [Internet] 2014 (Citado el 18 de Noviembre del 2016) Disponible en www.scielo.org.ve/pdf/avn/v27n2/art04.pdf
- ²¹ Solís K. Hábitos alimentarios y estado nutricional, según índice de masa corporal, de los adolescentes de la institución educativa “09 de julio” de la provincia de concepción en el año 2015 http://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/UPLA/118/Karen_Estefany_Tesis_Licenciado_2016.pdf?sequence=3
- ²² Silva Z, Vílchez R, Panduro A, Chuquipiondo C, Toro M, Encinas M, Romero D, et al. Perú. [Internet] 2009 (Citado el 20 de Febrero 2017) Disponible en: <http://181.176.243.24:8080/ojs/index.php/enf/article/download/10/9>
- ²³ Domínguez-Vásquez P., Olivares S., Santos JL. Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. [Internet] 2014 (Citado el 18 de Noviembre del 2016) http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/123925/Dominguez_p.pdf
- ²⁴ Chatoor I, Surlles J, Ganiban J, Beker L, McWade-Paez L, Kerzner B. Failure to thrive and cognitive development in toddlers with infantile anorexia nervosa. Pediatrics. 2004;113:e440-e E:E:U:U: [Internet] 2004 (Citado el 20 de Noviembre 2016) Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/113/5/e440>
- ²⁵ Dubois L, Farmer A, Girard M, Peterson K, Tatone-Tokuda F. Problem eating behaviors related to social factors and body weight in preschool children: a longitudinal study. Int J Behav Nutr Phys Act. 2007;4:9. [Internet] 2004 (Citado el 20 de Junio 2016) Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1855064/>
- ²⁶ GONZÁLEZ-JIMÉNEZ, Rocío et al. Factores socioculturales determinantes de los hábitos alimentarios de niños de una escuela-jardín en Perú: estudio cualitativo. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, [S.I.], p. 700-705, dic. 2016. ISSN 1726-4642. Disponible en: <<http://www.rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2554/2581>>. Fecha de acceso: 10 junio. 2017 doi:<http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.334.2554>.
- ²⁷ Santos M José Luis, Martínez H José Alfredo, Pérez B Francisco, Albala B Cecilia. Epidemiología genética de la obesidad: estudios familiares. Rev. méd. Chile [Internet]. 2005 Mar [citado 2017 Dic 13] ; 133(3): 349-361. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872005000300012&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872005000300012>.

-
- ²⁸ Wardle J, Carnell S, Haworth C, Plomin R. Evidence for a strong genetic influence on childhood adiposity despite the force of the obesogenic environment. *Am J Clin Nutr*. [Internet]. 2008 Feb [citado 2017 Dic 13]; 87(2): 398–404. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC18258631/citedby/?tool=pubmed>
- ²⁹ Gonzáles Pérez TL, Marcos Plasencia LM. Fenómeno alimentario y fisiología del subsistema digestivo. Ciudad de La Habana: Editora Política; 2008.
- ³⁰ OMS. Organización Mundial de Salud. USA [Internet] Mayo de 2017 [citado 2017 Junio 17] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/malnutrition/es/>
- ³¹ OMS. Organización Mundial de Salud. USA [Internet] Mayo de 2017 <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>
- ³² Cohen, K. D. Brownell, M. R. Felix Age and sex differences in health habits and beliefs of schoolchildren. *Health Psychol*. 1990; 9(2): 208–224. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2331979>
- ³³ Ministerio de Salud. NTS N° -MINSAL/ DGSP-V.01. Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y niño menor de 5 años. MINSAL. Lima, 2010.
- ³⁴ Fondo de las Naciones Unidas para la Niñez y la Infancia –UNICEF. Capítulo 2: Crecimiento y desarrollo Temprano. En: *Un buen inicio en la vida*. UNICEF. Lima, 2006
- ³⁵ **Rev Pediatr Aten Primaria vol.13 no.50 Madrid abr./jun. 2011**
Valoración nutricional en Atención Primaria, ¿es posible?
- ³⁶ WHO. Child growth standards: child catalogue. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/childgrowth/standards/chart_catalogue/en/index.html).
- ³⁷ Fondo de las Naciones Unidas para la Niñez y la Infancia –UNICEF. Capítulo 8: Monitoreo del crecimiento y desarrollo. En: *Un buen inicio en la vida*. UNICEF. Lima, 2006.
- ³⁸ Ministerio de Salud. NTS N° -MINSAL/ DGSP-V.01. Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y niño menor de 5 años. MINSAL. Lima, 2010.
- ³⁹ MINSAL-INS-CENAN. La medición de la talla y el peso. Guía para el personal de la salud del primer nivel de atención. MINSAL-INS. Lima, 2004
- ⁴⁰ **Patrones de crecimiento infantil de la OMS.** <http://www.who.int/childgrowth/es/>

NOTA BIOGRÁFICA



LIC Sara Marina Valencia Mendizábal, nací en Lima, estudié en la Escuela Nacional de Enfermería del entonces Hospital del Niño, graduándome a través de la Escuela Profesional de la Universidad Federico Villarreal.

Curse el Programa de Segunda Especialidad Profesional en Enfermería Pediátrica en la Universidad Peruana Cayetano Heredia

Soy enfermera asistencial desde hace 25 años en el Instituto de salud del Niño (Breña).

Ejerce la docencia en el Programa de Segunda Especialización en Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Resido en Lima en compañía de mi querida familia.



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILO VALDIZÁN

Huánuco – Perú

ESCUELA DE POSGRADO

Campus Universitario, Pabellón V "A" 2do. Piso – Cayhuayna
Teléfono 514760 -Pág. Web. www.posgrado.unheval.edu.pe



ACTA DE DEFENSA DE TESIS DE MAESTRO

En el Auditorio de la Escuela de Posgrado, siendo las **18:00h**, del día **miércoles 19 DE SETIEMBRE DE 2018**, ante los Jurados de Tesis constituido por los siguientes docentes:

| | |
|----------------------------------|------------|
| Dra. María VILLAVICENCIO GUARDIA | Presidenta |
| Dr. Reynaldo OSTOS MIRAVAL | Secretario |
| Dra. Enit VILLAR CARBAJAL | Vocal |

Asesora de Tesis: Dra. Marina LLANOS MELGAREJO (Resolución N° 0120-2016-UNHEVAL/EPG-DI)

La aspirante al Grado de Maestro en Salud Pública y Gestión Sanitaria, Doña, Sara Marina VALENCIA MENDIZABAL.

Procedió al acto de Defensa:

Con la exposición de la Tesis titulado: **“CONDUCTA ALIMENTARIA Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DE 1 – 4 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL DE SAN GENARO CHORRILLOS, 2016”.**

Respondiendo las preguntas formuladas por los miembros del Jurado y público asistente.

Concluido el acto de defensa, cada miembro del Jurado procedió a la evaluación de la aspirante a Maestro, teniendo presente los criterios siguientes:

- Presentación personal.
- Exposición: el problema a resolver, hipótesis, objetivos, resultados, conclusiones, los aportes, contribución a la ciencia y/o solución a un problema social y Recomendaciones.
- Grado de convicción y sustento bibliográfico utilizados para las respuestas a las interrogantes del Jurado y público asistente.
- Dicción y dominio de escenario.

Así mismo, el Jurado plantea a la tesis **las observaciones** siguientes:


.....

Obteniendo en consecuencia la Maestría la Nota de DISCRETA (8))
Equivalente a MUY BUENO, por lo que se declara APROBADO
(Aprobado ó desaprobado)

Los miembros del Jurado, firman el presente **ACTA** en señal de conformidad, en Huánuco, siendo las 12:45 horas del 19 de setiembre de 2018.


.....
PRESIDENTA
DNI N° 22408224.....


.....
SECRETARIA
DNI N° 22408224.....


.....
VOCAL
DNI N° 22408286.....

Leyenda:
19 a 20: Excelente
17 a 18: Muy Bueno
14 a 16: Bueno

(Resolución N° 02143-2018-UNHEVAL/EPG-D)

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TESIS ELECTRÓNICAS DE POSGRADO

1. IDENTIFICACIÓN PERSONAL (especificar los datos del autor de la tesis)

Apellidos y Nombres: VALENCIA MENDIZABAL SARA MARINADNI: 00819895 Correo electrónico: sarimarinaum@gmail.com

Teléfonos Casa _____ Celular _____ Oficina _____

2. IDENTIFICACION DE LA TESIS

| | |
|-----------|--|
| Posgrado | |
| Maestría: | <u>SALUD PUBLICA Y GESTION SANITARIA</u> |
| Mención: | <u>-</u> |

Grado Académico obtenido:

MAESTRO

Título de la tesis:

CONDUCTA ALIMENTARIA Y SU RELACION CON EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DE 1-4 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL DE SAN GENARO CHORRILLOS, 2016.

Tipo de acceso que autoriza el autor:

| Marcar "X" | Categoría de Acceso | Descripción de Acceso |
|-------------------------------------|---------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | PÚBLICO | Es público y accesible el documento a texto completo por cualquier tipo de usuario que consulta el repositorio. |
| <input type="checkbox"/> | RESTRINGIDO | Solo permite el acceso al registro del metadato con información básica, mas no al texto completo. |

Al elegir la opción "Público" a través de la presente autorizo de manera gratuita al Repositorio Institucional – UNHEVAL, a publicar la versión electrónica de esta tesis en el Portal Web repositorio.unheval.edu.pe, por un plazo indefinido, consintiendo que dicha autorización cualquiera tercero podrá acceder a dichas páginas de manera gratuita, pudiendo revisarla, imprimirla o grabarla, siempre y cuando se respete la autoría y sea citada correctamente.

En caso haya marcado la opción "Restringido", por favor detallar las razones por las que se eligió este tipo de acceso:

Asimismo, pedimos indicar el periodo de tiempo en que la tesis tendría el tipo de acceso restringido:

() 1 año () 2 años () 3 años () 4 años

Luego del periodo señalado por usted(es), automáticamente la tesis pasara a ser de acceso público.

Fecha de firma: ... 10/11/18:.....

Firma del autor