

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**ESTADO NUTRICIONAL Y CARACTERÍSTICAS FAMILIARES
EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS, QUE ASISTEN A
INSTITUCIONES DE CUIDADO INFANTIL PRIVADAS Y
PÚBLICAS, PUNO - 2015**

TESIS

PRESENTADA POR:

JESSICA BRISCELD A FLORES VELÁSQUEZ

PARA OPTAR EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PUNO – PERU

2015

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

ESTADO NUTRICIONAL Y CARACTERÍSTICAS FAMILIARES EN
NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS, QUE ASISTEN A INSTITUCIONES DE
CUIDADO INFANTIL PRIVADAS Y PÚBLICAS, PUNO CIUDAD 2015

TESIS PRESENTADA POR:

JESSICA BRISCELDA FLORES VELÁSQUEZ

PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA
APROBADA POR EL JURADO REVISOR CONFORMADO POR:

PRESIDENTE :
Dra. FRIDA JUCHI MÁLAGA YANQUI

PRIMER MIEMBRO :
Dr. JUAN MOISÉS SUCAPUCA ARAUJO

SEGUNDO MIEMBRO:
Mstro. DENICES SOLEDAD ABARCA FERNANDEZ

DIRECTORA DE TESIS:
Mg. ROSA PILCO VARGAS

ASESORA DE TESIS :
M Sc. ELSA GABRIELA MAQUERA BERNEDO

PUNO – PERÚ
2016

ÁREA : Del niño
TEMA : Estado nutricional del menor

DEDICATORIA

*A Dios por ser guía en el camino
de mi vida, darme fortaleza,
y no dejarme caer nunca ante
la adversidad.*

*A mis padres Lourdes y Fidel
por ser los mejores padres del
mundo al estar conmigo
incondicionalmente, por
regalarme la vida y velar en
cada momento por mi
bienestar, porque sin ellos y sus
enseñanzas no estaría aquí, ni
sería quien soy ahora.*

*A mis amigas y amigos por todos
los momentos que pasamos juntos
en las felices, buenas y malas
experiencias que vivimos, el apoyo
que nos brindamos en la realización
de nuestras tesis.*

Jessica Briscelda

AGRADECIMIENTOS

Es oportuno agradecer a las personas que han contribuido a que se realice este sueño.

De una manera especial a mis padres, hermanos, y hermana, que han comprendido mi necesidad de dedicar tiempo a este trabajo ocupándome menos de ellos, y sobre todo a mis padres, entusiasmados con el hecho de que sea una buena profesional.

A la M.Sc. Elsa Gabriela Maquera Bernedo, que es un ejemplo a seguir, a quien agradezco su insistencia, apoyo e incansable estímulo para no desfallecer por en el camino que me ha conducido, en la elaboración de esta tesis.

A la Mg. Rosa Pilco Vargas, por todas sus facilidades y ayuda en momentos cruciales de este trabajo.

A mis jurados de tesis, que han estado cuando los he necesitado, apoyando en la realización de este trabajo.

Finalmente, a los padres y niños de las instituciones de cuidado infantil privadas y públicas sujeto de esta investigación, apoyando y colaborando para poder llevar a cabo las medidas de evaluación necesarias para el desarrollo de esta tesis.

Jessica Briscelda

ÍNDICE

RESUMEN.....	6
ABSTRACT.....	7
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA, ANTECEDENTES Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	10
1.1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	10
1.2. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	15
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	21
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO, MARCO CONCEPTUAL E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN.....	22
2.1. MARCO TEÓRICO.....	22
2.2. MARCO CONCEPTUAL	48
CAPITULO III: MÉTODO DE INVESTIGACIÓN	50
3.1. EN RELACIÓN A LA SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	50
3.2. EN RELACIÓN A LAS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	51
3.3. EN RELACIÓN AL ANÁLISIS	54
CAPITULO IV: CARACTERIZACIÓN DEL ÁREA DE INVESTIGACIÓN.....	55
4.1. ÁMBITO DE ESTUDIO.....	55
CAPÍTULO V: EXPOSICIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	57
5.1. RESULTADOS.....	57
5.2. DISCUSIÓN	66
CONCLUSIONES.....	75
RECOMENDACIONES.....	77
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	79

RESUMEN

La investigación, se realizó con el objetivo de Comparar el estado nutricional y características familiares en niños menores de 3 años que asisten a la institución de cuidado infantil privadas y públicas, Puno ciudad 2015; siendo un estudio de tipo descriptivo con diseño comparativo; cuya muestra estuvo constituida por 44 niños y niñas menores de 3 años y sus respectivas madres. Los instrumentos usados para la recolección de datos fueron: La hoja de registro del estado nutricional y la guía de encuesta para las madres de cada niño. Los resultados obtenidos muestran que según el indicador P/E, 5% de los niños que asisten a las instituciones de cuidado privadas y 4% de niños que asisten a instituciones públicas presentan sobrepeso, la mayoría tiene estado nutricional normal; según el indicador T/E el 15% de los niños de la institución privada presenta talla baja o desnutrición crónica y 5% talla alta, en la institución pública un 8% tiene talla alta y 4% talla baja; por último en el indicador P/T, 15% de los niños de la institución de cuidado privado presentan sobrepeso y 10% obesidad, en la institución pública 4% de niños tienen sobrepeso, 4% con desnutrición aguda y 4% con desnutrición severa. Las características familiares de niños que asisten a instituciones de cuidado infantil privada y pública son similares en los indicadores de: grado de instrucción superior completo, estado civil conviviente y tipo de familia extensa; los resultados son diferentes en los indicadores de: edad de los padres de niños de la institución privada, es adulto joven y joven, la ocupación es empleados públicos, con seguro de salud ESSALUD y ciclo vital familiar en expansión y dispersión respectivamente; y en niños que asisten a instituciones públicas los padres son jóvenes y adolescentes, tienen una ocupación como empleados públicos y amas de casa, con seguro de salud SIS y ciclo vital familiar en dispersión.

PALABRAS CLAVES: Estado nutricional, características familiares, institución de cuidado infantil.

ABSTRACT

The research was conducted in order to compare the nutritional status and family characteristics in children under 3 years attending the institution of private and public child care, city Puno 2015; It is a descriptive study with comparative design; The sample was composed of 44 children under 3 years old and their mothers. The instruments used for data collection were: record sheet nutritional status survey and guidance for mothers for each child. The results show that as the P/E indicator, 5 % of children who attend private institutions of care and 4% of children who attend public institutions are overweight, most have normal nutritional status; as the T/E indicator 15% of the children presented stunting private institution or chronic malnutrition, and 5% high stature in the public institution is 8% and 4 % high stature short stature; Finally in the P/T indicator, 15% of children in the institution of private care are overweight and 10% obese, public institution 4% of children are overweight, 4% and 4% acute malnutrition severely malnourished. Family characteristics of children attending private and public institutions are similar in child care indicators: full higher education degree, common law marriage and type of extended family; the results are different indicators: age of the parents of the private institution is young adult, occupation is public employees, health insurance and family life cycle ESSALUD expanding and dispersion respectively; and children attending public institutions are young parents and teenagers, have an occupation as civil servants and housewives, health insurance and family life cycle SIS dispersion.

KEY WORDS: Nutritional status, family traits, child care institution.

INTRODUCCIÓN

El estado nutricional del niño o niña, es la relación entre la ingesta de alimentos y el gasto calórico diario, se determina utilizando tres índices antropométricos establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que se basan en el crecimiento de niños y niñas alimentados con lactancia materna y el cuidado de los padres, que sirven para detectar y prevenir problemas nutricionales como desnutrición, sobrepeso y obesidad; éstos son, peso para la edad (P/E), talla para la edad (T/E) y peso para la talla (P/T).

El presente estudio “Estado nutricional y características familiares en niños menores de 3 años, que asisten a instituciones de cuidado infantil privadas y públicas, Puno ciudad 2015”, fue motivado al observar que los padres habitualmente, dejan a sus niños en una institución de cuidado infantil (guarderías) porque tienen que trabajar, alterando probablemente el desarrollo del vínculo de apego con su niño y no participando del monitoreo de su desarrollo y salud del niño, pudiendo tener como efectos: desnutrición, sobrepeso, obesidad u otras enfermedades.

En nuestra sociedad el porcentaje de niños y niñas menores de tres años que van a las instituciones de cuidado infantil es muy grande. Los motivos porque los padres dejan a sus hijos en una institución de cuidado infantil son: En primer lugar y lo más habitual, es que los dejan porque tienen que trabajar y no tienen a nadie de confianza que pueda cuidar a sus niños mientras ellos se ausentan, por lo que las instituciones de cuidado infantil privadas y públicas también llamadas guarderías infantiles son casi iguales, hay sitios que ofrecen cuidados de más calidad que otros, con menos niños por cuidadora, y cuidadoras bien formadas y cariñosas, que no todos los niños se adaptan con facilidad, que muchas personas anhelan pasar el máximo tiempo posible durante los primeros años de vida con sus hijos y no perderse los detalles de su crecimiento.

Según las cifras estadísticas revisadas a nivel mundial, nacional y regional podemos mencionar que en los últimos años los niños están en riesgo de desnutrirse o conllevar a una mala nutrición que en la actualidad presenten un tipo de desnutrición, haciendo un total aproximado de 18 millones de niños y niñas que necesitan atención inmediata preventiva para evitar un mayor deterioro de un estado nutricional, etapa crucial para intervenir y evitar daños irreversibles por el resto de sus vidas.

Por otro lado, hasta el momento en nuestra región no se han realizado estudios actuales basados en la comparación del estado nutricional y características familiares entre niños de una institución privada y pública.

El presente estudio es importante porque actualmente es creciente la práctica inadecuada del cuidado de los niños, en aspectos de nutrición, educación y atención. Los resultados de esta investigación son de utilidad para los profesionales de las ciencias de la salud, principalmente para los profesionales de enfermería, ya que están comprometidos por medio del programa de promoción de la salud y el programa de atención integral del niño; asimismo, permitirá tomar decisiones y proponer alternativas de solución fomentando la salud a través de actividades promocionales dirigidas a los padres, instituciones de cuidado infantil, y las madres cuidadoras de dichas instituciones.

La investigación está dividida en cinco capítulos, en el capítulo I se observa el desarrollo y caracterización del problema investigado, seguido la formulación del problema, los estudios relacionados con esta investigación y los objetivos general y específicos planteados; el capítulo II contiene aspectos fundamentales del marco teórico respecto al estado nutricional y características familiares para ser comprobadas en el presente trabajo de investigación; el capítulo III contiene la metodología de investigación utilizada, con la población, muestra, tipo y diseño de investigación, seguidamente de la estadística descriptiva para la interpretación de los resultados; en el capítulo IV se explica todo el ámbito y sujeto de investigación; en el capítulo V se exponen y analizan los resultados además de la discusión de la investigación; y por último se llega a un debate en el que se clarifican las conclusiones y recomendaciones, se adjuntó la bibliografía y anexos en los cuales se señalan aspectos importantes realizados en esta investigación.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA, ANTECEDENTES Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El estado nutricional es una condición fundamental que determina la salud e influye sobre la enfermedad de los niños, especialmente durante el primer año de vida, debido a la gran velocidad de crecimiento; cualquier factor que altere este equilibrio repercute rápidamente en el crecimiento. Por esta razón, el control periódico de salud constituye el elemento más valioso en la detección precoz de alteraciones nutricionales, ya que permite hacer una evaluación oportuna y adecuada. El número de controles de Crecimiento y Desarrollo (CRED) incluyendo el estado nutricional en el 1^{er} año es de 6 controles cada 2 meses, en el 2^{do} año son 4 controles cada 3 meses, donde se detecta alteraciones del estado nutricional por exceso o por defecto.

Hambre y la desnutrición afectan a cerca de 53 millones de personas de América Latina y el Caribe. Casi 9 millones 16% de niñas y niños menores de 5 años padecen de desnutrición crónica (retardo en talla); además, de los 9 millones de niños y niñas desnutridos, se estima que hay 9 millones adicionales que están de riesgo de desnutrirse o que en la actualidad presenten un grado leve de desnutrición, haciendo un total aproximado de 18 millones de niños y niñas que necesitan atención inmediata preventiva para evitar un mayor deterioro de un estado nutricional. De este total aproximadamente 13 millones tienen menos de 3 años de edad, etapa crucial para intervenir y evitar daños irreversibles por el resto de sus vidas.¹

La desnutrición infantil es el resultado de la ingesta insuficiente de alimentos en cantidad y calidad, la falta de una atención adecuada y la aparición de enfermedades infecciosas; detrás de estas causas inmediatas, hay otras subyacentes como son la falta de acceso a los alimentos, la falta de atención sanitaria, la utilización de sistemas de agua y saneamiento insalubres, y las prácticas deficientes de cuidado y alimentación. Según los Determinantes de la desnutrición infantil crónica Jonsson (UNICEF) reconoce que la nutrición infantil es el resultado de factores directamente relacionados con la ingesta de alimentos y la salud del individuo. Este modelo propone que, para lograr y mantener el bienestar nutricional en los niños y niñas, es preciso actuar en torno a los siguientes campos: acceso a alimentos; adecuadas prácticas de cuidado materno infantil, y adecuados servicios de salud, abastecimiento

de agua segura y saneamiento ambiental. En el origen de todo ello están las causas básicas que incluyen factores sociales, económicos y políticos como la pobreza, la desigualdad o una escasa educación de las madres. Llegando a tener consecuencias como la incrementación de la propensión a enfermedades como obesidad, diabetes, hipertensión, dislipidemias e incapacidades. Retardo en el crecimiento y el desarrollo psicomotor.

Los tres primeros años de vida son muy importantes y trascendentales, específicamente para el crecimiento y desarrollo del niño, esto incluye el desarrollo físico, habilidades sociales, estado nutricional y el ámbito cognitivo; lo ideal es que el niño este al cuidado de sus padres, pero por la necesidad económica y la progresiva inserción de la mujer al mercado laboral, la mayoría de niños deben quedar al cuidado de terceras personas en instituciones de cuidado infantil.

Así también la familia es importante durante los primeros años del niño. Por lo tanto, el grupo fundamental de la sociedad y medio natural para el crecimiento y el bienestar de todos sus miembros, y en particular de los niños. Es precisamente la familia el primer colectivo en el cual se desenvuelve el niño, y para sentirse parte de este ha de cumplir los deberes que le corresponden en el hogar y en la familia como parte de la sociedad donde el niño debe sentir más cariño, respeto, atención, cuidado y admiración por sus padres. La familia en la estructura social donde se establecen los comportamientos básicos que determinan la condición de salud de las personas, el riesgo de enfermar y las conductas a seguir con respecto a las enfermedades, la familia tiene un papel central para la supervivencia infantil, el crecimiento y desarrollo durante la niñez.²

Las tendencias internacionales respecto de la integración de las intervenciones de salud y de la interrelación entre los diferentes determinantes de la salud, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han propuesto un enfoque que hace de la familia un ámbito clave para las intervenciones dirigidas a mejorar la salud de la población. Este enfoque de familia se aplica tanto a las intervenciones de prevención de enfermedades como a las de atención de la salud, así como a las intervenciones dirigidas a la promoción de hábitos saludables que puedan ser adoptados por la familia y a través de ella por la comunidad donde residan. Por lo cual la familia es fundamental para la salud, desarrollo del niño.³

Existen instituciones de cuidado infantil públicas y privadas, dentro de los públicos se considera institución de cuidado infantil CUNA MAS, a donde solo pueden acceder hijos de padres que trabajan eventualmente, con bajos recursos económicos, que preferentemente no tengan seguro de ESSALUD, sin embargo las instituciones de cuidado infantil privado ofertan atención a familias en general, que puedan pagar una mensualidad promedio de doscientos cincuenta nuevos soles (s/.250.00) aceptable a familias con regular o buenos recursos económicos.

El estado nutricional relacionado con la pobreza es alarmante aún, la gran mayoría de los niños que asisten a las instituciones de cuidado infantil (CUNA MAS) se encuentran desnutridos debido a escasos requerimientos básicos con comidas balanceadas o sustitutas del mismo modo cuando el nivel económico apenas le es posible, siendo los más perjudicados los niños, donde un alto porcentaje presenta peso y estatura baja; esto observando que el niño mal alimentado es más apático, indiferente y desatento, con capacidad limitada para comprender, retener hechos, etc. lo que hace deducir que el niño de haber padecido desnutrición crónica en la primera infancia sufrirá retardo en el crecimiento y desarrollo educativo será afectado.

El porcentaje de niños menores de tres años que van a las instituciones de cuidado infantil es muy grande. Los motivos porque los padres dejan a sus hijos en una institución de cuidado infantil son: En primer lugar y lo más habitual, es que los dejan porque tienen que trabajar y no tienen a nadie de confianza que pueda cuidar a sus niños mientras ellos se ausentan, por lo que la institución de cuidado infantil privada y pública también llamadas guarderías infantiles son casi iguales, hay sitios que ofrecen cuidados de más calidad que otros, con menos niños por cuidadora, y cuidadoras bien formadas y cariñosas, que no todos los niños se adaptan con facilidad, que muchas personas anhelan pasar el máximo tiempo posible durante los primeros años de vida con sus hijos y no perderse los detalles de su crecimiento.

El estudio realizado sobre características familiares de niños de dos a tres años, que asisten a las instituciones de cuidado infantil. La mayoría de las entrevistadas declaro que un 63% familia era nuclear completa. El 4,4% tamaño promedio de la familia, el 57% estaban integradas por 3 y 4 personas. La edad de la madre a cargo presentó un promedio de 30,8%. El promedio de edad del padre fue ligeramente mayor, de 34,3% años para la madre y de 12,2%. En el caso de la madre la educación fluctuó entre 2 y 20 años. En relación a la ocupación de las encargadas del niño/a, hubo un

29% de dueñas de casa, En el padre, los niveles ocupacionales mayoritarios corresponden a obrero sin capacitación 24% y profesionales 25%.⁴

Para el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) la desnutrición global (bajo peso para la edad del niño) tiene una prevalencia del 7% a escala nacional y sube a 11.8% en las zonas rurales. Por su parte, la desnutrición aguda (bajo peso para la estatura) es un indicador de desnutrición reciente, con frecuencia originada como resultado de episodios infecciosos, su prevalencia es de 0.9% para el país y de 1.2% en zonas rurales.

El 40.3% de desnutrición crónica se encuentra en la población rural y el 14.2% en la población urbana. Y según la incidencia de pobreza, el 2013 el departamento de Puno esta entre los 5 departamentos más pobres del Perú y es Huancavelica quien encabeza con un 66.1%, Apurímac con 63.1%, Huánuco con 58.5% Puno con 56.0%, Ayacucho con 55.9%, en el Perú se ha podido comprobar que existe un déficit de desarrollo psicomotor de los niños, especialmente aquellos que viven en sectores pobres, como las zonas rurales constituidos por diferentes grupos étnicos, en la cual la desnutrición afecta en los niños desde los primeros meses de vida.⁵

Un estudio realizado en Áncash demuestra los diagnósticos nutricionales fueron: desnutrición crónica 56.4% desnutrición aguda 3.4% y desnutrición global 40.2%. La desnutrición crónica fue mayor entre los niños de las comunidades rurales 62.7% que entre los barrios urbanos 44.3%, encontrándose diferencia significativa.⁶

En el periodo 2007 - 2012 Cusco ha venido experimentando una disminución sostenida de su desnutrición crónica infantil (DCI) con una mayor rapidez en el tramo 2010 - 2012. Aun así, se ubica por encima del promedio nacional. Existen 44 mil 381 niños menores en Cusco que sufren de desnutrición crónica infantil, lo que representa el 29,9% del total de niños menores de 3 años edad. Cusco debería alcanzar la meta regional de 23.2% de reducción de la DCI al año 2016.⁷

Un 16% de niños menores de 5 años, sufren desnutrición crónica en la región Puno. De cada 100 niños 17 niños sufren desnutrición crónica en la región de Puno. La mayoría de esos menores están en las provincias de Carabaya, Melgar y Azángaro. La provincia de Carabaya, un 30% de niños tienen desnutrición crónica, en Melgar y Azángaro un 19%, Huancané con 18%, Chucuito con 16%, Lampa con 15%, San Román, Yunyugo y Sandía 14%, Puno 12% y en la provincia de El Collao un 9% de niños presentan desnutrición.

En Puno la desnutrición crónica en niños menores de 3 años, ha disminuido discretamente en el periodo (4 puntos porcentuales), y afectó a más de 1 de cada 5 niños. La desnutrición global, también tuvo una evolución similar, afectó a más de 1 de cada 32 niños que acceden a los EESS. La desnutrición aguda, no ha mostrado cambios en el último año, y se presentó en 1 de cada 62 niños.

En el Centro Metropolitano - Puno, que atiende a la población que habitan en los barrios céntricos de la ciudad, el programa de crecimiento y desarrollo, indicó que durante el periodo 2010 al 2014 la proporción de desnutrición crónica en el menor de cinco años, ha tenido una reducción de 4,3 puntos porcentuales, siendo para el año 2014 de 20,9% y al I Semestre 2015 de 20,1%, con una tendencia a seguir reduciendo. Con respecto a la desnutrición global, este indicador ha presentado una ligera reducción, de 5,5% en el año 2010 a 3,8% en el año 2014, y en el I Semestre 2015 es de 3,6%, con la misma tendencia de los dos últimos años. El indicador de desnutrición aguda también indicó una ligera reducción, de 3,0% para el año 2010, a 2,0% para el 2014. En el I Semestre 2015 llegó a 1,8%. El sobrepeso en los niños menores de cinco años, se incrementó en el último año, siendo de 6,7% para el año 2014 cuando se había mantenido estable en 6,4% para los años 2012 y 2013. En el I Semestre 2015 llega a 6,5%. El indicador de obesidad fue el indicador más estable, su variación del año 2010 al 2014 ha sido tan sólo de 0,2 puntos, de 2,9% para el año 2010 a 2,7% para el año 2014, en el I Semestre 2015 alcanzó el 2,6%.⁹

Durante las practicas pre profesionales e internado comunitario, se ha observado que los padres habitualmente, dejan sus niños en una institución de cuidado infantil porque tienen que trabajar, alterando probablemente el desarrollo del vínculo de apego con su niño y no participar del monitoreo de su desarrollo, lo cual es importante. En relación a la institución de cuidado pública. Se observó en el año 2014 los niños menores de 3 años que viven en extrema pobreza tienen una mala nutrición, los que asisten a CUNA MÁS reciben (refrigerio de media mañana, almuerzo y refrigerio de media tarde); en tanto una institución privada, donde los padres tienen regular o buenos recursos económicos es probable que los niños presenten alguna alteración de la nutrición por exceso, cuya finalidad principal de la institución privada es apoyar a la madre trabajadora en cuidar a niños menores de 3 años; solo están encargados de supervisar a los menores y en cuanto a los refrigerios, las madres de los niños solo mandan sus loncheras nutricionales que por ejemplo

consta de: hamburguesa, fruta y agua, la cual esto conlleva un gran diferencia del estado nutricional de ambas instituciones de cuidado infantil.

1.2. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

1.2.1- En el ámbito internacional

En el informe “Progreso para la infancia, un balance sobre la nutrición”, en el que se señala que en el mundo existen 146 millones de niños menores de 3 años con desnutrición infantil, lo cual causa la muerte de 5,6 millones de niños al año. El informe señala que Cuba es el único país de América Latina en el que se ha erradicado la desnutrición infantil.¹⁰

En México la investigación titulada “Situación alimentaria y nutricional de la población de 1 a 3 años de edad de las comunidad infantil 2013”, cuyo objetivo fue conocer la vulnerabilidad de la nutrición infantil y su afectación en su rendimiento de aprendizaje. El estudio fue de tipo descriptivo-comparativo, aplicando estudios estandarizados de la encuesta nacional de la nutrición, con una población de 413 niños, llegaron a los siguientes resultados: el total de niñas de 76%, 36,6% obtuvieron un estado nutricional normal y 6.7% se encontraban con sobrepeso; del total de niños, el 30% se encontraron con estado nutricional en delgadez y 3.3% presento sobrepeso. Según el IMC en niños de 2 a 3 años, predominaron el sobrepeso y la obesidad 30,4%. El conocimiento que se tenga sobre la intervención de la nutrición, salud y desarrollo del aprendizaje, tanto en el ámbito de la familia como de las instituciones responsables de la salud de madres y niños, será factor básico para asegurar la incorporación normal del niño a la escuela.¹¹

En Nicaragua se realizó un estudio de tipo descriptivo corte transversal y tuvo como objetivo evaluar el estado nutricional y los factores socioeconómicos de niños del tercer nivel de niños el jardín de infancia Rubén Darío y escuela Rubén Darío de la ciudad de León, y la población estuvo constituida por todos los niños. El instrumento que se utilizó fue la entrevista realizada a los padres de familia de los niños incluidos para recopilar datos socioeconómicos y se determinó su estado nutricional utilizando el puntaje z, que se indicó con las medidas antropométricas, utilizando los parámetros de P/T; donde se encontró que 16.8% tenían una desnutrición leve, 5% una desnutrición moderada y 1 año presentaba desnutrición severa, el 13% obesidad y 8% sobrepeso. Los niños de la escuela Rubén Darío eran más propensos a tener

desnutrición mientras que los niños del jardín de infancia eran más propensos a presentar obesidad y sobrepeso. Entre los factores socioeconómicos más influyentes se encontró el ingreso económico de la familia, nivel educativo de los padres y el hábito de comer entre comidas.¹²

En Chile-Temuco, se evaluó una muestra representativa de 438 niños de 1 a 3 años aparentemente sanos de sectores urbano y rural, en la que el 36% de los niños provenían de un nivel socioeconómico medio bajo y el 24% del nivel socioeconómico bajo; en la que la antropometría reveló 39% de los niños con retraso de estatura, 20.4% con sobrepeso y obesidad, el 15% presentó desnutrición. El mismo estudio de la situación de desnutrición y su salud reveló 78.5% de los casos con dos o más evaluaciones alteradas; es decir solo el 21.5 % de los niños es sano. La situación encontrada es producto de las características de IX región de altos índices de pobreza, ruralidad con la presencia de un 40% de la población de Machupe, baja escolaridad materna y alfabetismo.¹³

En Venezuela la investigación titulada “Estado nutricional en niños preescolares que asisten a un jardín de infancia público” Se evaluaron transversalmente a todos los niños que asistieron durante el mes de marzo del año 2002, a un jardín de infancia suburbano público ubicado en el barrio Parroquial de un total de 190 preescolares inscritos, la muestra final quedó constituida por todos los niños que acudieron el día de la cita con sus representantes; se indagó el estrato social, las variables antropométricas; peso, talla y circunferencia del brazo, la hemoglobina, Se presentó un predominio del sexo femenino 52%. Según el estrato social 23,3% se ubicó en clase media y 76,8% en algún nivel de pobreza. El 60% de las madres de clase media habían terminado su educación secundaria y sólo el 9,8% de las madres en pobreza alcanzaron este nivel. El P/T y la CB/T de los hijos de madres universitarias presentaron diferencias al compararlos con los hijos de madres con nivel de educación primaria. Se presentó un 25,9% de anemia y hubo diferencias entre los grupos anémicos y no anémicos para T/E y CB/T. Se observaron protozoarios en 61,0%, helmintos en 16,9% y la presencia de ambos en 22,1%. Se encontró 2,6 veces mayor riesgo de presentar déficit nutricional para CB/T en el grupo parasitado. Se encontró un consumo adecuado de energía y hierro, con consumo excesivo de proteínas y vitamina A. Se concluye que existe riesgo nutricional evaluado a través de los parámetros hematológicos, la presencia de parasitosis y el estrato social.¹⁴

En el estudio realizado en Concepción titulada “Características familiares y desarrollo en niños y niñas de dos y tres años que asisten a sala cuna”. Este artículo describe algunas características de familias de 214 niños/as, entre 22 meses y 39 meses de edad, que asisten a primer ciclo de educación parvulario y la relación de éstas con el desarrollo psicomotor. La mayoría de las entrevistadas declaró que su familia era nuclear completa (63%) hubo un 20% de extensas incompletas, un 12% de familias extensas completas y un 5% de nucleares incompletas. El tamaño promedio de la familia fue de 4,4 y fluctuó entre 2 y ocho personas, la gran mayoría estaban integradas por entre 3 y 4 personas (57%) La persona a cargo del niño principalmente fue la madre (79%) hubo un 6% al cuidado de la abuela, un 2% del padre y el 2% restante, de tías o hermanas. La edad de la persona a cargo presentó un promedio de 30,8 años, con un rango entre 18 y 75 años. El promedio de edad del padre fue ligeramente mayor, de 34,3 años con un rango entre 22 y 63. El promedio de años de educación de los padres fue de 12,1 para la madre y de 12,2 para el padre; en el caso de la madre la educación fluctuó entre 2 y 20 años y en el caso del padre entre 0 y 22 años; hubo un 12% y un 10% de universitaria incompleta; y un 21% y un 25% de universitaria completa, también respectivamente. En relación a la ocupación de las encargadas del niño/a, hubo un 29% de dueñas de casa, el resto de las madres tiene una ocupación remunerada, un 19% de trabajadoras por cuenta propia sin calificación, un 21% de ocupaciones de nivel alto, el resto de la distribución se reparte en cifras similares de alrededor de un 10% en ocupaciones, desde obrera sin capacitación hasta empleada de nivel medio. En el padre, los niveles ocupacionales mayoritarios corresponden a obrero sin capacitación (24%) y profesionales (25%). El estado civil declarado por el entrevistado/a, más frecuentemente fue casado (57%) el 28% soltero, el 12% conviviente y el 3% separado.¹⁵

Otro estudio realizado en México titulado “Análisis del ciclo vital de la estructura familiar y sus principales problemas en algunas familias mexicanas”. Es una investigación descriptiva con un diseño no experimental donde se identificaron relaciones familiares en familias que asisten a terapia en una zona urbana. Se utilizó una guía de entrevista para detectar cuatro factores: estructura, características socioculturales, principales problemas y síntomas, y principios claves. Se entrevistó a 40 familias en diferentes etapas del ciclo vital con los resultado de un 15% en la

etapa de la llegada de los hijos, 35% con hijos pre escolares y en la edad escolar y por último, 50% con hijos adolescentes. Los resultados apuntan a que la estructura no representa diferencias debido al número de miembros o la forman sino que éstas se hacen presentes en cuanto a los patrones de funcionalidad característicos de cada etapa del ciclo vital de la familia concluyendo que se permitió identificar las etapas del ciclo vital familiar con hijos adolescentes donde se encontró interacciones familiares en su ciclo y límites entre flexibles y rígidos, ambigüedad característica en esta etapa lo que indica la dificultad de los padres para permitir avances en la individuación del joven.¹⁶

1.2.2.- En el ámbito nacional

En Áncash. Un estudio titulado: “El estado nutricional de niños menores de cinco años de comunidades rurales y barrios urbanos del distrito de Chavín de Huantar – 2011”. Con el objetivo de conocer el estado nutricional y apreciar los afectos de ayuda alimentaria que reciben los menores de 5 a años de comunidades rurales y barrios urbanos de un distrito de la sierra de Áncash, considerados como pobreza extrema. Se tomaron pesos y tallas de 408 niños menores de 5 años. Las mediciones se realizaron en el mes de julio del 2011 en el distrito de Chavín de Huantar. Se consideraron como límites de normalidad $+ o - 2$ desviaciones estándar de la mediana del NCHS. De los niños evaluados 47.6% fueron de sexo femenino y 52.4% de sexo masculino, 65.6% correspondientes a comunidades rurales y 34.4% a barrios urbanos. Los diagnósticos nutricionales fueron: desnutrición crónica 56.4% desnutrición aguda 3.4% y desnutrición global 40.2%. La desnutrición crónica fue mayor entre los niños de las comunidades rurales 62.7% que entre los barrios urbanos 44.3%, encontrándose diferencia significativa. El 91% de los niños evaluados tuvieron tallas para la edad menores de 3 desviaciones estándar, y solo el 4.7% alcanzo tallas de 0 a 2 desviaciones estándar respecto a la referencia talla/edad del NCHS. Se calculó el índice de masa corporal en niños de 2 a 4 años. Al aplicarlo, los diagnósticos fueron: normalidad 71.1%, déficit 2.4%, bajo peso 8.7%, sobrepeso 12.3%, obesidad 5.5%. Se concluyó que la alta prevalencia de desnutrición crónica en esta población de extrema pobreza y pobreza, planteó la necesidad de abordar el problema de la alimentación infantil de una manera urgente, integral y más efectiva.¹⁷

La región Cusco, en el año 2011, se realizó un estudio titulado “Estado nutricional de niños de comunidades rurales y barrios urbanos en la provincias de Chumbivilcas y Paucartambo”. Otro indicador para conocer la situación de la salud en la Región es la desnutrición crónica que padecen los niños menores de 12 años, que representa el 41% en la región Cusco y a nivel nacional alcanza al 25,4 %. Esto significa que, por cada 100 niños menores de cinco años, 41 niños, prácticamente, han disminuido su capacidad intelectual. Esta situación es más crítica en los niños de las provincias de Chumbivilcas y Paucartambo, llegando a registrar el 52%; es decir, de cada 100 niños menores de 5 años 52 niños se encuentran con desnutrición, registrándose los casos más extremos en las poblaciones rurales de las provincias.¹⁸

1.2.3.- En el ámbito local

La competitividad en Salud de la región de Puno es el punto más crítico que reveló el Índice de Competitividad Regional-INCORE Perú 2014; donde la mortalidad infantil es más del doble al promedio nacional y la desnutrición crónica es superior al de otras regiones, indicó Víctor Fuentes Campos, economista del Instituto Peruano de Economía.¹⁹

Un estudio realizado en Puno, titulado “Estado nutricional de los niños de 1 a 3 años que asisten a los Wawa Wasis alto andina (Pomata) y puma (Huacullani). 2003 a 2005”. El estudio fue de tipo descriptivo analítico, retrospectivo y comparativo, cuyo objetivo fue determinar la diferencia del estado nutricional de niños de 1 a 3 años que asisten a la wawa wasis de las zonas alto andina y puma. La muestra estuvo conformada por 400 niños por año, 220 de Pomata y 180 de Huacullani. Se concluyó que en parámetro peso/edad y en los años 2003, 2004 y 2005, el distrito de Huacullani muestra los porcentajes altos de desnutrición global mientras que el distrito de Pomata muestra proporciones menores de niños desnutridos. El parámetro talla/edad en los años 2003 y 2004 también en el distrito de Huacullani presenta mayores porcentajes de desnutrición crónica en comparación con el distrito de Pomata. A diferencia en el año de 2005, el distrito de Pomata presenta mayor porcentaje de desnutrición en comparación al distrito de Huacullani. Según los parámetros peso/talla en los años de 2004 y 2005 el distrito de Huacullani muestra altos índices de desnutrición aguda mientras que el distrito de Pomata presenta menores porcentajes.

A diferencia del año 2003 donde el distrito de Pomata presenta mayor índice de desnutrición mientras que el distrito de Huacullani muestra índices menores.²⁰

En Ilave bajo el título de “Influencia del conocimiento y nivel socioeconómico en el estado nutricional de los niños menores de 3 años en el distrito de Ilave 2009-2012, de tipo descriptivo analítico y corte transversal, con el objetivo de determinar las influencias del conocimiento y nivel socioeconómico en el estado nutricional de los niños menores de 3 años de edad., registrándose el peso, talla y la edad de cada niño. Los resultados obtenidos fueron: el 18% presento desnutrición crónica, el 9.1% desnutrición aguda y el 72.05 se encuentra con estado nutricional normal. En cuanto el nivel socioeconómicos de la familias según la encuesta modificada de Graffar nos muestra que el 19.7% se encuentra en el nivel socioeconómico medio, 47.5% en el nivel socioeconómico medio bajo, 32.8% se encuentra en el nivel socio económica bajo para quienes la alimentación cotidiana está resuelto, por lo tanto, el nivel socioeconómico influye en el estado nutricional de los niños. Los niños q se encuentran en el nivel socioeconómica medio, el 9.8% esta con desnutrición normal, el 7.5% con desnutrición crónica y 2.5% con desnutrición aguda en el nivel socioeconómico medio bajo, el 41.8% está con estado nutricional normal, 4.1% con desnutrición aguda y 1.6% con desnutrición crónica. El nivel socioeconómico bajo, el 20.9% esta con desnutrición normal, 9.8% con desnutrición crónica y 2.5% con desnutrición aguda.²¹

En Paucarcolla se realizó un estudio Titulado “Estado nutricional y desarrollo psicomotor en niños y niñas menores de 5 años beneficiarios y no beneficiarios de los programas sociales, comunidades Moro y Collana puno 2011” siendo el estudio de tipo transversal con diseño descriptivo comparativo; la población estuvo constituida por 41 niños y niñas, para la recolección de datos se utilizaron las guías de evaluación nutricional y evaluación psicomotor. Los resultados obtenidos de la evaluación nutricional fueron: según el indicador P/E, el 100% de los beneficiarios de la categoría normal; en tanto en los no beneficiarios el 20.8% se encuentran con desnutrición, el 5% con sobrepeso. Según el indicador P/T, el 100% de los beneficiarios esta normal, a diferencia del 5% de los no beneficiarios que presentan sobrepeso. Según el indicador T/E, el 7.7% de los beneficiarios presentan desnutrición crónica. A diferencia de los no beneficiarios el 25.8% tiene desnutrición crónica y el 5% presenta talla alta.²²

Según el instituto nacional de estadística e informática afirmó que, según el área de residencia, la mayor proporción de desnutrición en niños menores de 5 años se encuentra en los residentes de áreas rurales; siendo 3.0 veces más que en los residentes de áreas urbanas al año 2012 (31.9% rural, 10.5% urbano). Esta proporción ha tenido una tendencia continua a la reducción desde el año 2007, de 45.7% a 40.3% en 2009; 38.8% en 2010 y 31.9 % en el 2012. Mientras que el área urbana, ha tenido una tendencia lenta a la reducción, de 2007 hasta 2011 (15.6% en 2007 a 14.2% en 2009 y 10.1% en 2011); con una leve tendencia a incrementarse entre los años 2011 y 2012 (de 10.1% a 10.5%). si bien el Gobierno realiza un esfuerzo importante y genuino para reducir los índices de anemia y de desnutrición crónica infantil (DCI), la población debe comprender que se trata de un esfuerzo conjunto.⁹

1.3.OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo general.

Comparar el estado nutricional y características familiares en niños menores de 3 años que asisten a las instituciones de cuidado infantil privadas y públicas, Puno ciudad 2015.

Objetivo específico.

- ✓ Valorar el estado nutricional en niños menores de 3 años, que asisten a la institución de cuidado infantil privada, en temas de: T/P, T/E, P/E.
- ✓ Valorar el estado nutricional en niños menores de 3 años que asisten a la institución de cuidado infantil pública, en temas de: T/P, T/E, P/E.
- ✓ Identificar las características familiares en niños que asisten a instituciones de cuidado infantil privada.
- ✓ Identificar las características familiares en niños que asisten a instituciones de cuidado infantil pública.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO, MARCO CONCEPTUAL E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1. ESTADO NUTRICIONAL

El estado nutricional es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes. Evaluación del estado nutricional será por tanto la acción y efecto de estimar, apreciar y calcular la condición en la que se halle un individuo según los criterios de peso, talla, de las personas.²⁴

La evaluación nutricional mide indicadores de la ingesta y de la salud de un individuo o grupo de individuos, relacionados con la nutrición. Pretende identificar la presencia, naturaleza y extensión de situaciones nutricionales alteradas, las cuales pueden oscilar desde la deficiencia al exceso. Para ello se utilizan métodos médicos, dietéticos, exploraciones de la composición corporal y exámenes de laboratorio; que identifiquen aquellas características que en los seres humanos se asocian con problemas nutricionales. Con ellos es posible detectar a individuos malnutridos o que se encuentran en situación de riesgo nutricional.²⁵

2.1.1.1. Problemas nutricionales.

Según la FAO (organización de las naciones unidas para la alimentación y la agricultura), casi el 30 por ciento de la población mundial sufre alguna forma de malnutrición, ya sea aquellos que no tienen acceso de una cantidad de energía o nutrientes fundamentales (777 millones de personas sufren sub nutrición crónica) o bien aquellos que sufren enfermedades debidas a una alimentación excesiva o equilibrada (ciento de millones de personas en todo el mundo). Además, se estima en más de 2000 millones de personas las que sufren una o más deficiencias de micronutrientes.²⁶

a. Malnutrición proteico - energética.

La mal nutrición proteica – energética (MPE) es el más serio problema nutricional.

Se relaciona con la pobreza crítica. La existencia de poblaciones desfavorecida en muchos países en desarrollo forma el sustrato de la MPE.

Afecta gravemente a los niños en sus primeros 3 años de vida. Se observa un déficit de peso y talla para su edad. Las madres también son un colectivo a riesgo. En los países de baja renta, es la causa principal de la insuficiencia ponderal en el recién nacido, (Bajo peso al nacer). Se ha estudiado la posible inducción por parte de la propia madre, durante de las primeras fases de la gestación, de un perfil futuro de retraso en el crecimiento y de anemia nutricional.²⁷

La malnutrición de los niños es consecuencia de una serie de factores, que generalmente está relacionado con una pobre calidad de los alimentos, un consumo alimentario insuficiente y enfermedades infecciosas severas repetidas. O la mayoría de las veces una combinación de todo ello. Las personas malnutridas son más susceptibles a las infecciones y a las enfermedades. De forma que la desnutrición no está causada esta solo por la baja ingesta de alimentos o la malabsorción de ciertos nutrientes, sino que es el resultado de una compleja interacción de múltiples factores condicionantes interrelacionados e interdependientes: ingresos bajos, baja cantidad de compra, su ejemplo, desempleo, bajo nivel educativo, malas condiciones sanitarias, escasa disponibilidad de alimentos, falta de acceso a los servicios de salud, inestabilidad familiar, es decir, un estado general de pobreza y marginada, efecto del subdesarrollo y causa principal del hambre y la desnutrición.

Cuando la desnutrición materna determina el bajo peso al nacer del niño, se pone en peligro la supervivencia y se compromete al crecimiento y el desarrollo del recién nacido. Por tanto, es más incierto su futuro, en función del grado desnutrición de las madres. Por otro lado, aquellos niños que sobreviven a la mortalidad infantil, pasan a ser niños desnutridos, generalmente con retraso en el crecimiento, y su potencial productivo reducido. 177 millones de niños en todo el mundo siguen presentando retraso en el crecimiento. Los niños menores de 3 años de los países de baja renta tienen 20 veces más de morir durante sus primeros años de vida. Se estima que 13 millones de niños que mueren anualmente por la mal nutrición. La mal nutrición supone para las mujeres un riesgo mayor de complicaciones y de muerte durante el embarazo y el parto.²⁹

b. Problemas nutricionales en la infancia y salud del adulto.

Al igual que las consecuencias de la subnutrición de la mujer embarazada son importantes para el feto y la salud del adulto, son también importantes las consecuencias de la mal nutrición infantil en la etapa adulta, en términos de tamaño corporal, rendimiento laboral y desarrollo productivo, además del riesgo de enfermedades crónicas.

Una de las principales consecuencias de la talla baja en el adulto debido a la mala nutrición en la infancia es la reducción de la calidad laboral, con un impacto importante en la producción económica. En el caso concreto de las mujeres, una talla baja es un factor de riesgo importante para algunas observaciones obstétricas, por el pequeño tamaño de la pelvis.²⁹

c. Desnutrición.

Para entender el concepto de desnutrición, debemos entender inicialmente a la nutrición como el proceso biológico mediante el cual el ser vivo recibe, procesa, absorbe, transforma y utiliza los nutrientes ingeridos diariamente, produciendo energía para el correcto funcionamiento, crecimiento y mantenimiento normal de las funciones vitales del cuerpo.³⁰

Por lo tanto, si la nutrición, como función orgánica, es afectada por uno o más factores de los anteriormente mencionados, hablamos de desnutrición. Provocado por la deficiencia, el exceso o la mala asimilación de los alimentos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la desnutrición como el desequilibrio celular entre el suministro de nutrientes, energía y la demanda del cuerpo para que puedan garantizar el crecimiento, mantenimiento y funciones específicas.²⁵

Se conoce que la desnutrición es el resultado de una absorción deficiente, y/o de un uso biológico deficiente, de los nutrientes consumidos, y que habitualmente, genera una pérdida de peso corporal, alterando el desarrollo y crecimiento normal de los niños afectados.³²

❖ Las causas de desnutrición incluyen

La desnutrición infantil es el resultado de la ingesta insuficiente de alimentos (en cantidad y calidad), la falta de una atención adecuada y la aparición de enfermedades infecciosas. Detrás de estas causas inmediatas, hay otras

subyacentes como son la falta de acceso a los alimentos, la falta de atención sanitaria, la utilización de sistemas de agua y saneamiento insalubres, y las prácticas deficientes de cuidado y alimentación. En el origen de todo ello están las causas básicas que incluyen factores sociales, económicos y políticos como la pobreza, la desigualdad o una escasa educación de las madres.²⁷

- ✓ **Causas inmediatas:** alimentación insuficiente, atenciones inadecuadas y enfermedades.
- ✓ **Causas subyacentes:** Falta de acceso a alimentos, falta de atención sanitaria, agua y saneamiento insalubres.
- ✓ **Causas básicas:** Pobreza, desigualdad, escasa educación de las madres.

❖ **Consecuencias de la desnutrición**

Durante la infancia y la edad preescolar se asocian con:

- ✓ Retardo en el crecimiento y el desarrollo psicomotor, mayor riesgo de morbilidad con efectos adversos a largo plazo, incluyendo disminución en la capacidad de trabajo físico y en el desempeño intelectual en la edad escolar, la adolescencia y la edad adulta, lo que repercute en la capacidad del individuo para generar ingresos.
- ✓ Incluso incrementa la propensión a enfermedades como obesidad, diabetes, hipertensión, dislipidemias e incapacidades.
- ✓ Más aún, la desnutrición durante los primeros años de vida, a través de sus efectos adversos en el crecimiento durante la infancia de las mujeres, tiene efectos negativos en el peso al nacer de la siguiente generación.
- ✓ El desarrollo del cerebro también puede verse afectado directa o indirectamente como consecuencia de desnutrición infantil. La mayor susceptibilidad del sistema nervioso para ser afectado por desnutrición abarca desde la mitad de la gestación hasta los dos primeros años de vida.
- ✓ La desnutrición aguda puede ocasionar daño cerebral permanente en este lapso y con ello producir retardo del crecimiento antropométrico, cognitivo, emocional y en las funciones intelectuales por reducción del número y función de las células gliales, retardo en el crecimiento de dendritas, alteración en la sinaptogénesis y defectos en la mielinización.³⁴

2.1.1.2. Tipos de desnutrición.

Se calcula que 7,6 millones de niños menores de 3 años mueren cada año. Una tercera parte de estas muertes está relacionada con la desnutrición.

El índice de desnutrición se determina mediante la observación directa, que permite identificar niños demasiado delgados o con las piernas hinchadas; y midiendo la talla, el peso, el perímetro del brazo y conociendo la edad del niño, que se comparan con unos estándares de referencia. La desnutrición se manifiesta en el niño de diversas formas:

- ✓ Es más pequeño de lo que le corresponde para su edad.
- ✓ Pesa poco para su altura.
- ✓ Pesa menos de lo que le corresponde para su edad.

Cada una de estas manifestaciones está relacionada con un tipo específico de carencias. La altura refleja carencias nutricionales durante un tiempo prolongado, mientras que el peso es un indicador de carencias agudas. De ahí las distintas categorías de desnutrición.²⁴

➤ **Desnutrición crónica**

Un niño que sufre desnutrición crónica presenta un retraso en su crecimiento. Se mide comparando la talla del niño con el estándar recomendado para su edad. Indica una carencia de los nutrientes necesarios durante un tiempo prolongado, por lo que aumenta el riesgo de que contraiga enfermedades y afecta al desarrollo físico e intelectual del niño. La desnutrición crónica, siendo un problema de mayor magnitud en cuanto al número de niños afectados, es a veces invisible y recibe menor atención. El retraso en el crecimiento puede comenzar antes de nacer, cuando el niño aún está en el útero de su madre. Si no se actúa durante el embarazo y antes de que el niño cumpla los 2 años de edad, las consecuencias son irreversibles y se harán sentir durante el resto su vida.

➤ **Desnutrición aguda**

Se produce cuando el cuerpo ha gastado sus propias reservas energéticas. El cuerpo empieza a consumir su propia carne en busca de los nutrientes y la energía q necesita para sobrevivir. Los músculos y la reserva de grasa empiezan a desintegrarse.

La desnutrición aguda puede ser moderada o severa. Utilizando una tabla comparativa de la proporción peso/talla media para niños sanos, enseguida podemos determinar la gravedad de la desnutrición. Una proporción peso/talla inferior al 20 % de la media indica desnutrición moderada. La desnutrición se considera severa cuando la proporción es un 30% inferior a la media.

Otra medida antropométrica, utilizada con frecuencia en niños durante situaciones de crisis, es la medición de la circunferencia braquial en una altura a medio camino entre el hombro y el codo (perímetro braquial) un perímetro inferior a las 110 milímetros significa que el niño padece desnutrición aguda que su vida está en peligro.

➤ **Desnutrición global**

Es la forma de desnutrición más grave. El niño tiene un peso muy por debajo del estándar de referencia para su altura. Se mide también por el perímetro del brazo. Altera todos los procesos vitales del niño y conlleva un alto riesgo de mortalidad. El riesgo de muerte para un niño con desnutrición aguda grave es 9 veces superior que para un niño en condiciones normales. Requiere atención médica urgente. Carencia de vitaminas y minerales La desnutrición debida a la falta de vitaminas y minerales (micronutrientes) se puede manifestar de múltiples maneras. La fatiga, la reducción de la capacidad de aprendizaje o de inmunidad son sólo algunas de ellas.³⁶

2.1.2. EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL

La evaluación nutricional se ha orientado especialmente en el diagnóstico y clasificación de estados de deficiencia, lo que es explicable dado el impacto que tienen en la morbilidad infantil. La evaluación del crecimiento físico se realiza con técnicas antropométricas (peso, talla, perímetro cefálico, entre otras), para las cuales es necesario elaborar estándares nacionales en base al cálculo de percentiles sobre las mismas poblaciones con las que se trabaja y que se describirán más adelante.³⁷

2.1.2.1 Antropometría

Es la técnica que se usa con mayor frecuencia en la evaluación nutricional, ya que proporciona información fundamental acerca de la suficiencia del aporte de macronutrientes. Las mediciones más utilizadas son el peso y la talla, indicadores que generan signos de alarma en el ámbito médico escolar.

La Organización Mundial de la Salud recomienda el uso de las Curvas de Crecimiento elaboradas por el Nacional Center for Health Statistics (NCHS), ya que los pesos y tallas de niños provenientes de grupos socioeconómicos alto y medio de países subdesarrollados son similares a los de niños de países desarrollados con antecedentes comparables. En cambio, los referentes locales u otros de menor exigencia podrían estar describiendo el crecimiento de una población que no ha logrado expresar todo su potencial genético.²⁷

a. **El peso:**

Como parámetro aislado, no tiene validez y debe expresarse en función de la edad o de la talla. La relación peso/edad (P/E) es un buen indicador durante el primer año de vida, pero no permite diferenciar a niños constitucionalmente pequeños. Su uso como parámetro único no es recomendable. Se acepta como normal una variación de $\pm 10\%$ con respecto al peso esperado (percentil 50 o mediana del standard para la edad), o valores que estén ubicados entre + 1 desviaciones estándar y -1 desviaciones estándar. Entre - 1 y - 2 desviaciones estándar debe considerarse en riesgo de desnutrición y un peso bajo 2 desviaciones estándar es sugerente de desnutrición.

b. **Talla:**

También debe expresarse en función de la edad. El crecimiento lineal continuo es el mejor indicador de dieta adecuada y de estado nutricional a largo plazo. Es importante considerar que es un parámetro muy susceptible a errores de medición, y que por lo tanto, debe ser repetido, aceptándose una diferencia de hasta 5 mm entre ambas mediciones. Se considera como normal una talla entre el 95% y el 105% del estándar, lo que en las curvas del NCHS corresponde aproximadamente a valores entre percentil 10 y 90 para la edad.

El niño en condiciones normales puede cambiar de percentil durante el primer año de vida, dentro de cierto rango, ya que la talla de nacimiento es poco influenciada por factores genéticos o constitucionales, y éstos habitualmente se expresan durante el primer año, período en el cual el niño adquiere su canal de crecimiento.³⁹

2.1.2.2. Indicadores de estado nutricional

A. Peso para la edad

Refleja la masa corporal en relación con la edad cronológica. La relación peso/edad (P/E) es un buen indicador, pero no permite diferenciar a niños constitucionalmente pequeños. Su uso como parámetro único no es recomendable.

Este indicador está influenciado por la estatura y el peso para la estatura, por consiguiente, el déficit de peso para la edad indica riesgo de desnutrición. El peso representa tejidos nutricionalmente hábiles como lo son el musculo y la grasa; por otra parte, la pérdida de peso refleja procesos agudos de agresión ambiental y el edema lo incrementa dando una impresión falsa; además en aquellos casos en los cuales la estatura baja existe un enanismo nutricional, aunque el peso sea adecuado para la baja estatura, darán porcentajes adecuados del peso para la edad por bajo el valor de referencia. Por tanto el peso para la edad no estima si el problema es de reciente iniciación, solamente déficit de peso, o si es un proceso prolongado por lo cual ya se ha efectuado el crecimiento es estatura.²⁷

Tabla de clasificación del estado nutricional de acuerdo a peso para la talla.

Estado Nutricional	Punto de cohorte (percentiles)
Sobrepeso.	>+2 DE
Normal	≤+2 a ≥-2 DE
Desnutrición.	<-2 DE

➤ **Sobrepeso.**

Para muchas familias, el tener un hijo gordito, mofletudo, y lleno de pliegues es todo un logro, una señal de que el niño está bien, fuerte, y lleno de salud. Pero los expertos en nutrición infantil no piensan igual. Y van a más: dicen que estas familias están muy equivocadas. Lo que importa no es que el niño esté gordo o delgado. Lo que interesa es que el niño esté sano.

➤ **Normal**

Un control regular es importante para el desarrollo del peso de los niños con la edad, para ver si su curva de peso sigue con normalidad la tabla de peso para niños a partir de los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Si el peso de los niños está muy lejos de la media que puedes ver en este diagrama, o sea, no dentro del 15 y el 85% es aconsejable hablar con el pediatra. Porque si realmente el peso de los niños está muy por debajo o muy por encima de la normalidad, puede ser un riesgo para la salud. Puedes encontrar más información sobre la obesidad infantil en nuestros artículos.

➤ **Desnutrición.**

La Desnutrición Infantil es un cuadro patológico provocado por la falta de ingesta o mala absorción de alimentos, y/o por estados de exceso metabólico que afecta a las personas más indefensas de la sociedad, como lo son la población infantil, la cual se manifiesta por la falta de alimentos o la insuficiente cantidad de calorías, nutrientes, vitaminas y minerales necesarios para mantener un estado de salud y peso acorde a la edad. La desnutrición infantil crónica se debe al déficit calórico proteico, pero existen otras patologías en las que hay déficit de otro tipo de nutrientes.⁴¹

B. Talla para la edad.

Refleja el crecimiento lineal alcanzado y sus deficiencias acumulativas de la salud o la nutrición a largo plazo.

Como las deficiencias de la talla son consecuencias de un proceso más largo plazo, a menudo se une el término “mal nutrición crónica” para describir la talla baja para la edad. Que parece aplicar que la desnutrición insuficiente o el consumo inadecuado de alimentos son la causa de la deficiencia observada. No establece una diferencia entre la deficiencia asociada con un acontecimiento pasado y el relacionado con un proceso continuo a largo plazo, pero esta diferencia tiene repercusiones importantes para la intervención.

Cuando la estatura para la edad está por debajo del valor de referencia, es indicador de riesgo de desnutrición crónica, o de retardo en el crecimiento. La estatura es más estable que el peso, es decir, su velocidad de aumento se altera más lentamente por las influencias ambientales y se requieren periodos largos de enfermedad, privación afectiva o de una dieta deficiente para que se retrase el crecimiento lineal. Cuando existe déficit severo de estatura originados por ambientes adversos, se puede hablar de enanismo nutricional. El déficit de estatura se asocia con bajo estado

socioeconómico, deficiente calidad de vida, enfermedades a repetición y de larga duración, privación psicosocial y dietas deficientes en cantidad y calidad.⁴²

Tabla de clasificación del estado nutricional de acuerdo a talla para la edad.

Estado Nutricional	Punto de cohorte (percentiles)
Alta.	>+2 DE
Normal.	≤+2 a ≥-2 DE
Baja.	≥-3 DE
Baja severa.	<-3 DE

➤ **Alta.**

La estatura alta se define como una talla por encima al percentil 97. Esto significa que el 3% de la población presenta una estatura alta. Esta se denomina estatura alta familiar cuando uno o ambos padres tienen una talla superior al percentil 97. Los padres de los niños y adolescentes con estatura alta idiopática tienen una talla situada en el margen superior de la normalidad pero por debajo del percentil 97. Es probable que su estatura alta represente la variación normal en la talla dentro de una familia o la tendencia secular positiva en la talla. El diagnóstico de estatura alta familiar o idiopática puede establecerse en general a partir de mediciones previas de la talla que demuestran un crecimiento por encima del percentil 97 pero paralelo al mismo y una exploración física normal. Para este diagnóstico de variante normal de la talla se precisan curvas de crecimiento de referencia de la población

➤ **Normal.**

El crecimiento lineal continuo es el indicador de dieta adecuada y de estado nutricional a largo plazo. Es importante considerar que es un parámetro muy susceptible a errores de medición, por lo tanto, debe ser repetida, aceptando una diferencia anterior a 2 mm entre ambas mediciones. Se acepta como normal una talla entre el percentil 10 % y 90% del estándar, lo que en las curvas del NCHS corresponde aproximadamente a valores entre el percentil 10 y 90 para la edad.

➤ **Baja.**

Cuando la estatura para la edad esto por debajo de valor de referencias, es indicador de riesgo de talla baja o desnutrición crónica, o de retardo en el crecimiento. La estatura es más estable que el peso, es decir, su velocidad de aumento se altera lentamente por las influencias ambientales y se requieren periodos largos de enfermedad, privación afectiva o de una dieta deficiente para que se retrase el crecimiento lineal.

El riesgo es reconocido en las evaluaciones cuando existe un estancamiento del crecimiento, llamado también señal de alerta, en la que debe indagarse acerca de factores condicionantes según edad del niño.

➤ **Baja severa.**

Cuando existe déficit severo de estatura originados por ambiente adverso, se puede hablar de enanismo nutricional. El déficit de estatura se asocia con bajo estrato socioeconómico, deficiente calidad de vida en enfermedades, repitencia escolar y de larga duración, privación psicosocial y dietas deficientes en cantidad y calidad.⁴³

C. Peso para la Talla

El índice de peso para la talla (P/T) ha sido utilizado clasificadamente para evaluar el estado nutricional. Tiene la ventaja de que no requiera un conocimiento preciso de la edad; sin embargo, en niños la relación peso/talla cambia bruscamente con la edad. Por lo que se ha cuestionado su real utilidad. A pesar de esto, el índice peso/talla es aun utilizado para diagnosticar obesidad y desnutrición en niños.

El índice de pesos para la talla (P/T) es útil para el diagnóstico de bajo peso, sobrepeso, obesidad y crónicos obesos. Su uso como único parámetro de evaluación puede no diagnosticar como desnutridos a algunos niños que efectivamente lo son por ellos, se recomienda el uso combinado de los índices peso/talla y talla/ edad, lo que permite una evaluación más precisa. Para determinar la relación entre peso para la talla, se recomienda el uso del índice de masa corporal (índice de Quetelet).⁴⁴

Tabla de clasificación del estado nutricional de acuerdo a peso para la talla.

Estado Nutricional	Punto de cohorte (percentiles)
Obesidad.	$>+3$ DE
Sobrepeso.	$\leq+3$ DE
Normal	$\leq+2$ a ≥ -2 DE
Desnutrición.	≥-3 DE
Desnutrición severa.	<-3 DE

➤ **Obesidad.**

Los niños en esta categoría generalmente presentan sobrepeso para su edad, pero la talla no alcanza a su estatura normal. Este proceso se presenta en niños con historia pasada de desnutrición crónica que por mucho tiempo no pudieron recuperarse, a este grupo de niños se les llama también enano nutricional entre el ingreso. Para recuperar este déficit al niño suele recibir alimentos poco balanceado, que va llevar a una sobre alimentación, que rompe el equilibrio nutricional entre el ingreso y la necesidad orgánica, ocasionándose la obesidad, es decir el aumento de la grasa corporal que no logra recuperar el crecimiento; es por ello, q los niños no presentan talla adecuada para su edad, aunque el peso se halla tratado de recuperar.

➤ **Sobrepeso.**

El sobre peso es el aumento del peso corporal por encima de un patrón dado en relación con la talla del niño, se considera también el porcentaje que anormalmente se encuentra elevado por la grasa corporal que puede ser generalizada o localizada. Dado que el sobre peso como la distribución de la grasa corporal son factores útiles para predecir los riesgos para la salud asociados con la obesidad.

Esto se consigue pensándolos, midiéndolos y observando luego una tabla de peso según las estaturas, en la mayoría de los casos es el resultado de consumo de una dieta de valor calórico superior a las necesidades del niño, aunque en ocasiones es debida a enfermedades genéticas o endocrinas. Otros factores condicionantes son la falta de ejercicio, trastornos psicoactivos, la introducción de alimentos de alta densidad calórica (alimentos ricos en carbohidratos), la manera de cocinar y la actitud frente a la ingesta de alimentos.

➤ **Normal.**

Es el niño que presenta valores normales nutricionales, es catalogado también eutrófico. Cuando la talla y el peso son adecuados para la edad del niño, es decir si el peso/talla es normal y talla/edad es también normal.

Los niños con buen crecimiento revelan significativamente una buena alimentación en función a sus necesidades nutricionales, y en estas condiciones el sentido de la curva es paralelo a los percentiles gráficos. El concepto de población normal surge del análisis estadístico de una masa significativa de datos que permite establecer los límites que discriminan una población normal a otra anormal.

➤ **Desnutrición.**

Es el riesgo de reducir la grasa corporal que determina un peso subnormal. En general se considera riesgo de desnutrición cuando el peso corporal se encuentra entre el percentil ≥ -3 DE. El riesgo de delgadez se acompaña de buena salud, por ello, generalmente pasa por desapercibido y solo en las evaluaciones nutricionales son detectados, porque presenta estancamiento en la curva ponderal.

➤ **Desnutrición severa.**

Es una reducción difusa de la grasa corporal que determina un peso anormal. En general se considera delgado del niño que tiene un peso corporal menor al percentil. La delgadez de grado leve o moderado puede acompañarse de buena salud, pero en general se considera que una pérdida de peso equivalente al 40% y 50% del peso corporal es incompatible con la vida.

La delgadez o bajo peso indica un estado de deficiencia en el consumo o disposición biológica de energía y/o nutrientes que afecta negativamente en la salud de quien la padece.⁴⁵

4.1.4. INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTOS DE MEDICIÓN.

A. mediciones del peso y talla.- la confiabilidad en la toma de peso depende de:

- ✓ Obtener la edad exacta.
- ✓ Dominio de la técnica de peso y talla (es preferible que la medición lo realice la misma persona).
- ✓ Estado o motivo del niño

- ✓ Vestimenta ligera (pañal o trusa y chaqueta o polo).
- ✓ Sensibilidad de la balanza y su mantenimiento.
- ✓ Contar con sistema de control de calidad eficiente.

Es importante determinar registra el sexo y determinar la edad correcta de la niña o niño al evaluar los datos antropométricos, ya que los estándares de referencia para el crecimiento están divididos por sexo en categorías de edad, por mes, de llegar de registrarse la edad en forma inadecuada la evaluación nutricional de la niña o niño será incorrecta.⁴⁶

B. Medición del peso para la niña o niño menor de 24 meses

Equipo

Una balanza calibrada en Kilos con graduaciones cada 10 gramos.

Balanza redonda de resorte tipo reloj capacidad de 25 kilogramos con graduación cada 100 gr además un ángulo, dos sogas, dos calzonetas y dos mantas.

Para realizar el control de peso de los niños deben participar dos personas. Una de ellas, que generalmente es la madre, padre o adulto responsable del cuidado del niño, se encarga de sujetar al niño y asegurarse de que el niño no se vaya caer, mientras que el personal de salud encarga de realizar la medición y registrar.

Procedimiento:

1. Fije la balanza en una superficie plana y firme, en caso de contar con balanza redonda tipo reloj ubicarla en un lugar adecuado asegurándose que este permita la altura y distancia suficiente para evitar que el niño toque el piso y se apoye de alguna forma, evitando así una medida incorrecta.
2. Cubra el platillo del peso con un pañal (pesado previamente)
3. Calibre la balanza en cero antes de cada pesada.
4. Solicite a los padres de la niña o niño que retire los zapatos y la mayor cantidad de ropa que sea posible.
5. Coloque al niño desnudo o con la menor cantidad de ropa, sobre el platillo, sentado o acostado (de acuerdo a la edad) y busque equilibrarlo. En caso de usar balanza de reloj coloque al niño dentro de la manta o calzoneta y colocarlo del gancho inferior de la balanza.
6. El observador se situará enfrente de la balanza y procederá a leer el peso marcado cuando la aguja este en punto de equilibrio.

7. Anotar el peso leído y con aproximaciones de 10 a 20 gramos antes de bajar al niño de la balanza. Repetir la acción por dos veces para conseguir un peso exacto.
8. Registre el peso en los documentos y formatos correspondientes y compare el valor con el peso esperado para la edad.
9. Equilibre la balanza hasta que quede en cero.

Lectura:

Debe hacerse en kg y 1 decimal que corresponde a 100 gr (ejemplo: 7.1 Kg). Si la balanza reporta 50 gr redondear al límite inferior (ejemplo 6.250 kg, registrar como 6.2 kg). Si por motivo de fuerza mayor es necesario mantener parte de la ropa (por falta de privacidad, zonas muy frías u otros) es necesario restar el peso de esas ropas del peso obtenido. Se recomienda para ello elaborar una lista de prendas de mayor uso local con sus respectivos pesos (pesar en balanza certificada).

Medición del peso para la niña o niño mayor de 24 meses**Equipo:**

Una balanza de pie con graduaciones por cada 100 gramos.

Procedimiento:

1. Coloque la balanza en una superficie horizontal, plana, firme y fija para garantizar la estabilidad de la balanza.
2. Equilibre la balanza en cero
3. El niño debe tener la menor cantidad de ropa, sin calzado y medias, colocando los pies sobre las huellas de la plataforma para distribuir el peso en ambos pies.
4. Sobre el brazo principal, mueva la pesa hasta sobrepasar el peso y luego hágala retroceder hasta que equilibre la aguja del indicador de la balanza (kilos y gramos)
5. Registre el peso en los documentos y formatos correspondiente.
6. Equilibre la balanza en cero.

Medición de la longitud para la niña o niño menor de 24 meses de edad**Equipo:**

Un Infantómetro de base ancha y de material consistente y un tope móvil o escuadra

Procedimiento:

Para la medición de la longitud se necesita dos personas. Una de ellas es el personal de salud responsable de la medición y la otra persona asistente puede ser otro personal de salud o la madre, padre o adulto responsable del cuidado del niño.

1. La medición se hace con el niño en posición horizontal o echado.

2. El infantómetro debe estar ubicado sobre una superficie que este lo más nivelada posible, sin pegarlo a la pared por ninguno de sus extremos para permitir que la persona que mide y el asistente ocupen estos lugares.
3. Se coloca al niño sin gorro, moños, ni zapatos, boca arriba sobre el infantómetro, con la cabeza contra el tope fijo y con los pies hacia el tope móvil.
4. El Asistente debe situarse al extremo del infantómetro y tomar la cabeza con ambas manos colocándola de modo que toque suavemente el tope fijo.
5. La persona que mide debe situarse a un lado (lado donde se encuentra la cinta métrica), sujetando los tobillos juntos del niño y con el codo de ese brazo (Izquierdo) hacer presión suavemente sobre las rodillas del niño para evitar que las flexione.
6. Acercar el tope móvil con la mano libre (derecha) hasta que toque las plantas, ejerciendo una presión constante.
7. Leer la medida sobre la cinta métrica y anotar el número que aparece inmediatamente por delante del tope móvil.
8. Repetir la medición de la talla hasta conseguir una diferencia máxima de un milímetro entre una medición y otra.
9. Una vez realizada la medición, se anotará el valor en los documentos y formatos correspondientes.

Lectura:

Se hará en metros con sus respectivos milímetros. Cuando el valor de la talla se encuentre entre dos milímetros redondear el milímetro inferior. Ejemplo: lectura 1m 20 cm 4 mm, registrar 1m 20 cm 3 mm.

Medición de la altura para la niña o niño mayor de 24 meses de edad**Equipo:**

Un Tallímetro de pie de madera.

Procedimiento:

1. Ubicar el tallímetro sobre una superficie nivelada, pegada a una pared estable, lisa y sin zócalos, que forme un ángulo de 90° entre la pared y la superficie del piso.
2. Pedirle a la madre que le quite los zapatos, medias y accesorios en la cabeza del niño.
3. Parar al niño sobre la base del tallímetro con la espalda recta apoyada contra la tabla.

4. El asistente debe asegurarse que el niño mantenga los pies sobre la base y los talones estén pegados contra la tabla.
5. Colocar la cabeza del niño con la mano (izquierda) sobre la barbilla, de manera tal, que forme un ángulo de 90° entre el ángulo externo del ojo y la zona comprendida entre el conducto auditivo externo y la parte superior del pabellón auricular, con la longitud del cuerpo del niño.
6. Asegurarse que el niño tenga los hombros rectos y que la espalda esté contra la tabla, no debe agarrarse de la tabla, que los dedos índices de ambas manos deben estar sobre la línea media de la cara externa de los muslos (a los lados del cuerpo).
7. Bajar el tope móvil del tallímetro con la otra mano de la persona que mide hasta que toque la cabeza del niño pero sin presionar.
8. Leer el número inmediatamente por debajo del tope. Si sobrepasa la línea del centro añadir 5 mm al número obtenido. En caso de que éste sobrepase la línea correspondiente a centímetros, deberá registrarse el número de “rayas” o milímetros. Repetir la medición de la talla hasta conseguir una diferencia máxima de un milímetro entre una medición y otra.⁴⁷

4.2. Loncheras saludables.

Las loncheras escolares son importantes y necesarias para los niños en las etapas pre-escolar y escolar, porque permiten cubrir las necesidades nutricionales, asegurando así un rendimiento óptimo en el centro educativo.⁴⁸

Objetivos:

Aportar energía, ya que diariamente los niños sufren desgaste por las actividades desarrolladas durante las horas de clase, recreo y práctica de deporte.

Mantener al niño alerta para que preste mayor atención en clase y no se duerma.

¿Cómo se clasifican los alimentos?

Energéticos: son todos los carbohidratos: pan, arroz, tostadas, papa, queque de casa, mazamorra, etc.

Formadores: son de origen animal, aportan proteínas, forman el organismo y ayudan al crecimiento: carne, huevo, pollo, leche, queso, pescado, etc.

Protectores: aportan las principales vitaminas, minerales y fibra: verduras y frutas.

Composición de la lonchera escolar. Recordemos que la lonchera no reemplaza al desayuno, al almuerzo, ni comida diaria.

Una lonchera debe ser, además de nutritiva, balanceada, por lo tanto incluye todos los grupos básicos de alimentos.

Por ejemplo: 1 pan con huevo (energético y formador) 1 fruta (protector) y un refresco (mate).⁴⁹

4.2. CARACTERÍSTICAS FAMILIARES

La familia es la unidad básica de las sociedades (urbanas y rurales), está integrada por individuos que se encuentran bajo la responsabilidad de una cabeza familiar. También se ha demostrado históricamente ser el núcleo indispensable para el desarrollo de la persona, la cual depende de ella para su supervivencia y crecimiento. No se desconoce con esto otros tipos de familia que han surgido en estas últimas décadas, las cuales también enfrentan desafíos permanentes en su estructura interna, en la crianza de los hijos/as, en su ejercicio parental o maternal. Por mencionar algunas, la familia de madre soltera, de padres separados las cuales cuentan con una dinámica interna muy peculiar.

Existen varias características en la familia que repercuten en el crecimiento y desarrollo de los niños: entre ellos tenemos tipos de familia, ciclo vital de la familia, edad de los padres, ocupación, estado civil, grado de instrucción, seguro de vida, entre otras.⁵⁰

1.-TIPOS DE FAMILIAS

A) **La familia nuclear o elemental:** Es la unidad familiar básica que se compone de esposo (padre), esposa (madre) e hijos. Estos últimos pueden ser la descendencia biológica de la pareja o miembros adoptados por la familia. Las familias nucleares pueden dividirse en diferentes subtipos:

- **Familia nuclear biparental numerosa:** La que está formada por los padres y más de cuatro hijos.
- **Familia nuclear biparental con parientes próximos:** Se refiere a aquella familia que comparte su hogar con otros miembros familiares, generalmente el padre o la madre de uno de los cónyuges. La presencia de un pariente próximo en el hogar puede ser un apoyo para la familia o una fuente de conflictos dentro de la misma.

- ▮ **Familia nuclear biparental ampliada:** Cuando en el hogar conviven otras personas, que pueden ser parientes (tíos, abuelos, etc.) o personas sin vínculos consanguíneos (allegados, huéspedes, etc.). Se debe investigar las relaciones que mantienen las personas que viven en la casa, ya que dependiendo del papel que desempeñen y de sus relaciones, podrán utilizarse como recursos o ser la causa de conflictos.
- ▮ **Familia nuclear biparental reconstituida:** Cuando después de una separación, uno de los cónyuges se ha vuelto a casar y conviven en el hogar hijos de distinto progenitor. Hay que evaluar el impacto que los nuevos matrimonios ejercen en cada miembro de la familia e investigar los problemas que generan los padrastros/madrastras o hermanastros, los celos, los conflictos de lealtad, etc.⁵¹

B) La familia extensa o consanguínea: Se compone de más de una unidad nuclear, se extiende más allá de dos generaciones y está basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de personas, incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás; por ejemplo, la familia de triple generación incluye a los padres, a sus hijos casados o solteros, a los hijos políticos y a los nietos.

C) La familia monoparental: Es aquella familia que se constituye por uno de los padres y sus hijos. Esta puede tener diversos orígenes. Ya sea porque los padres se han divorciado y los hijos quedan viviendo con uno de los padres, por lo general la madre; por un embarazo precoz donde se configura otro tipo de familia dentro de la mencionada, la familia de madre soltera; por último da origen a una familia monoparental el fallecimiento de uno de los cónyuges.²⁵

2.- CICLO VITAL DE LA FAMILIA

Se conoce como "ciclo vital" al desarrollo de la familia tomada en su conjunto, a los diferentes "momentos" por los cuales van atravesando todos los miembros de la familia, quienes van a ir compartiendo una historia común. El desarrollo y evolución de la unidad familiar a lo largo del ciclo vital familiar están íntimamente ligados a las fases de evolución y desarrollo de sus miembros. A medida que crecen los miembros de la familia, crece también ésta en su conjunto.⁵²

- **La formación de la pareja (formación).** El noviazgo además de encuentro es un periodo de intensas negociaciones y adaptaciones entre los novios que proyectan convivir. En función de los modelos aprendidos en sus propias familias de origen, cuando una pareja se une, cada cónyuge intentará que el otro asuma las actitudes que conoce o que prefiere e incitará al otro a hacerlo. Los miembros de la pareja aportan cada uno los usos y costumbres de su propia familia de origen, cada cual querrá que el otro asuma las formas que le son familiares. Cada cónyuge tendrá áreas en las que será flexible y áreas en las que no cederá, confirmará en algunas circunstancias a su pareja y lo rechazará en otras. A medida que se acomodan y se asimilan a las preferencias del otro, algunas conductas son reforzadas y otras descartadas. De ese modo se constituye un nuevo sistema familiar.
- **La familia con hijos pequeños (expansión).** Con el nacimiento del primer hijo, se crean al instante nuevos subgrupos dentro de la familia, con funciones distintas: pareja, padres, padre-hijo, madre-hijo. Deben aparecer nuevas funciones para la crianza del hijo, con la elaboración de nuevas reglas. El funcionamiento de la pareja debe modificarse para enfrentar los requerimientos de la paternidad. En general, toda la unidad familiar debe efectuar cambios para pasar de un grupo de dos a uno de tres.
- **La familia con hijos en edad escolar o adolescentes (dispersión).** Aquí se produce un cambio tajante en todo el sistema familiar, en el momento en que los hijos empiezan a ir a la escuela. La familia comienza a relacionarse con un nuevo grupo social, muy organizado, muy influyente y con una gran importancia social. Las nuevas pautas se refieren a situaciones relacionadas con la escolarización y las nuevas condiciones de socialización que van a vivir los hijos. Hay que regular formas de ayuda en las tareas escolares, quién debe hacerlo, hora de acostarse, tiempo para el estudio y para el esparcimiento, actitudes frente a las calificaciones escolares, relaciones de los hijos con sus iguales, adquisición de hábitos para el desarrollo, la educación, el orden, la higiene, las relaciones.
- **La familia con hijos adultos (contracción).** Los hijos, ahora adultos jóvenes, han creado sus propios compromisos e intereses fuera del hogar: amigos, una carrera, un trabajo y en muchos casos, una pareja con la que

compartir su vida. La nueva organización es ahora una relación entre adultos, quienes han de ir renegociando explícita o implícitamente el modo como desean de relacionarse y convivir.⁵³

3.- EDAD DE LOS PADRES

Los padres pueden tener edades comprendidas de las siguientes etapas de vida:

➤ **Adolescencia**

Se sitúa entre los 12 y 18 años y es la fase de extraordinaria importancia para el desarrollo de la personalidad, cuya resolución va a tener importantes repercusiones en el desarrollo del adulto y de la sociedad en general.

En esta etapa somos capaces de adquirir nuevas responsabilidades y empezar a buscar la independencia. Cada decisión tomada marca el proyecto de vida que estamos forjando. Decisiones como utilizar un método anticonceptivo para prevenir un embarazo no planeado y utilizar condón para disminuir el riesgo de adquirir una infección de transmisión sexual. En este periodo de vida, que es una transición entre la infancia y la edad adulta, se dan importantes cambios en todos los sentidos:

- Físicos: maduración sexual y crecimiento corporal.
- Intelectuales: se alcanza el pensamiento lógico-formal.
- Sociales: se alcanza la responsabilidad jurídica y ciudadana.
- Emocionales: fenómeno de la desvinculación, mayor importancia de los amigos, mayor autonomía moral y conductual.

➤ **Juventud**

Periodo entre los 19 y 29 años de edad, constituye el de mayor capacidad física, y corresponde a la inserción activa en el mundo laboral y social.

En la juventud muy probablemente se enfrentan decisiones como las de vivir en pareja, tener o no tener hijos y planear cuándo tenerlos, encontrar el primer trabajo, salir de casa de los padres, seguir estudiando, etcétera. Aunque parecieran no estar relacionadas, todas las sumas de todas nuestras decisiones contribuyen a determinar la calidad de vida a la que podemos aspirar y repercute en el tamaño de la población, en el desarrollo económico, político, cultural y social del país.

En esta etapa las mujeres procrean gran parte de los hijos que tendrán a lo largo de su vida reproductiva, en 2009, la tasa específica de fecundidad indica que en el estado de Morelos el mayor número de nacimientos se presentó entre las mujeres de 20 a 24 y 25 a 29 años, con 108 y 103 nacimientos por cada mil mujeres, respectivamente. Conforme aumenta la edad de la población femenina, disminuye el número de nacimientos hasta alcanzar una cifra de uno al final de la vida fértil.

➤ **Adulto joven**

La edad adulta joven abarca entre los 30 y los 59 años, en esta etapa el individuo alcanza la plenitud de su desarrollo biológico y psíquico. Su personalidad y su carácter se presentan relativamente firmes y seguros con todas las diferencias individuales que pueden darse en la realidad y ejerce plenamente su actividad profesional, cívica y cultural.

➤ **Adulto mayor**

Se sitúa en la población de 60 años a más, el envejecimiento es un proceso que marca la pérdida gradual en las capacidades motrices y cognitivas de la persona.⁵⁴

4.- OCUPACIÓN.

La ocupación se define como el conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de trabajo, independientemente de la rama de actividad donde aquélla se lleve a cabo y de las relaciones que establezca con los demás agentes productivos y sociales, determinados por la Posición en el Trabajo, hace referencia a lo que se dedica; a su trabajo, empleo, o profesión lo que le demanda cierto tiempo. La ausencia de la madre en el hogar por el trabajo remunerado afecta el estado nutricional y de salud de sus hijos, pero este hecho no ha sido estudiado en madres, entre ello tenemos las siguientes ocupaciones:⁵⁵

- **Estudiante.-** La palabra estudiante es el término que permite denominar al individuo que se encuentra realizando estudios de nivel medio o superior en una institución académica, aunque claro, cabe destacarse que también la palabra la usamos con suma recurrencia como sinónimo de alumno.

- **Ama de casa.-** Es decir que su trabajo consiste en atender el hogar, los hijos y la familia en general, directamente cuando se trata de mujeres de menores ingresos, llevan a cabo un trabajo de horario ilimitado y de enorme volumen que es enaltecido en los discursos pero desvalorizado en los hechos, sin remuneración, sin previsión y con menos reconocimiento que otras actividades de la sociedad.
- **Obrero.-** El término obrero es sinónimo de trabajador, aunque actualmente éste último término sea el más utilizado. Un trabajador u obrero es una persona (física) que tiene la edad legal o habilitada para prestar algún tipo de servicio que está ligado a una empresa o persona en particular, a partir de un vínculo de subordinación, y por cuyo trabajo recibe una retribución económica.
- **Comerciante.-** Se entiende por comerciante a aquella persona que se dedica de manera oficial a la actividad del comercio. Esto supone que compra y vende diferentes tipos de artículos o servicios con el objetivo de obtener una ganancia por actuar como intermediario entre quien produce el artículo o servicio y quien lo utiliza. El rol de comerciante es uno de los roles más importantes en la sociedad humana ya que a lo largo de la historia ha sido quien ha permitido conectar las materias primas con los usuarios, ofreciéndoles a estos muchas veces la posibilidad de conocer productos de otros ambientes o regiones.
- **Trabajador público.-** Un servidor público es aquella persona cuya actividad tiene una función social. De esta manera, el servidor público (conocido popularmente como funcionario) trabaja para la administración del estado, por ejemplo para un ayuntamiento, para un hospital público, para un centro escolar público o en los cuerpos de seguridad nacional.⁵⁶

5.- ESTADO CIVIL

Se denomina estado civil a la situación personal en que se encuentra o no una física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto. Hay diferentes tipos de estado civil que varían de acuerdo al tipo de relaciones que una persona mantenga con otras, La presencia de

padre y madre, unidos en una relación estable y comprometida como la que establece el sacramento del matrimonio, crea para los hijos el contexto de seguridad, protección y alimento emocional que ellos necesitan para crecer y ser felices. Así lo constatan las estadísticas de estudios recientes entre los más comunes tenemos:⁵⁷

- **Soltero.-** El término soltero se aplica y designa a aquellos individuos que no están casados. Si bien no se puede hablar de una edad hasta la cual se es soltero, ya que la misma es realmente variable y mucho más hoy día que la gente a pesar de no unirse en matrimonio primero deciden formar igual sus familias, es recurrente que hasta la edad de 30 una persona permanezca soltera. En tanto, el estado civil de la soltería se perderá instantáneamente al dar el sí en el registro civil.
- **Casado.-** El término casado se utiliza para designar a aquella persona que ha contraído matrimonio, es decir, es el estado civil que pasa a tener un individuo a partir del momento que contrae matrimonio. El mencionado estado civil perdurará desde el mismo instante en el cual el juez de paz certifique el matrimonio en cuestión hasta que por algún motivo el mismo se rompa.
- **Divorciado.-** El divorcio es la consecuencia de la decisión acordada entre los dos cónyuges o tan solo la voluntad de uno de ellos, según corresponda el caso, de disolver el vínculo matrimonial por las diferencias irreconciliables que se suscitaron en la pareja. Dentro de estas diferencias y obviamente atendiendo a que cada caso tendrá sus propias peculiaridades, podemos contar: la infidelidad de algunos de los cónyuges, el abandono, injurias, violencia doméstica para con el cónyuge y los hijos, la cual puede ser o física o psicológica o un mix de ambas.
- **Viudo.-** El término de viudo se emplea para designar a aquel individuo de que ha sufrido la pérdida de su cónyuge y desde ese momento no volvió a casarse.
- **Conviviente.-** Este término hace alusión a una persona o de cualquier ser vivo que convive, cohabita, vive, comparte, alterna y relaciona. Nombre común en cuanto al género. Se refiere a cada una de las personas con quien de manera particular se vive en una misma vivienda, morada o en una habitación.⁵⁸

6.- GRADO DE INSTRUCCIÓN

La palabra instrucción se deriva en su etimología del vocablo latino “instrucciones”, con el significado de construir interiormente; transmitir a otro, conocimientos, habilidades y destrezas, para que los acumule. Si bien es similar a educar, este acto alude a la formación integral de una persona, mientras que la instrucción es más bien dotar de una serie de reglas, contenidos, datos, pero sin realizar sobre ellos valoraciones críticas.

La instrucción puede hacerse en numerosos ámbitos, familiar, religioso, militar, escolar, etcétera; y aún en forma de códigos, lo que ocurre en informática, donde se le entregan datos a un ordenador para que los ejecute en forma de programas.⁵⁹ Entre ellas se tienen como:

- **Analfabeta.-** Se hace referencia al proceso mediante el cual una persona no puede leer y a escribir, dos actividades o funciones que le permitirán comunicarse con el resto de los seres humanos a un nivel más profundo y abstracto; que le costará mucho más conseguir un buen trabajo pero principalmente poder comunicarse con otros ya que no sabrá leer ni expresar por escrito sus ideas.
- **Primaria.-** En cada región o país la educación formal se organiza de diversas maneras de acuerdo a las necesidades y a las características particulares de la población. Sin embargo, uno de los rasgos más coincidentes es la importancia que tiene la educación primaria, elemental o básica, aquella considerada como el gran cimiento para que la persona pueda comenzar a adquirir conocimientos y a desarrollar su intelecto. Cuando hablamos de educación primaria, tal como lo dice su nombre, hacemos referencia a un tipo de educación que ha sido considerada como la más importante, la principal a partir de la cual se podrán echar las bases para educación más compleja como la secundaria o la universitaria. Sin ella, es difícil que una persona pueda adquirir los conocimientos que se imparten en los dos últimos tipos de educación.
- **Secundaria.-** también conocida como Escuela Media, tiene por objetivo la preparación de los alumnos para que puedan acceder sin problemas a la universidad, que es en definitiva la instancia que prepara y desarrolla la actividad profesional que cada cual escoja.

- **Superior.-** El estudiante universitario tiene un título académico que demuestra unos conocimientos. Si aspira a tener un mejor curriculum necesita ampliar su instrucción. Y para ello, el postgrado pone de relieve una especialización de mayor nivel que la obtenida en la licenciatura.⁶⁰

7.- SEGURO DE VIDA

Hoy en día los seguros de salud son un complemento a la sanidad pública y pueden ser de mucha utilidad en caso que nos planteemos una protección adicional para nuestra salud.

Es importante conocer el concepto de seguro de salud, y conocer las definiciones, condiciones, y características de los seguros médicos y seguros salud para que estos puedan ser eficaces. Si no profundizamos o tratamos de descubrir mejor este tipo de seguros, y solo nos quedamos en el precio, llegado el momento puede que encontremos en falta alguna cobertura o servicio de salud.

El seguro de salud (también llamado seguro médico o seguros de gastos médicos) es un contrato entre el asegurado y una compañía de seguros. A cambio de que se haga los pagos de la prima, la compañía de seguros de salud acuerda pagar los gastos médicos en los que se pueda incurrir bajo los términos del contrato. En Perú, hay cuatro entidades que componen el Sistema de Aseguramiento Universal en Salud: ⁶¹

- **Seguro Integral de Salud (SIS).**- tiene como finalidad proteger la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud, priorizando en aquellas poblacionales vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema. De esta forma, estamos orientados a resolver la problemática del limitado acceso a los servicios de salud de nuestra población objetivo, tanto por la existencia de barreras económicas, como las diferencias culturales y geográficas.
- **Seguro Social de Salud (ESSALUD).**- Es un organismo público descentralizado, creado con la finalidad de dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes a través del otorgamiento de prestaciones de salud, que incluye la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación; así como de prestaciones económicas y sociales.
- **Sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional.**- Presta atención al personal policial y sus familiares con derecho asistencial.

2.2. MARCO CONCEPTUAL

Estado nutricional.- Es la condición de salud de un individuo influida por la ingesta de nutrientes. El estado de nutricional es consecuencia de diferentes conjuntos de interacciones de tipo biológico, psicológico y social.

Desnutrición.- El término desnutrición hace referencia a un estado patológico ocasionado por la falta de ingestión o absorción de nutrientes. De acuerdo a la gravedad del cuadro, dicha enfermedad puede ser dividida en primer, segundo y hasta tercer grado.

Malnutrición.- La malnutrición o desnutrición es una enfermedad que se produce como consecuencia de una hipoalimentación o baja ingesta de calorías y nutrientes (grasas, proteínas, glúcidos, vitaminas y minerales).

La primera infancia.- Se da de los 0 a los 3 años de edad, representa una etapa decisiva en el desarrollo de las capacidades físicas, intelectuales y emotivas de cada niño y niña, y es la etapa más vulnerable del crecimiento puesto que se muestra gran dependencia

Instituciones de cuidado infantil privadas y públicas.- Una institución de cuidado infantil es un establecimiento de gestión pública, privada, en las que se cuida y forma a niños y niñas de entre 06 meses a 3 años. Los encargados de supervisar a los menores son profesionales en el área de la educación temprana, educación preescolar o educación infantil y su trabajo consiste no sólo en supervisar a los niños y proveerles de los cuidados necesarios de su edad, alentarlos a aprender de una manera lúdica mediante la estimulación de sus áreas cognitiva, física y emocional. Lamentablemente no siempre es fácil conseguir un lugar vacante y hay que esperar turno, dado a que en muchas ciudades la oferta es menor a la demanda o porque estas suelen ser muy costosas. Actualmente los planteles se cuentan con muy buenos programas educativos y cada vez es mayor la mirada hacia la educación temprana.

Peso.- Es la medida resultante de la acción que ejerce la gravedad terrestre sobre un cuerpo. Como peso también puede entenderse una magnitud de dicha fuerza. También el peso es una medida de referencia en procesos de desnutrición, así como el aumento de peso puede constituir un síntoma de enfermedades que causan obesidad.

Talla.- La estatura (o talla humana) designa la altura de un individuo. Generalmente se expresa en centímetros y viene definida por factores genéticos y ambientales. La

mujer llega a su estatura máxima a la edad de los 15 años y el hombre más tarde, alrededor de los 20 años.

Características familiares.- Las características familiares es la base de la sociedad, es el núcleo donde se constituye la formación de la personalidad de cada uno de sus miembros, es el pilar sobre el cual se fundamenta el desarrollo psicológico, social y físico del ser humano.

Edad.- La edad está referida al tiempo de existencia de alguna persona, o cualquier otro ser animado o inanimado, desde su creación o nacimiento, hasta la actualidad. También marca una época dentro del período existencial o de vigencia. Así hablamos de época de oro o dorada como la de mayor plenitud o esplendor, y dentro de la vida humana reconocemos la edad de la niñez, de la juventud, de la adultez o de la vejez, que comprenden grupos de edades.

Ocupación.- La ocupación de una persona hace referencia a lo que ella se dedica; a su trabajo, empleo, actividad o profesión, lo que le demanda cierto tiempo, y por ello se habla de ocupación de tiempo parcial o completo, lo que le resta tiempo para otras ocupaciones.

Estado civil.- Se denomina estado civil a la situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto.

Grado de instrucción.- Transmitir a otro, conocimientos, habilidades y destrezas, para que los acumule. Si bien es similar a educar, este acto alude a la formación integral de una persona, mientras que la instrucción es más bien dotar de una serie de reglas, contenidos, datos, pero sin realizar sobre ellos valoraciones críticas.

Seguros de salud.- Se ocupa del bienestar físico y psíquico de una comunidad, desde la órbita del Estado, para prevenir, diagnosticar y curar enfermedades, en aquellos sectores no comprendidos dentro de la medicina privada en países capitalistas, o en orden a realizar vacunaciones masivas o combatir epidemias que ataquen al conjunto social.

CAPITULO III

MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

3.1. EN RELACIÓN A LA SELECCIÓN DE LA MUESTRA

3.1.1. Población y muestra

La población y muestra estuvo constituida por 44 niños y sus respectivas madres:

Instituciones privadas	1 año	2 años	Total
Garabatos	2	8	10
Tesoritos	3	7	10
			20

Instituciones públicas	1 año	2 años	Total
Estrellitas	2	10	12
Saltarines	3	9	12
			24

3.1.2. Unidad de análisis:

Son unidad de análisis los niños menores de 3 años de las instituciones de cuidado infantil privados y públicos.

➤ **Institución de cuidado infantil privada.**

Niños menores de 3 años de la institución de cuidado infantil privado con seguros de salud ESSALUD, quedan al cuidado de un profesional con educación inicial, se observa en regular y buen higiene de vestido e higiene personal, son llevados a la guardería por los abuelos o padres, se quedan en la institución de cuidado desde las 8:00 am hasta la 12:00 pm, con padres que tienen trabajo seguro, buena condición económica, que pueden pagar por el cuidado que se brinda en dicha institución de cuidado infantil.

➤ **Institución de cuidado infantil pública.**

Niños menores de 3 años de la institución infantil pública con seguro integral de salud SIS, quedan al cuidado de madres cuidadoras menores de 50 años, se observa regular y malo la higiene personal, son llevados a la guardería por los abuelos, padres o tíos, se quedan en la institución de cuidado desde las

8:00 am hasta 4:00 pm, con padres de regular a baja condición económica, algunos padres tienen trabajos eventuales.

Inclusión.

- ✓ Niños asistentes a las instituciones de cuidado infantil.
- ✓ Niños cuyas madres firman el consentimiento informado.
- ✓ Madres de respectivos niños que asistan el día de la ejecución.

Exclusión.

- ✓ Niños de padres que no den su consentimiento informado
- ✓ Niños con enfermedades eruptivas o dérmicas que no permitan evaluar el estado nutricional (varicela, escabiosis, etc)
- ✓ Niños que no están presentes el día de la evaluación.

3.2. EN RELACIÓN A LAS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

3.2.1.- Técnicas de recolección de datos.

La técnica que se utilizó para determinar el estado nutricional es la técnica de evaluación antropométrica a través de los indicadores: edad, peso y talla.

Para la obtención de la información de las características familiares, se utilizó la técnica de la encuesta.

3.2.2.- Instrumentos de recolección de datos

Para determinar el estado nutricional de los niños de 1 y 2 años, el instrumento utilizado fue:

La hoja de registro.- O la guía de evaluación del estado nutricional del niño menor de 3 años, cuya estructura abarca las siguientes partes: en la parte superior se encuentra el encabezado donde se determinará el nombre de la institución al realizar la ejecución. Seguidamente la tabla de ficha de registro en la cual se registrará el nombre y apellido, fecha de nacimiento, sexo, edad, peso (kg), talla (cm), diagnóstico nutricional y observaciones. (ANEXO 2)

Guía de encuesta.- Permite recabar la información mediante la repuesta oral de madre o padre de familia asistentes el día de la ejecución, cuya estructura abarca las siguientes partes: en la parte superior se ubica el logo de la universidad y facultad proveniente, el título de la investigación e instrucciones del llenado de la encuesta. Seguidamente se realizó las interrogantes que se dividieron en dos partes:

- ✓ Datos de niño (hijo) nombre del niño, edad del niño, sexo del niño.

- ✓ Datos familiares: edad de los padres, ocupación de los padres, estado civil, grado de instrucción, tipos de familia, ciclo vital de la familia y atención de seguros de salud. (ANEXO 3).

3.2.2.1.- Instrumentos o medios auxiliares:

Balanza tipo reloj.- Balanza redonda de resorte tipo reloj con capacidad de 25 kilogramos con graduación cada 100 gr además, calzoneta. (ANEXO 4)

Un Infantómetro.- De base ancha y de material consistente y un tope móvil o escuadra o Tallímetro de pie de madera. (ANEXO 5)

Tablas de valoración antropométricas.- Es un instrumento importante que se usa para evaluar el estado de salud de la niña y niño; mediante P/E, T/E, P/T. que permitió realizar el diagnóstico nutricional del niño. (ANEXO 6)

3.2.3. Procedimiento de recolección de datos

Para la sistematización, procesamiento y análisis de datos se realizó lo siguiente:

a.- Coordinación.

- ✓ Se presentó por escrito una solicitud para cada responsable de las instituciones de cuidado infantil, con el fin de obtener permiso para realizar la investigación.
- ✓ Se coordinó con las madres cuidadora responsable de los niños, con el fin de obtener la fecha, hora exacta y apoyo correspondiente para la aplicación de la guía de encuesta y el control antropométrico.

b.- Evaluación.

La recolección de los datos sobre el estado nutricional de los niños se llevó a cabo en 4 días consecutivos, (una institución de cuidado infantil por día) y en horas de mañana. Se entregó el consentimiento informado a los padres de cada niño días antes para los mismos que fueron garantizando firmados voluntariamente a su participación en la investigación. (ANEXO 7).

En la institución de cuidado infantil privado se realizó el control antropométrico conforme los niños iban llegando. En la institución de cuidado infantil público también se realizó en control antropométrico conforme los niños iban llegando, se recogió la información de los padres en el momento que recogían a los niños.

Con previa coordinación se preparó el material y equipo necesario para la evaluación nutricional y características familiares de los niños y padres de las instituciones de cuidado infantil siguiendo con los siguientes pasos para la ejecución.

Para la obtención del peso se requirió lo siguiente:

Equipo y materiales: balanza tipo reloj, la medida de peso se expresara en kilos y gramos.

Procedimiento:

1. Se colgó la balanza en un lugar seguro y resistente.
2. Se graduó a cero con el tornillo calibrador.
3. Se solicitó a la madre que le quite la ropa al niño y lo coloque en la calzoneta.
4. Se leyó el peso, se registró y luego se bajó al niño de la balanza

Para la obtención de la talla/longitud.

Equipo y materiales: infatómetro y/o tallímetro.

Procedimiento:

1. Se aseguró que el infatómetro y/o tallímetro esté en una superficie dura y plana.
2. Se solicitó a la madre que le quite al niño los zapatos, medias, gorro, sombrero, ganchos y sin moños en la cabeza.
3. Con ayuda de otra egresada de enfermería a quien se capacitó previamente se colocó detrás del infatómetro, sosteniendo la parte posterior de la cabeza del niño
4. Con la mano izquierda se presionó firmemente las rodillas del niño contra el tablero y con la mano derecha se acercó el tope móvil contra toda la superficie de la planta del pie.
5. Se leyó y registró la medida.
6. Finalmente se agradeció a todos los participantes de cada institución de cuidado infantil y a los niños.

Para la aplicación de la guía de encuesta se procedió de la siguiente manera:

- Se explicó a cada padre o madre del niño, el objetivo de la investigación y se solicitó la firma del consentimiento informado.
- Se entregó la encuesta a cada madre y/o padre del niño en el momento de que recogen a sus niños de ambas instituciones de cuidado infantil.

- Se procedió a explicar la forma del llenado de la encuesta.
- Una vez terminado el llenado se procedió a verificar que no falte ninguna información y al agradecimiento por haber participado en la investigación.

3.2.3 Procesamiento y análisis de datos

Procesamiento:

- Se codificó y organizó la información obtenida.
- Para el estado nutricional, con los datos peso y talla, se procedió a realizar el diagnóstico nutricional, donde se utilizó la tabla de valoración antropométrica de P/E, P/T y T/E.
- Los datos se sistematizaron en una tabla del programa Excel.

3.3. EN RELACIÓN AL ANÁLISIS

3.3.1. TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio fue de tipo descriptivo.

- ✓ **Descriptivo.-** Porque describió la información recolectada del estado nutricional de los niños a través de los indicadores de: T/P, T/E y P/E” y las características familiares de los padres de cada niño.

DISEÑO METODOLÓGICO.

En el estudio se aplicó el diseño descriptivo comparativo.

- ✓ **Comparativo.-** porque permitió comparar el estado nutricional del niño menores de 3 años que acuden a las instituciones de cuidado infantil privadas y públicas y las características familiares de ambas instituciones de cuidado infantil.

CAPITULO IV

CARACTERIZACIÓN DEL ÁREA DE INVESTIGACIÓN

4.1. ÁMBITO DE ESTUDIO

Las instituciones de cuidado infantil (denominadas también guarderías) se encuentran ubicadas en la ciudad de Puno.

Puno es la vigésima ciudad más poblada del Perú que albergaba una población de 125.663 habitantes, siendo la población infantil menor de 5 años es de 3.869 niños. A una altura de 3840 m.s.n.m hasta más de 4000 m.s.n.m. Puno constituye un importante centro de servicios, comercial, turístico, industrial, cultural. Su extensión abarca desde el centro poblado de Uros Chulluni al noreste, la zona urbana del distrito de Paucarcolla al norte, la urbanización Ciudad de la Humanidad Totorani al noroeste (carretera a Arequipa) y se extiende hasta el centro poblado de Ichu al sur y la comunidad Mi Perú al suroeste (carretera a Moquegua). (ANEXO 7)

El lugar donde se ejecutó la investigación incluye instituciones de cuidado infantil públicas y privadas:

- ✓ 2 instituciones de cuidado infantil privadas (Garabatos: Jirón Libertad 1021 - Puno y Tesoritos: Jirón Arequipa 763 - Puno).
- ✓ 2 instituciones de cuidado infantil públicas (estrellitas Jr. Acora 184)..

Las instituciones de cuidado infantil privadas: Se encuentran ubicadas en una zona central de Puno. Atienden en los horarios de 8:00 am a 2:00 pm, su infraestructura se encuentran en buenas condiciones, solo cuenta con recursos propios recibidos de las cuotas mensuales por niños. Cuentan con un lugar específico para los refrigerios de los niños, donde la madre de cada niño está encargada de mandar un refrigerio, solo para la media mañana .La directora de la institución es especialista en programas de aprendizaje, forma y capacita permanentemente a su personal para recibir a estos.

Las instituciones de cuidado infantil públicas: También se encuentran ubicados en el centro de la ciudad de Puno denominados CUNA MAS; que brinda atención integral a las niñas y los niños menores de 3 años. Atienden entre los horario de 8:00 am a 4:00 pm Cuenta con dos modalidades de intervención: cuidado diurno y acompañamiento de familias, esta investigación se realizó en la modalidad de

cuidado diurno que brinda servicio integral a niños de 6 meses a 3 años de edad que requieren atención de necesidades vinculadas a salud, nutrición, seguridad, protección, afecto, descanso, juego, aprendizaje y desarrollo de habilidades. Esta atención se brinda en los en el servicio de cuidado diurno el programa provee alimentación diaria al niño, donde tiene un sector adecuado para la alimentación. Para conseguir dicho alimento tienen un especialista de nutrición con el apoyo de la socia de cocina que supervisa la compra de alimentos, recepción y almacenamiento, preparación de alimentos, distribución de las raciones, servicio y consumo, que consta de 3 refrigerios (refrigerio de media mañana, almuerzo y refrigerio de media tarde), que completa sus necesidades proteicas y contribuye a que se mantenga un buen estado nutricional y de salud del niño. La coordinadora de campo es profesional en salud, forma y capacita a las madres cuidadoras.



CAPÍTULO V

EXPOSICIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

5.1. RESULTADOS

CUADRO 01 - A

O.G
COMPARACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS MENORES DE 3
AÑOS, QUE ASISTEN A INSTITUCIONES DE CUIDADO INFANTIL
PRIVADO Y PÚBLICO

ESTADO NUTRICIONAL	PRIVADO		PÚBLICO	
	N°	%	N°	%
PESO/EDAD (Desnutrición global)				
Sobrepeso	1	5.0	1	4.1
Normal	19	95.0	22	91.7
Desnutrición	0	0.0	1	4.1
TOTAL	20	100	24	100
TALLA/EDAD (Desnutrición crónica)				
Alto	1	5.0	2	8.3
Normal	16	80.0	21	87.5
Talla baja	3	15.0	1	4.1
Talla baja severa	0	0.0	0	0.0
TOTAL	20	100	24	100
PESO/TALLA (Desnutrición aguda)				
Obesidad	2	10.0	0	0.0
Sobrepeso	3	15.0	1	4.1
Normal	15	75.0	21	87.5
Desnutrición	0	0.0	1	4.1
Desnutrición severa	0	0.0	1	4.1
TOTAL	20	100.0	24	100.0

Fuente: Hoja de evaluación del estado nutricional.

En el cuadro 01-A se presenta la comparación del estado nutricional de niños y niñas menores de 3 años que asisten a instituciones de cuidado infantil privadas y públicas; donde según el indicador P/E (desnutrición global); en las instituciones privadas, el 95.0% de niños se encuentra normal y el 5.0% con sobrepeso, a diferencia de las instituciones públicas, donde el 91.7% se ubica en lo normal, el 4.1% con desnutrición y el 4.1% con sobrepeso. Según el indicador T/E (desnutrición crónica), en las instituciones privadas, el 80.0% se encuentra con talla normal, y 15.0% con talla baja, en contraste con los niños que asisten a instituciones públicas donde el 87.5% tiene talla normal y el 8.3% talla alta. Según el indicador P/T (desnutrición aguda), el 75% de niños que asisten a instituciones esta entre los rangos de normal, el 15.0% con sobrepeso, seguido del 10.0% con obesidad, a diferencia de los niños que asisten a instituciones públicas donde el 87.5% está dentro de lo normal, un 4.1% con sobrepeso, el 4.1% con desnutrición y 4.1% con desnutrición severa.

CUADRO 01 – B

O.G

COMPARACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS FAMILIARES DE LOS NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS QUE ASISTEN A LAS INSTITUCIONES DE CUIDADO INFANTIL PRIVADO Y PÚBLICO

Características	Institución de cuidado infantil							
	Privada				Publica			
	Padre		Madre		Padre		Madre	
Edad:	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
✓ Adolescente	0	0.0	2	10.0	0	0.0	4	16.6
✓ Joven	8	40.0	15	75.0	20	83.3	18	75.0
✓ Adulto joven	12	60.0	3	15.0	4	16.6	2	8.3
✓ Adulto mayor	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Ocupación:								
✓ Ama de casa	0	0.0	2	10.0	0	0.0	8	33.3
✓ Obrero	0	0.0	0	0.0	2	8.3	0	0.0
✓ Estudiante	0	0.0	2	10.0	0	0.0	4	16.6
✓ Comerciante	3	15.0	4	20.0	0	0.0	6	25.0
✓ Empleado publico	16	80.0	11	55.0	14	58.3	6	25.0
✓ Otros	1	5.0	1	5.0	8	33.3	0	0.0
Grado de instrucción:								
✓ Analfabeta	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
✓ Primaria incompleta	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
✓ Primaria completa	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
✓ Secundaria incompleta	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
✓ Secundaria completa	0	0.0	4	20.0	5	20.8	5	20.8
✓ Superior incompleto	4	20.0	6	30.0	9	37.5	9	37.5
✓ Superior completo	16	80.0	10	50.0	10	41.6	10	41.6
Estado civil:								
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
✓ Soltero	0	0	0	0	0	0	0	0
✓ Casado	7	35	7	35	7	29.1	7	29.1
✓ Divorciado	1	5	1	5	0	0	0	0
✓ Viudo	0	0	0	0	0	0	0	0
✓ Conviviente	12	60	12	60	17	70.8	17	70.8
Seguro de salud:								
✓ ESSALUD	12	60	12	60	2	8.3	2	8.3
✓ SIS	6	30	6	30	20	83.3	20	83.3
✓ Sanidad policial	2	10	2	10	2	8.3	2	8.3
Tipo de familia:								
✓ Nuclear	8	40	8	40	9	37.5	9	37.5
✓ Monoparental	1	5	1	5	3	12.5	3	12.5
✓ Extensa	11	55	11	55	12	50	12	50
Ciclo vital familiar:								
✓ Expansión	10	50	10	50	9	37.4	9	37.4
✓ Dispersión	10	50	10	50	15	62.5	15	62.5

Fuente: guía de encuesta de las características familiares

En el cuadro 01-B, se observa las características familiares de los niños de las instituciones de cuidado infantil público y privado, la edad de los padres de niños que asisten a las instituciones de cuidado infantil privada es como sigue: 60% de padres y 15% de madres está en la etapa joven, seguido del 40 % de padres y 75% de madres en la etapa adulto joven; en niños que asisten a la institución de cuidado infantil público se encuentra que el 83.3% de padres y 75% de madres están en etapa joven, un 16.6% de padres en la etapa adulto joven y un 16.6% de madres en la etapa adolescente.

El 80% de padres y el 55% de madres de los niños de las instituciones privadas trabajan como empleados públicos, mientras tanto los padres de niños que asisten a las instituciones de cuidado infantil público, el 58.3% trabajan como empleados públicos y 33.3% de las madres trabajan como amas de casa.

En relación al grado de instrucción los padres de niños que asisten a la institución privada, 80% de padres y 50% de madres tienen estudio superior completo, en tanto los padres de la institución pública un 41.6% de padres y un 41.6% de madres tiene estudios superior incompleto.

El estado civil de los padres de niños que asisten a ambas instituciones, la mayoría son convivientes y casados. Un 60% de niños que asisten a instituciones de cuidado infantil privadas tiene seguro de ESSALUD y un 83.3% SIS en niños que asisten a instituciones de cuidado públicas.

El 55% de niños de las instituciones privadas y 50% de las instituciones públicas pertenecen a familias extensas. Por último el 50% de niños pertenecen a familias en ciclo vital de extensión o dispersión respectivamente en las instituciones privadas y en las instituciones públicas un 62.5% son de familias en dispersión.

CUADRO 02

O.E

**ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS QUE
ASISTEN A LA INSTITUCIÓN DE CUIDADO INFANTIL PRIVADO**

ESTADO NUTRICIONAL	PRIVADO	
	N°	%
PESO/EDAD (Desnutrición global)		
Sobrepeso	1	5.0
Normal	19	95.0
Desnutrición	0	0.0
TOTAL	20	100
TALLA/EDAD (Desnutrición crónica)		
Alto	1	5.0
Normal	16	80.0
Talla baja	3	15.0
Talla baja severa	0	0.0
TOTAL	20	100
PESO/TALLA (Desnutrición aguda)		
Obesidad	2	10.0
Sobrepeso	3	15.0
Normal	15	75.0
Desnutrición	0	0.0
Desnutrición severa	0	0.0
TOTAL	20	100

Fuente: Hoja de evaluación del estado nutricional.

En el presente cuadro se observa el estado nutricional de los niños y niñas menores de 3 años de la institución de cuidado infantil privado, donde según el indicador P/E (desnutrición global), el 95.0% está entre normal, como también el 5.0% está entre sobrepeso; según el indicador T/E (desnutrición crónica), el 80.0% está entre normal, el 15.0% está entre talla baja, y el 5.0% está entre alta; según el indicador P/T (desnutrición aguda), el 75% está entre normal, el 15.0% está entre sobrepeso, y el 10.0% está entre obesidad.

CUADRO 03

O.E

**ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS QUE
ASISTEN A LA INSTITUCIÓN DE CUIDADO INFANTIL PÚBLICO.**

ESTADO NUTRICIONAL PESO/EDAD (Desnutrición global)	PÚBLICO	
	N°	%
Sobrepeso	1	4.1
Normal	22	91.7
Desnutrición	1	4.1
TOTAL	24	100
ESTADO NUTRICIONAL TALLA/EDAD (Desnutrición crónica)	PÚBLICO	
	N°	%
Alto	2	8.3
Normal	21	87.5
Talla baja	1	4.1
Talla baja severa	0	0.0
TOTAL	24	100
ESTADO NUTRICIONAL PESO/TALLA (Desnutrición aguda)	PÚBLICO	
	N°	%
Obesidad	0	0.0
Sobrepeso	1	4.1
Normal	21	87.5
Desnutrición	1	4.1
Desnutrición severa	1	4.1
TOTAL	24	100

Fuente: Hoja de evaluación del estado nutricional.

En el cuadro se muestra el estado nutricional de los niños y niñas menores de 3 años de la institución de cuidado infantil público, donde según el indicador P/E (desnutrición global), el 91.6% está entre normal, el 4.1% está entre sobrepeso, y el 4.1% está entre obesidad, según el indicador T/E (desnutrición crónica), el 87.5% está entre normal, el 4.1% está entre baja, y el 8.3% alta; según el indicador P/T (desnutrición aguda), el 87.5% está entre normal, el 4.1% está entre sobrepeso, el 4.1% está entre desnutrición; y el 4.1% está entre desnutrición severa.

CUADRO 04

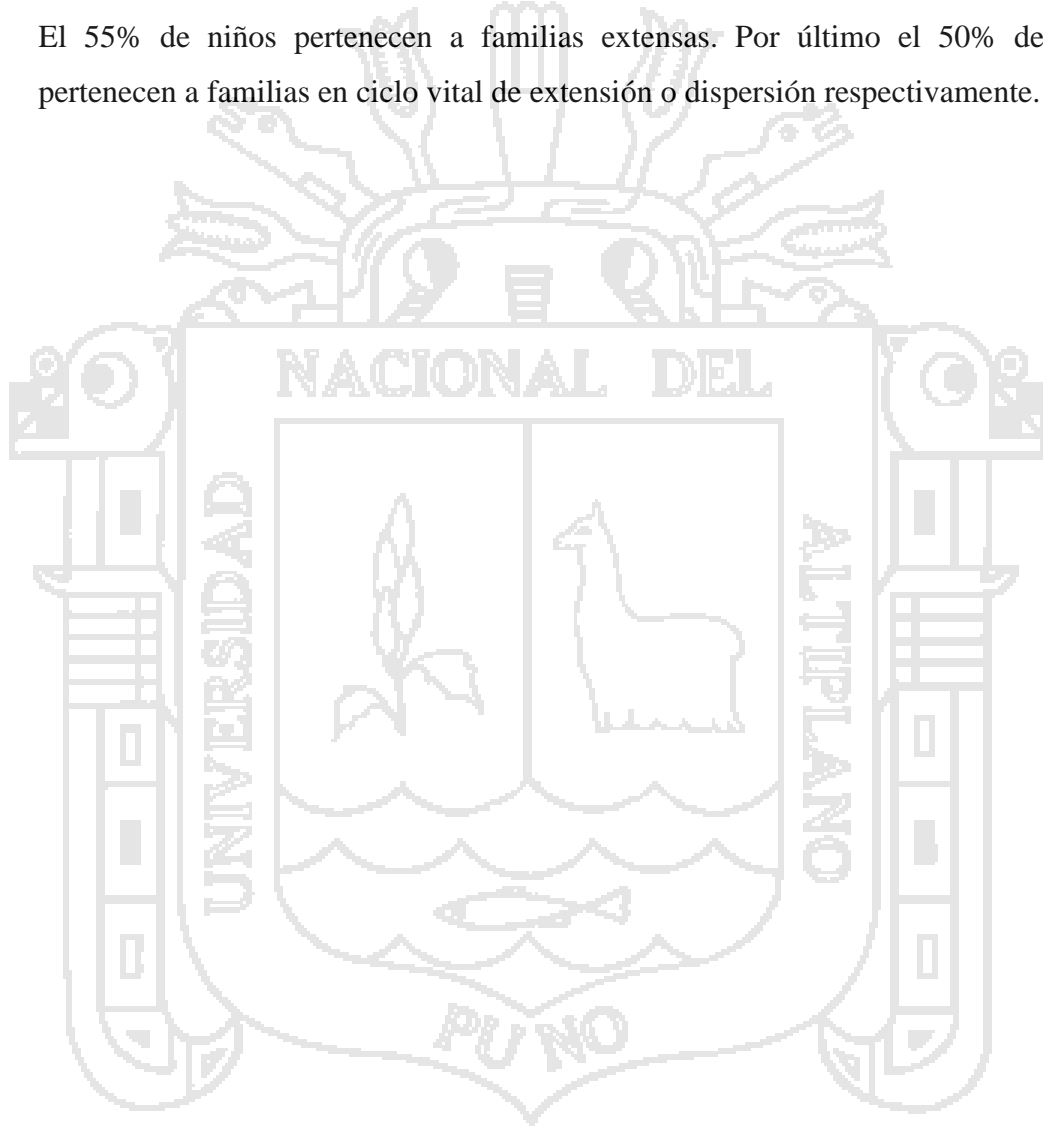
OE

**CARACTERÍSTICAS FAMILIARES DE LOS NIÑOS MENORES DE 3
AÑOS QUE ASISTEN A LA INSTITUCIONES DE CUIDADO INFANTIL
PRIVADO**

CARACTERÍSTICAS FAMILIARES				
Edad:	Padres		Madres	
	N°	%	N°	%
✓ Adolescente	0	0.0	1	5.0
✓ Joven	8	40.0	15	75.0
✓ Adulto joven	12	60.0	4	20.0
✓ Adulto mayor	0	0.0	0	0.0
Ocupación:				
✓ Ama de casa	0	0.0	2	5.0
✓ Obrero	0	0.0	0	0.0
✓ Estudiante	0	0.0	2	5.0
✓ Comerciante	3	15.0	4	20.0
✓ Empleado publico	16	80.0	11	55.0
✓ Otros	1	5.0	1	5.0
Grado de instrucción:				
✓ Analfabeta	0	0.0	0	0.0
✓ Primaria incompleta	0	0.0	0	0.0
✓ Primaria completa	0	0.0	0	0.0
✓ Secundaria incompleta	0	0.0	0	0.0
✓ Secundaria completa	0	0.0	4	20.0
✓ Superior incompleto	4	20.0	6	30.0
✓ Superior completo	16	80.0	10	50.0
Estado civil:		N°		%
✓ Soltero		0		0.0
✓ Casado		7		35.0
✓ Divorciado		1		5.0
✓ Viudo		0		0.0
✓ Conviviente		12		60.0
Seguro de salud:				
✓ ESSALUD		12		60.0
✓ SIS		6		30.0
✓ Sanidad policial		2		10.0
Tipo de familia:				
✓ Nuclear		8		40.0
✓ Monoparental		1		5.0
✓ Extensa		11		55.0
Ciclo vital familiar:				
✓ Expansión		10		50.0
✓ Dispersión		10		50.0

Fuente: guía de encuesta de las características familiares

El cuadro se observa las características familiares de los niños de las institución de cuidado infantil privado, la edad de los padres es como sigue: 60% de padres y 15% de madres está en la etapa joven, seguidamente el 40 % de padres y 75% de madres en la etapa adulto joven; El 80% de padres y el 55% de madres de los niños trabajan como empleado público. En relación al grado de instrucción los padres, el 80% de padres y 50% de madres tienen estudio superior completo. En el estado civil de los padres la mayoría son convivientes y casados. Un 60% tiene seguro de ESSALUD, El 55% de niños pertenecen a familias extensas. Por último el 50% de niños pertenecen a familias en ciclo vital de extensión o dispersión respectivamente.



CUADRO 05

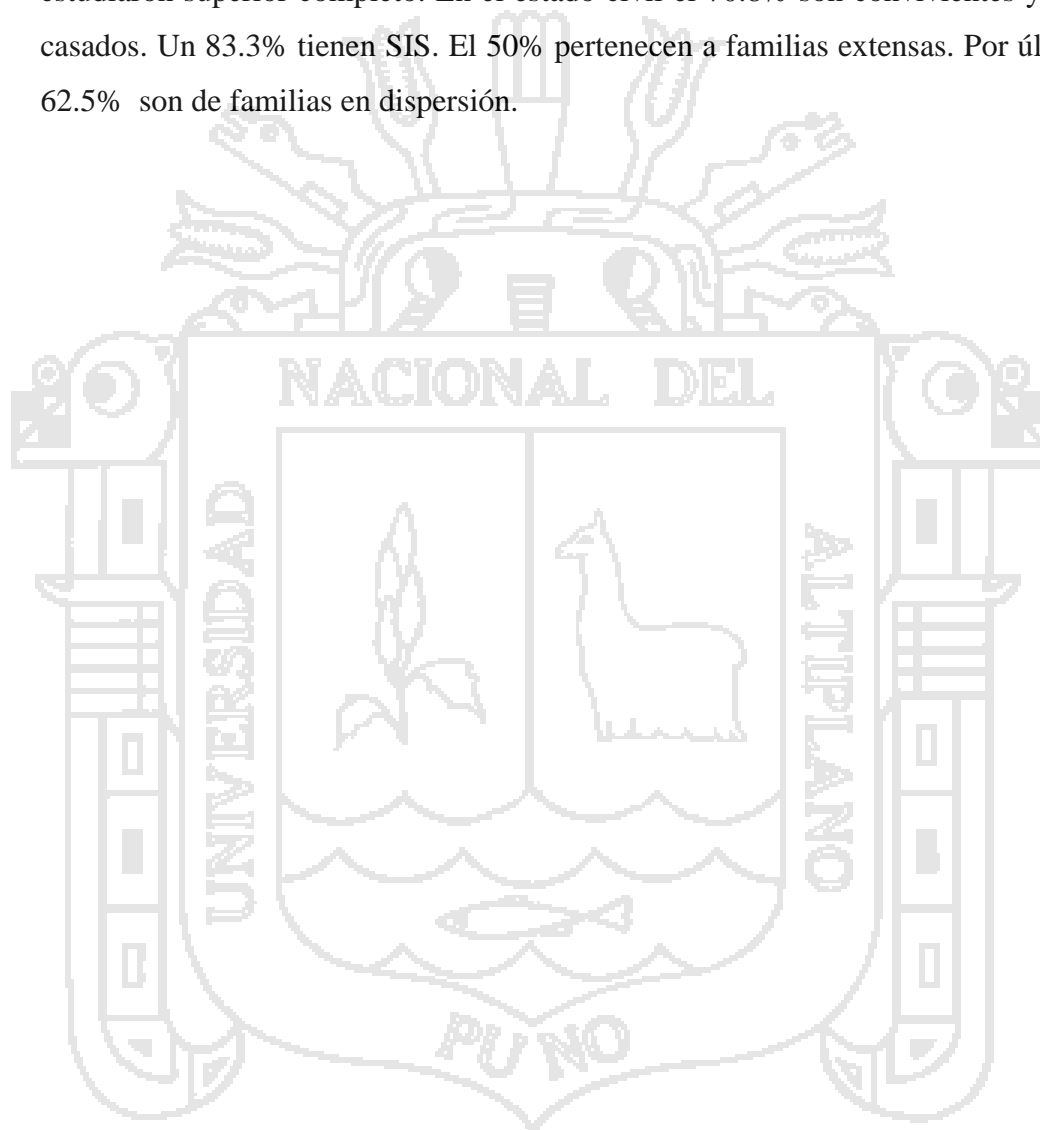
O.E

CARACTERÍSTICAS FAMILIARES DE LOS NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS QUE ASISTE A LA INSTITUCIÓN DE CUIDADO INFANTIL PÚBLICO.

CARACTERÍSTICAS FAMILIARES				
Edad:	Padre		Madre	
	N°	%	N	%
✓ Adolescente	0	0.0	4	16.6
✓ Joven	20	83.3	18	75.0
✓ Adulto joven	4	16.6	2	8.3
✓ Adulto mayor	0	0.0	0	0.0
Ocupación:				
✓ Ama de casa	0	0.0	8	33.3
✓ Obrero	2	8.3	0	0.0
✓ Estudiante	0	0.0	4	16.6
✓ Comerciante	0	0.0	6	25.0
✓ Empleado publico	14	58.3	6	25.0
✓ Otros	8	33.3	0	0.0
Grado de instrucción:				
✓ Analfabeta	0	0.0	0	0.0
✓ Primaria incompleta	0	0.0	0	0.0
✓ Primaria completa	0	0.0	0	0.0
✓ Secundaria incompleta	0	0.0	0	0.0
✓ Secundaria completa	5	20.8	5	20.8
✓ Superior incompleto	9	37.5	9	37.5
✓ Superior completo	10	41.6	10	41.6
Estado civil:		N°		%
✓ Soltero		0		0.0
✓ Casado		7		29.1
✓ Divorciado		0		0.0
✓ Viudo		0		0.0
✓ Conviviente		17		70.8
Seguro de salud:				
✓ ESSALUD		2		8.3
✓ SIS		20		83.3
✓ Sanidad policial		2		8.3
Tipo de familia:				
✓ Nuclear		9		37.5
✓ Monoparental		3		12.5
✓ Extensa		12		50.0
Ciclo vital familiar:				
✓ Expansión		9		37.4
✓ Dispersión		15		62.5

. Fuente: guía de encuesta de las características familiares

El cuadro se observa las características familiares de los niños de las institución de cuidado infantil público donde: el 83.3% de padres y 75% de madres en la etapa joven, un 16.6% de padres en la etapa adulto joven y un 16.6% de madres en la etapa adolescente. El 58.3% de los padres trabajan como empleado público y 33.3% de las madres trabajan como amas de casa. Un 41.6% de padres y un 41.6% de madres estudiaron superior completo. En el estado civil el 70.8% son convivientes y 29.1% casados. Un 83.3% tienen SIS. El 50% pertenecen a familias extensas. Por último el 62.5% son de familias en dispersión.



5.2. DISCUSIÓN

A nivel mundial, casi uno de cada cuatro niños menores de 5 años sufre desnutrición crónica o baja estatura para la edad, donde se asocia con un anormal desarrollo del cerebro, siendo probable que tenga consecuencias negativas en la vida de un niño a largo plazo; la desnutrición crónica afecta a los niños más marginados, así mismo un tercio de los niños menores de 5 años en zonas rurales sufre desnutrición crónica, en comparación con una cuarta parte de los que viven en zonas urbanas.⁵

Los resultados del presente estudio evidencian que el estado nutricional está alterado mayormente en los indicadores de T/E y P/T, existiendo en las instituciones de cuidado infantil privada talla baja, sobrepeso y obesidad (pequeños y gorditos) mientras que en las instituciones de cuidado infantil público existe talla alta y desnutrición severa (alta y delgada o pequeña y delgada).

Al respecto un estudio realizado en Paucarcolla muestra según el indicador T/E que el 7.7% de los beneficiarios del programa JUNTOS presentan desnutrición crónica, a diferencia de los no beneficiarios del programa JUNTOS, donde el 25% tiene desnutrición crónica;²² hay una similitud entre los resultados de esta investigación, que según el mismo indicador T/E la institución de cuidado infantil privado que no se beneficia de ningún programa del estado, muestra un mayor porcentaje de baja estatura y en las instituciones de cuidado infantil público (beneficiario del programa Cuna Mas), el estado nutricional es normal y tiene niños de talla alta. Probablemente es porque algunos padres por el trabajo o falta de tiempo no cumplen con el monitoreo del estado nutricional de sus hijos en el cual se detecta precozmente las alteraciones relacionadas con el crecimiento, llegando muchas veces a una complicación relacionada con el crecimiento. Según Abril, sólo el 20 % de los niños que acuden al pediatra por un problema de crecimiento o talla baja padecen alguna enfermedad. El 80%, que presentan una baja estatura, se debe a su herencia genética o una mala alimentación.³⁴

Un niño con alteraciones en el indicador T/E es mucho más bajo que otros niños de su misma edad y sexo. Los niños de jardín de infantes y de primaria crecen entre cinco y siete centímetros por año. Y cuando no hay ningún cambio, el dato debe saltar en la consulta de control con el pediatra. Muchos de los trastornos vinculados al crecimiento tienen un pronóstico favorable si son detectados a tiempo. La detección temprana es uno de los escollos más difíciles de resolver, a veces la

estatura baja puede ser un síntoma de un problema de salud, como puede ser: raquitismo, acondroplasia; Enfermedades crónicas como: Asma, Cardiopatía congénita, diabetes, hipotiroidismo, artritis reumatoide juvenil; afecciones genética como: síndrome de Down; Otras razones incluyen la deficiencia en la hormona del crecimiento, Infecciones en el bebé en desarrollo antes del nacimiento, crecimiento pobre del bebé mientras está en el vientre (restricción del crecimiento intrauterino) o un bebé pequeño para la edad Gestacional.⁵⁸

Así mismo, Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática, la mayor proporción de desnutrición crónica en niños menores de 5 años se encuentra en los residentes de áreas rurales; siendo 3 veces más que en los residentes de áreas urbanas al (31.9% rural, 10.5% urbano), estos resultados de zonas urbanas se asemejan con los encontrados en el presente estudio. Si bien el Gobierno Peruano realiza un esfuerzo importante y genuino para reducir los índices de anemia y de desnutrición crónica infantil, la población debe comprender que se trata de un esfuerzo conjunto.²³

Según un estudio realizado por Davidsson, los niños están rodeados de muchas cosas que los llevan fácilmente a comer en exceso y difícilmente a estar activos. Entendiendo como la causa del exceso o desajuste en la ingesta calórica y hábitos de consumo, donde el peso excede los estándares basados en talla, reflejando por la mal nutrición a largo plazo, esto manifestado por la talla baja. Los niños con exceso en el indicador P/T son pequeños y gorditos. La elección de los alimentos por parte de los padres para preparar una dieta equilibrada para toda la familia y la realización de actividad física a diario son los factores que más pueden contribuir a que los niños no presenten sobrepeso.²⁵ Por ello los malos hábitos de alimentación contribuyen a incrementar problemas de salud, no solo se da en el momento actual, sino a largo plazo, con consecuencias irreversibles. Esta tendencia de la institución de cuidado infantil privado probablemente porque realizan un mayor consumo en alimentos de alto valor energético, envasado, de fácil preparación y fácil de comprar, tal como se observo en las lonchera

El estudio que se realizó en México sobre el estado nutricional en niños, llego a los siguientes resultados según el indicador P/T el 76% de niños obtuvieron un estado nutricional normal, el 6.7% se encontraban con sobrepeso y 3.1% se encuentra con obesidad.¹¹ Esta investigación tiene alguna similitud en la institución de cuidado

infantil privado ya que en los resultados se encuentra con un mayor porcentaje de sobrepeso y seguido con obesidad. Esto se debe probablemente por la falta de cuidado y atención debido al trabajo diario lo que conlleva a utilizar leche artificial maternizada. Un estudio reciente financiado por la Unión Europea revela que el mayor contenido de proteínas en las fórmulas adaptadas podría explicar por qué los bebés que toman leche artificial suelen engordar más que los que toman leche materna. Varios estudios muestran ya la relación entre un aumento rápido de peso en la infancia y la tendencia a la obesidad en la edad adulta y es por ello que preocupa que los bebés alimentados con leche de fórmula engorden más que los alimentados con leche materna.^{62,63}

Así mismo un estudio en Nicaragua, encontró en los parámetros de P/T; el 16.8% tenían desnutrición leve, 5% desnutrición moderada, el 13% obesidad y 8% sobrepeso.¹² Así mismo el estudio realizado en Paucarcolla – Puno, según el parámetro P/T muestra que un 100% de los beneficiarios del programa JUNTOS se encuentra en un estado nutricional normal, el 95% de los no beneficiarios del programa juntos se encuentra en un estado nutricional normal y el 5% presentan sobrepeso,²² encontrando una similitud de los resultados obtenidos de esta investigación, que según el indicador P/T, de los niños que asisten a la institución privada muestra un alto porcentaje de sobrepeso y obesidad, mientras tanto los niños de la institución pública, tiene un buen porcentaje de desnutrición y un mínimo de sobrepeso.

Según la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, la prevalencia para niños menores de cinco años es de 1.4 % en niños, y el 0.21% de niñas menores de dos años que padecen desnutrición aguda.⁶⁴ Los resultados encontrados en este estudio son superiores, probablemente porque los niños que asisten a la institución de cuidado infantil publica pertenecen a familias de estatus económicos bajos y los de las instituciones de cuidado infantil privada a familias con estatus económicos medio alto.

Las alteraciones en los parámetros de P/E, T/E y P/T por exceso se evidencian más en el sexo masculino y la alteración por defecto en el indicador T/E se hace presente en el femenino (Ver cuadro anexo 6). La obesidad infantil está considerada actualmente como la epidemia del siglo XXI, si los hábitos alimenticios y el estilo de

vida de las familias no lo remedian. Según los especialistas en temas de obesidad, los cambios alimenticios y las nuevas formas de vida sedentarias son los principales desencadenantes en el aumento de la obesidad infantil. La elección de los alimentos por parte de los padres para confeccionar una dieta equilibrada para toda la familia y la realización de actividad física a diario son los factores que más pueden contribuir a que los niños no presenten sobrepeso. Muchos padres tienen que dividirse entre las múltiples tareas, laborales y domésticas, y les resulta más cómodo ofrecer una comida rápida a sus hijos. Las comidas resultan muy atractivas por su aspecto, pero no llevan los nutrientes ni las vitaminas necesarias para que los niños crezcan fuertes y sanos. Para esos padres, normalmente los que nunca tienen tiempo, lo más importante es saciar el hambre de sus hijos, sin preocuparse si están o no comprometiendo el futuro de su salud.

El niño crece y se desarrolla principalmente en la familia, por lo que se requiere conocer las características de su entorno próximo como son los padres; respecto a las características familiares, un estudio realizado en Concepción España, encontró que el 63% de niños pertenecían a familias nucleares completas y un 12% a familias extensas completas,¹⁵ en cambio en el estudio realizado hay una gran diferencia donde muestra que el mayor porcentaje pertenece a familias extensas y familias nucleares en niños que asisten a ambas instituciones; la familia nuclear está compuesta por el padre, la madre y cualquier número de hijos.⁵² La familia extensa es la familia que se suele definir por algún lazo genético en común que queda fuera de la familia nuclear, está compuesta por tías, tíos, primos y abuelos.⁵² Según Strauss, la familia consta de esposo, esposa e hijos nacidos de su unión y se mantienen unidos por lazos legales, económicos y religiosos, está diversificada de sentimientos psicológicos como amor, afecto, respeto, temor, etc. La mayoría de familias extensas están integradas con abuelos, tíos y hermanos, estas personas a la vez se constituyen en apoyo con el cuidado del niño en los días de trabajo; es decir, los abuelos siguen ayudando a la economía familiar, también existe una cooperación en las tareas familiares, con esto, ellos se tienden a sentir importantes. La predominancia de la familia nuclear, en los últimos años de la historia, nos ha hecho creer que este tipo de estructura es la más recomendable y saludable para los niños. Nada más lejos de la realidad. Si bien, la instauración de límites y división de roles

es mucho más sencilla y fácilmente reconocida por todos; los pequeños que viven en familias nucleares suelen sufrir las consecuencias del aislamiento social. En general, papá y mamá trabajan, lo que deja a los niños en las escuelas, jardines y luego dentro de los hogares, en ambos casos al cuidado de un desconocido.

Como contrapartida, cuando se trata de la convivencia con la familia extensa, existen muchos cuidadores amorosos para los niños dispuestos a apoyar las funciones de protección y socialización. Toda vez que se respete la autoridad de los padres sobre la crianza de los niños, y medie un espacio de privacidad y equilibrio emocional para la nueva familia, convivir con la familia extensa resulta ventajoso para los niños. Los padres, del mismo modo que muchos abuelos, también pecan con la preocupación exagerada por la cantidad de comida que consumen los niños. Les ofrecen unos menús sin considerar los controles cuanto a las grasas, azúcares, y otros componentes que solo engordan. Existen más informaciones sobre el tema, pero los hábitos siguen empeorando.

En el mismo estudio de España, la edad de la persona a cargo presentó un promedio de 30,8 años, con un rango entre 18 y 75 años, donde se identifica como la etapa joven y adulto joven, ¹⁵ en este estudio ocurre algo similar, los padres de niños que asisten a instituciones de cuidado infantil privadas tienen una edad promedio 39 años con un rango de 19 a 59 años (etapa joven y adulto joven). Pero los padres de niños que asisten a instituciones de cuidado infantil público la edad de los padres se encuentran en la etapa joven y las madres en la etapa adolescente. Las parejas en etapa joven, se enfrentan a decisiones como vivir en pareja, tener o no tener hijos y planear cuándo tenerlos, encontrar el primer trabajo, salir de casa de los padres, seguir estudiando, etcétera; todas esas decisiones contribuyen a determinar la calidad de vida a la que se pueda aspirar y repercutir en el tamaño de la población, en el desarrollo económico, político, cultural y social del país. En la etapa adulto joven, el individuo alcanza la plenitud de su desarrollo biológico y psíquico, su personalidad y su carácter se presentan relativamente firmes y seguros con todas las diferencias individuales que pueden darse en la realidad y ejerce plenamente su actividad profesional, familiar, cívica y cultural. El embarazo en adolescentes es considerado

como un problema de salud pública y también social, urge conocer las razones por las cuales estos jóvenes deciden traer hijos al mundo sin tomar en cuenta las consecuencias de este acto, el que por muy feliz que los haga, traerá consecuencias no muy agradables en su desarrollo. Según Oviedo, la edad adulta joven es adecuada para formar una familia y cuidar a sus hijos, que se relaciona con la madurez personal, esto se designa con el nombre de desarrollo biopsicosocial, que incluye ser consciente de lo que se quiere, decide, lo visualiza, proyecta y lo concreta, edad adecuada y oportuna para formar una familia.⁶⁷ Algunos expertos en desarrollo temprano creen que nada puede sustituir el amoroso cuidado de un padre, especialmente si la alternativa es inscribir al bebé en una guardería sin muchos recursos. Y dos estudios publicados en 2003, en los Estados Unidos, concluyeron que los niños que pasaban todo el día en una guardería mostraban niveles más altos de estrés y eran más agresivos que los que permanecían en casa. Asimismo en el aspecto sociocultural, la adolescente embarazada limita sus oportunidades de estudio y trabajo, puesto que la mayoría de ellas se ven obligadas a desertar del sistema escolar, quedando con un nivel de escolaridad muy bajo que no le permite acceder a un trabajo digno para satisfacer al menos sus necesidades básicas. Esta situación se ve agravada por su condición de madre soltera.

Con relación a el grado de instrucción de los padre, el estudio realizado en España, muestra que un 21% de padres y un 25% de madres tuvieron educación universitaria completa, un 12% de padres y un 10% de madres tuvieron una educación universitaria incompleta.¹⁵ El presente estudio tiene similitud en los resultados encontrados en la educación de los padres de niños que asisten a la institución de cuidado infantil privado o público; un alto porcentaje de padres tienen educación superior completa y superior incompleta, las madres tienen educación superior completa, superior incompleta y un mínimo porcentaje secundaria completa.

Si los padres tienen una carrera pueden conseguir más fácilmente un empleo bien pagado u optar por poner un negocio, en cambio sin carrera pueden recurrir a poner un negocio o esperan para conseguir un buen empleo que sin carrera es muy complicado. La educación superior o universitaria es una palanca de desarrollo que permite no solamente incrementar el capital humano, sino también fortalecer la cohesión y justicia social; enriquece la cultura, pero sobre todo contribuye a

consolidar la democracia y la identidad nacional basada en la diversidad cultural, siendo importante para conseguir trabajo o estar empleado sin complicaciones; por otro lado la educación secundaria tiene por objetivo la preparación de los alumnos para que puedan acceder sin problemas a la universidad, que es en definitiva la instancia que prepara y desarrolla la actividad profesional que cada cual escoja, los jóvenes que egresan de secundaria tienen capacidad de reflexión y análisis, ejercen sus derechos, producen e intercambian conocimientos, cuidan de la salud y del ambiente, pero no están capacitados para comprometerse en un trabajo. Así como define Ramírez, estudiar una carrera universitaria es una de las decisiones más importantes que podemos tomar en la vida. La responsabilidad que conlleva junto al inevitable cambio que produce en nuestra vida hace que sea muy importante tener claro por qué queremos entrar a la universidad.⁵⁹ Por ello es recomendable que sepamos qué vamos a encontrar exactamente una vez entremos en ella, qué puede aportarnos y qué sacrificios se requerirá.

Igualmente la deserción escolar tiene un papel preponderante en las adolescentes si a esto se suma la inmadurez propia de la edad, desde el punto de vista psicológico es más desfavorable para la vida futura de la madre y el niño, después del parto a la mayoría de las adolescentes les resulta imposible seguir su instrucción. A demás ser madre adolescentes es un riesgo para el cuidado del niño y falta de conocimiento en ser madres primerizas.

Referente a la ocupación de los padres, el estudio de España, muestra que un 29% de madres son dueñas de casa, el resto de las madres tiene una ocupación remunerada,¹⁵ en esta investigación se difiere con los resultados de España, en los padres de niños que asisten a instituciones de cuidado infantil privado y son similares en padres de niños que asisten a la institución de cuidado infantil público, porque el mayor porcentaje de madres trabaja como empleado público de acorde a su profesión, seguido de ama de casa, esto será tanto en la institución privada y pública.

En el padre, los niveles ocupacionales mayoritarios corresponde 25% son profesionales, 24% trabajan como obrero sin capacitación, también hay una diferencia en la ocupación en los padres de esta investigación, siendo el mayor porcentaje que trabaja como empleados públicos y seguidamente tienen otros trabajos. El empleo constituye, una importante vía de desarrollo personal y una incorporación plena a nuestra sociedad. En este sentido según Milano el trabajo es

más que un fin en sí mismo es un medio para conseguir diferentes aspectos como son: una imagen más positiva y útil de uno mismo, el reconocimiento social de toda la familia, la estructuración del tiempo, la pertenencia a un grupo social, el aumento en la cantidad y calidad de interacciones sociales y la independencia económica.⁶⁶

Algunas mujeres es si el hecho de ser madres trabajadoras influirá positiva o negativamente en la crianza y el desarrollo de nuestros hijos. De hecho muchas toman la decisión de dejar sus cargos para dedicarse por completo a ellos pensando que es la mejor opción para ellos, pero unos estudios realizados en Estados Unidos acaban de revelar que esto podría no ser del todo cierto. Dichas investigaciones, recopiladas en un artículo del New York Times, indica que además de los beneficios económicos, los niños también tienen ventajas sociales y educativas cuando sus madres trabajan. No indican que los padres que pasan mucho tiempo con sus hijos no tengan beneficios, sino que en el primer caso existen otro tipo de compensaciones.

Por último en el estudio en España en relación al estado civil declara que el más frecuente fue casado con un 57%, el 12% convivientes,¹⁵ comparando los resultados en esta investigación se encontró diferencias, la mayoría de los padres son convivientes y seguido de estado civil casados. Esto es porque las madres generalmente piensan que vivir juntos es un paso previo hacia el matrimonio y al compromiso de la vida adulta; en cambio, los padres piensan que es una manera conveniente y con poco riesgoso de probar un compromiso, sensación de salida fácil. Ser casado es la unión de dos personas mediante determinados ritos o formalidades legales y que es reconocida por la ley como familia, esto se designa a aquella persona que ha contraído matrimonio. Ser conviviente hace alusión a una persona o de cualquier ser vivo que convive, cohabita, vive, comparte, alterna y relaciona. Se refiere a cada una de las personas con quien vive en una misma vivienda, morada o en una habitación.³¹ El divorcio, por lo tanto, es la disolución legal o religiosa del matrimonio por acuerdo entre ambas partes o por la violación de alguno de los derechos u obligaciones matrimoniales. La legislación suele otorgar protección tanto a la mujer como a los hijos que hayan nacido durante el vínculo. Cuando la ley o la religión no permiten el divorcio, la separación se produce de hecho, sin otro sustento que la disolución de la relación y el alejamiento de ambas personas.

Según Kirchner las parejas que sólo convive bajo el mismo techo se les reconoce pocos derechos y si quieren modificar esta situación sólo les queda pasar por el

registro pero, aun cuando se convierta en ley, estas no serán equiparadas al matrimonio. No obstante, se tratará de un cambio importante. Es muy usual que muchas parejas vivan juntas sin llegar a casarse en un matrimonio civil.⁶⁵

Finalmente un estudio realizado en México sobre el ciclo vital familiar encontró un 15% en la etapa de la llegada de los hijos (formación), 35% con hijos pre escolares y en la edad escolar (expansión) y por último, 50% con hijos adolescentes (dispersión).¹⁶ En este estudio hay una similitud con las familias de las instituciones de cuidado infantil públicos, donde el mayor porcentaje son familias en dispersión mientras tanto las familias de las instituciones de cuidado infantil privado son familias en extensión o dispersión respectivamente. Expansión se denomina a la familia que hijos menores de 6 años, donde deben aparecer nuevas funciones para la crianza del hijo, con la elaboración de nuevas reglas, el funcionamiento de la pareja debe modificarse para enfrentar los requerimientos de la paternidad.⁵¹ Dispersión se denomina a familias con hijos escolares y adolescentes, aquí se produce un cambio tajante en todo el sistema familiar, en el momento en que los hijos empiezan a ir a la escuela donde comienzan a relacionarse con un nuevo grupo social, muy organizado, muy influyente y con una gran importancia social.⁵¹

Según Cibanal, la familia es la institución social que recibe al ser humano desde su nacimiento y del cual emerge más tarde la adolescencia constituyéndose en la fuente de sus relaciones más duraderas y su primer sustento económico. La familia tiene el poder de producir más recursos para lograr cambios en los adolescentes en ella aprenden valores, principios, normas y costumbres que le afectaran por toda la vida a los adolescentes. Muchos padres tratan de retrasar el desarrollo de sus hijas adolescentes o por el contrario le exigen comportamiento de adultos, de esta manera algunos padres de familia en la transición de la vida media pueden encontrar que el tiempo progresa demasiado rápido mientras que el joven percibe el tiempo moviéndose demasiado lento.⁵²

CONCLUSIONES

PRIMERA:

El estado nutricional de los niños que asisten a instituciones de cuidado infantil privado y público se encuentran alterados en los parámetros de T/E (desnutrición crónica) en la privada y P/T (desnutrición aguda) en las públicas. En las características familiares de niños que asisten a instituciones de cuidado infantil privada y pública son similares en los indicadores de: grado de instrucción superior completo, estado civil conviviente y tipo de familia por extensión; los resultados son diferentes en los indicadores de: los padres de niños de la institución privada, la edad es adulto joven y joven, la ocupación es de empleados públicos, con seguro de salud ESSALUD y ciclo vital familiar por expansión y dispersión respectivamente; y en las instituciones públicas los padres son jóvenes y adolescente, tienen una ocupación como empleados públicos y amas de casa, con seguro de salud SIS y ciclo vital familiar en dispersión.

SEGUNDA:

El estado nutricional en niños que asisten a institución de cuidado infantil privada es en su mayoría normal, con un mínimo porcentaje de alteraciones en los indicadores, T/E (desnutrición crónica), evidenciándose con talla baja, y en el indicador P/T (desnutrición aguda) se evidencia con sobrepeso y obesidad.

TERCERA:

El estado nutricional de los niños que asisten a instituciones de cuidado infantil público se encuentra normal en la mayoría de los niños, con indicadores de alterados por exceso (talla alta) y en el parámetro de P/T (desnutrición aguda) con desnutrición y desnutrición severa.

CUARTA:

En las características familiares de los niños que asisten a institución de cuidado infantil privada el padre y la madre están entre la etapa joven y adulto joven, con ocupación de empleados públicos y comerciantes, el grado de instrucción es de superior completo, el estado civil conviviente seguido de casados y un mínimo porcentaje de divorciados, cuentan con seguro de salud por ESSALUD, con un tipo de familia extensa y un ciclo vital familiar en expansión y dispersión respectivamente.

QUINTA:

Las características familiares de los niños que asiste a institución de cuidado infantil pública, muestra que los padres están en etapa joven y adolescente, con ocupación de amas de casa, empleados públicos, comerciantes; el grado de instrucción es superior completo o incompleto, en el estado civil son convivientes y casados, tienen seguro de salud por SIS, con un tipo de familia extensa y un ciclo vital familiar en expansión.



RECOMENDACIONES

A LA ENFERMERA ENCARGADA.

- ✓ Como miembros del equipo de salud y en cumplimiento de sus acciones preventivos - promocionales en el primer nivel de atención, mediante el sub programa de control de CRED, se recomienda promover, planificar y ejecutar actividades educativas continuas y permanentes dirigidas a las madres de temprana edad y también a la población en general, enfatizando en la nutrición y alimentación adecuada de los niños, consecuencias del consumo de leche artificial, comidas envasadas, con alto valor energético, entre otros.
- ✓ Realizar actividades de promoción de la lactancia materna exclusiva y prolongada hasta los dos años de vida, principalmente a padres que dejan a sus niños en instituciones de cuidado infantil privado.
- ✓ Realizar seguimiento continuo de los niños que presentan alteraciones del estado nutricional, ejecutando las visitas domiciliarias según norma técnica.
- ✓ Implementar actividades de información por medios de comunicación masiva dirigido a las madres cuidadoras y padres de familia que permita, con mensajes sencillos de comprender evidenciando la relación existente entre el estado nutricional deficiente y las características familiares.

A LAS INSTITUCIONES DE CUIDADO INFANTIL.

➤ **Institución de cuidado infantil privado:**

- ✓ Controlar los alimentos y cantidad, de los refrigerios que las madres envían a sus niños, con la finalidad de promover una alimentación saludable y prevenir distintas afecciones relacionados con la alimentación.
- ✓ Sensibilizar a los padres mediante sesiones educativas que resalten las consecuencias inmediatas y mediatas de una inadecuada alimentación durante la infancia.
- ✓ Informar o educar a los padres sobre las medias preventivas de la desnutrición, signos y síntomas de alteración de la nutrición por exceso o defecto.

➤ **Instituciones de cuidado infantil público:**

- ✓ Informar o educar a los padres sobre las medidas preventivas de la desnutrición, signos y síntomas de alteración de la nutrición por exceso o defecto.

A LOS PADRES DE FAMILIA.

- ✓ Valorar la importancia del control de crecimiento y desarrollo de acuerdo a la edad de cada niño, ya que esto permite un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las alteraciones del estado nutricional.

A LOS INVESTIGADORES

- ✓ Realizar estudios en las instituciones infantiles, sobre factores personales, familiares e institucionales que se relacionan con el estado nutricional.
- ✓ Realizar estudios con diseño correlacional y/o de tipo experimental, con diseño longitudinal prospectivo, que permita hacer un análisis del estado nutricional y las edades frecuentes en las que inician las alteraciones de la nutrición, en relación a los factores familiares o institucionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gutiérrez M, La desnutrición crónica infantil sigue siendo problema de salud pública, diario Colatino, El Salvador, 2013.
<http://www.elsalvador.com/articulo/nacional/reportan-382-mil-ninos-con-algun-grado-desnutricion-34651>.
2. Organización Mundial De La Familia (1988). Vuelve la familia. Congreso internacional de la familia.
http://cvonline.uaeh.edu.mx/Cursos/BV/S0103/Unidad%204/lec_42_LaFamilia_ConcTip&Evo.pdf.
3. Foro Internacional de Alimentación. El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo: la inseguridad alimentaria en crisis prolongadas. octubre, 2010.
http://www.who.int/nutrition/topics/complementary_feeding/es/.
4. Mathiesen M.E, Herrera M .O, Merino J.M, Domínguez P. Universidad de concepción, facultad de ciencias sociales, casilla 160 c, correo 3, Concepción. mmathies@udec.cl
5. Wisbaum W. Unicef 2011. La desnutrición infantil. causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. Convención sobre los derechos del niño. sep. 1990.
<http://www.monografias.com/trabajos15/desnutricion/desnutricion.shtml>.
6. Guevara X. Estado nutricional de niños menores de 5 años de comunidades rurales y barrios urbanos del distrito de Chavín De Huantar. 2007 (revista en línea).
7. Hernández D. Perú, Cusco programas sociales de apoyo alimentario: una propuesta estrategia nacional. (trabajo para optar la maestría en psicología).
http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/resu_sist_cena/CUSCO.pdf.
8. Kraemer K, Zimmermann M. Nutricional anemia. 1 °. Ed. switzerland: sight and life; 2001.
9. Instituto Nacional de Estadística e Informática, Dirección técnica de demografía e indicadores sociales. indicadores de resultados identificados en los programas estratégicos, 2000-2009. Puno: INEI; 2010.
<http://www.inei.gob.pe/>.

10. Wisbaum W. Unicef 2011. La desnutrición infantil. causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. Convención sobre los derechos del niño. sep. 1990. <http://www.unicef.org/peru/spanish/>.
11. Svampa, M. La vida en los countries y barrios privados, biblos, Buenos Aires (2001).
12. Solsona M. “La segunda transición demográfica desde la perspectiva de género”, En m. solsona (ed.), desigualdades de género en los viejos y los nuevos hogares. Nicaragua 1996.
<ftp://ftp.fao.org/es/esn/nutrition/ncp/nicmap.pdf>.
13. Hasabun, J Col “Situación nutricional y de salud de niños vx reg. univ. de la frontera, Fac. de Medicina, Departamento de Pediatría y Cirugía infantil” Temuco Chile 2011.
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-887200800&script=sci_arttex.
14. Martínez A, Astiasarán I, Madrigal H. Alimentación y salud pública. 2da ed. editorial mc graw – hill-interamerican: 2002.
15. Mathiesen M, Domínguez P, Universidad de concepción, facultad de ciencias sociales, Estado nutricional infantiles, casilla 160 c, correo 3, concepción. mmathies@udec.cl
16. Montalvo J. Análisis del ciclo vital de la estructura familiar y sus principales problemas en algunas familias. Tesis de Doctorado. México: Universidad Iberoamericana. (2000).
17. Guevara X. Estado nutricional de niños menores de 5 años de comunidades rurales y barrios urbanos del distrito de chavín de Huantar. 2007 (revista en línea).
18. Hernández D. Perú, Cusco programas sociales de apoyo alimentario: una propuesta estrategia nacional. (trabajo para optar la maestría en psicología).
19. Oxfam 2011. Cultivar un mundo mejor: justicia alimentaria en un mundo de recursos limitados. levels & trends in child mortality. report 2011. unicef, oms, bm, united nations desa.
20. Rosales N, Estado nutricional de los niños de 3 a5 años, que asisten a los wawa wasis alto andina (Pomata) y Puma (Huacullani), 2003 a 2005.

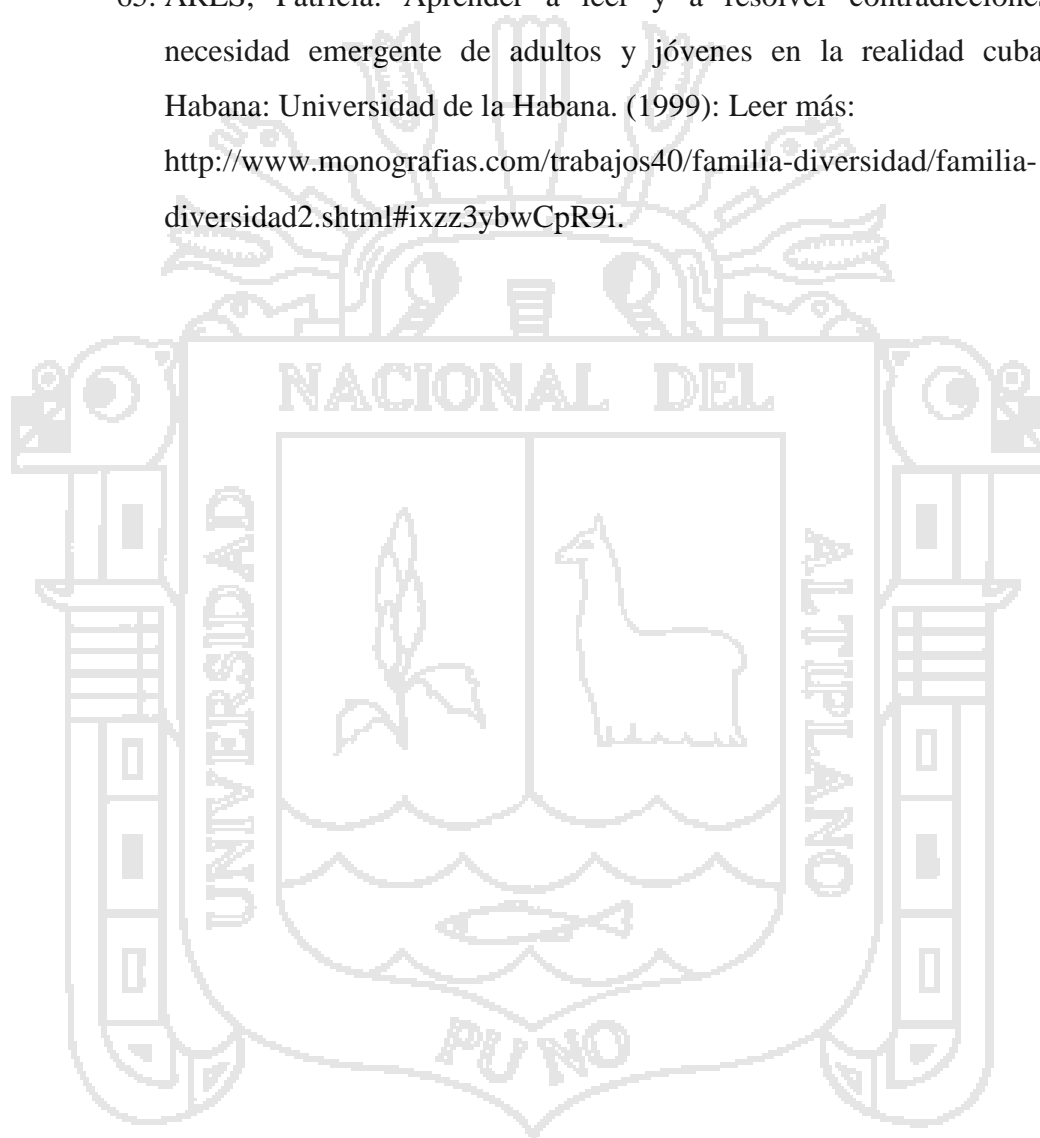
21. Lupaca M. “Influencia del conocimiento y nivel socio económico en el estado nutricional de los niños de tres años en el distrito de Ilave 2009 a 2011.
22. Choque Y, Condori J “Estado nutricional de desarrollo psicomotor en niños y niñas menores de 5 años beneficiarios y no beneficiarios de programas sociales, comunidades Moro y Collana – puno 2011” (para optar licenciatura de enfermería una puno).
23. Departamento de nutrición para la salud y el desarrollo-OMS. patrones de crecimiento infantil de la OMS. geneva: 2006. disponible en <http://www.who.int/childgrowth/es/>.
24. Nestel P. Davidsson L. Anemia, deficiencia de hierro y anemia ferropriva. grupo consultor internacional de anemia nutricional (inacg). oficina de salud, enfermedades infecciosas y nutrición, oficina de salud global, agencia para el desarrollo internacional de los estados unidos (usaid), junio 2004.
25. Mora J. Mora. Deficiencias de micronutrientes en américa latina y el caribe: anemia ferropriva. washington, dc: organización panamericana de la salud; 1998
26. Ministerio De Salud. Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años. Lima: Minsa; 2011.
27. . Nestel P. Davidsson L. Anemia, deficiencia de hierro y anemia ferropriva. grupo consultor internacional de anemia nutricional (inacg). Oficina de salud, enfermedades infecciosas y nutrición, oficina de salud global, agencia para el desarrollo internacional de los estados unidos (usaid), junio 2004.
28. Hernández T, Iturbide G; Rodríguez A; González E «La desnutrición infantil en México: una propuesta de medición» en Economía: Teoría y Práctica, Número 9, 1998].
29. Departamento de nutrición para la salud y el desarrollo-OMS. Patrones de crecimiento infantil de la OMS. Geneva: 2006. disponible en <http://www.who.int/childgrowth/es/>.

30. Hernández T, Iturbide L; Rodríguez R; González E «La desnutrición infantil en México: una propuesta de medición» en Economía: Teoría y Práctica, Número 9, 1998].
31. Abril A, Shamah T, Galindo C, Rodríguez G, Barragán L. La desnutrición en el medio rural mexicano. Salud Pública de México: 1998; 42 (2): 150-60.
32. Shamah T, Villalpando S, Rivera JA. Resultados de Nutrición de la ENSANUT 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública: 2007.
33. Rivera J, Shamah T, Villalpando S, González T. Hernández B, Sepúlveda J. Encuesta Nacional de Nutrición 1999. Estado nutricional de niños y mujeres en México. Instituto Nacional de Salud Pública. Secretaría de Salud, INEGI. 2001: 9.
34. Rivera Juan, Shamah T, Villalpando S, González T. Hernández B, Sepúlveda J. Encuesta Nacional de Nutrición 1999. Estado nutricional de niños y mujeres en México. Instituto Nacional de Salud Pública. Secretaría de Salud, INEGI. 2001: 9.
35. Romero E. Desnutrición proteínico-energética. En: SAM Nutrición Pediátrica. sistema de actualización médica en nutrición pediátrica. 3ª edición. México. Intersistemas. 2005:125-150.
36. Torrado S, “la dinámica familiar de la argentina en crisis (1976- 2000)”, aepa, viii jornadas argentinas de estudios de población, tandil. <http://www.redaepa.org.ar/viii/mesas/a1.html>
37. Cibanal L. (2004) familia y ciclo vital. introducción a la sistémica y terapia familiar. consultado el 7 de noviembre de la base de datos de google en: http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_terap_famil_5.htm.
38. Ríos J.A. (sin fecha de publicación) manual de orientación y terapia familiar. editorial instituto de ciencias del hombre. cap. ii, punto, 62-182
39. Carrasco G, curso salud y desarrollo del adolescente. módulo 1, familia y adolescencia. consultado el 6 de noviembre de la base de datos en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/cursos/lecciones/leccion03/m113leccion.htm>.

40. Vapñarsky A. (1995) "primacía y macrocefalia en la argentina: transformación del sistema de asentamiento humano desde 1950". en desarrollo económico, vol. 35, n° 138 (julio-setiembre) pp. 227-254
41. Velázquez A. (2001): geografía, calidad de vida y fragmentación en la argentina de los noventa: análisis regional y departamental utilizando sig's, tandil, cig-uncpba.
42. Gough, K.; Lévi C.; Spiro E. (1974). «los nayar y la definición del matrimonio. el origen de la familia», polémica sobre el origen y la universalidad de la familia, Barcelona: Anagrama.
43. Lucas, R. bioética para todos, España: trillas. el hombre, espíritu encarnado, España: ediciones sígueme (2003).
44. Ramírez, A. Tesis: la comunicación interpersonal como un elemento de funcionalidad en el noviazgo, México: instituto superior de estudios para la familia.
45. Santos, I., Victora CG, Martines, J., Gonçaves, H., Gigante, DP, Valle, Nueva Jersey y Peltó, asesoramiento G. Nutrición aumenta la ganancia de peso entre los niños brasileños. J. Nutr. 2.001 Nov; 131 (11); 2866-73.
46. Kramer MS, Kakuma R. duración óptima de la lactancia materna exclusiva. Base de Datos Cochrane Syst Rev. 2012 15 de agosto; 8 CD003517.
47. Cormick F, Renfrew M, Wade A, Rey S. El apoyo a las madres que amamantan. Cochrane Base de datos Syst Rev; 2.007 24 Ene; (1).
48. Marcell L. La Familia, elaborado por el consejo nacional de publicación. México 1979. satlr, Virginia. psicoterapia familiar conjunto. de la prensa médica Mexicana 1982.
49. Kirchner C. Conurbano Bonaerense: aproximación a la determinación de hogares y población en riesgo sanitario a través de la Encuesta Permanente de Hogares, Buenos Aires, INDEC (1991).
50. Milano instituto juan pablo ii para la familia (2002). memorias del 3er congreso nacional de la familia, México: ediciones castillo.
51. Torrado S, Historia de la familia en la Argentina moderna (1870-2000), Ediciones de la Flor, Buenos Aires.

52. Aguirre M, Astudillo C. Desafíos emergentes en la nutrición del adolescente. *Rev Chil Pediatr.* 2010;81 (6): 488-97.
53. Becker, G. (1994) *Capital Humano: Un análisis teórico y empírico, con especial referencia a la Educación.* The University of Chicago Press. La University of Chicago Press.
54. Amato, R. (2001). Children of divorce in the 1990s: An update of the Amato and Keith(1991) meta-analysis. *Journal of Family Psychology*, Vol 15(3), Sep 2001,355-370. Recuperado el 22 de marzo de 2012 de 10.1037/0893-3200.15.3.355.
55. Burman,B, & Margolin, G. (1992). «Analysis of the association between marital relationships and healthproblems: An interaccional perspective». *Psychological Bulletin*, 112, 39-63.
56. Ofelia Reveco; Rosa Blanco; Mami Umayahara (2004). Participación de las familias en la educación infantil latinoamericana. Oficina Regional de Educación de la UNESCO para América Latina y el Caribe.
57. Arce M. El proceso de socialización y los roles en la familia, en *Teoría y Metodología de la Investigación en Familias.* San José. Universidad Nacional de Costa Rica, 1995: 32.
58. Artiles Ll. de. *Violencia y Sexualidad.* 1 ed. La Habana: Editorial Científico Técnica, 1998: 113 -33.
59. Investigadores (CIPS) Centro de Investigación Psicológicas y Sociológicas. *La Familia Cubana: Realidades y Proyección Social.* Revista Temas N0 36 enero/marzo 2004. Leer más: <http://www.monografias.com/trabajos36/contexto-familiar/contexto-familiar2.shtml#ixzz3ybuS7Oea>.
60. CASTRO A.Pedro Luis. *Cómo la familia cumple su función educativa.* La Habana: Editorial Pueblo y Educación. La Habana. (1996).
61. CAÑEDO I. *Familia y necesidades educativas especiales...* Tesis Doctoral. Instituto Superior Pedagógico "Conrado Benítez" Cienfuegos. Cuba " y Universidad de Girona. España. (2002). Leer más: <http://www.monografias.com/trabajos40/familia-diversidad/familia-diversidad2.shtml#ixzz3ybv1Gh83>

62. ALBERTI, I: Aspectos demográficos de la familia. Revista de la infancia y sociedad. (no 29), 1995 p 7.
63. ALONSO, I. Sociología de la familia. España: Edición Guardiana de publicaciones,. (1993).
64. ALVAREZ M, Francisco. Padres y profesores: la orientación de los padres en un centro EGB. España: Edición Escuela Española, S.A. (1993).
65. ARÉS, Patricia. Aprender a leer y a resolver contradicciones. Una necesidad emergente de adultos y jóvenes en la realidad cubana. La Habana: Universidad de la Habana. (1999): Leer más:
<http://www.monografias.com/trabajos40/familia-diversidad/familia-diversidad2.shtml#ixzz3ybwCpR9i>.





ANEXO 01

VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN.

Variables:

- Estado nutricional
- Características familiares

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
<p>ESTADO NUTRICIONAL: Indicadores antropométricos que refleje la historia nutricional del niño como un estado de deficiencia o exceso, respecto a la talla, peso y edad.</p>	<p>PESO/EDAD: Desnutrición global.</p> <p>TALLA/EDAD: Desnutrición crónica.</p> <p>TALLA/PESO: Desnutrición aguda</p>	<p>Sobrepeso. Normal Desnutrición.</p> <p>Alta. Normal. Baja Baja severa.</p> <p>Obesidad. Sobrepeso. Normal Desnutrición. Desnutrición severa.</p>	<p>>+2 DE ≤+2 a ≥-2 DE <-2 DE</p> <p>>+2 DE ≤+2 a ≥-2 DE ≥-3 DE <-3 DE</p> <p>>+3 DE ≤+3 DE ≤+2 a ≥ -2 DE ≥-3 DE <-3 DE</p>
<p>Características familiares: Son rasgos que identifica a la familia y la disfunción de la otra, estas pueden ser: edad, ocupación, estado civil, grado de instrucción, tipo de familia, ciclo vital de la familia y seguro de salud.</p>	<p>Edad: Padre Madre</p> <p>Ocupación: Padre Madre</p> <p>Grado de instrucción: Padre Madre</p> <p>Estado civil de los padres.</p> <p>Seguros de salud</p> <p>Tipo de familia</p> <p>Ciclo vital familiar</p>	<p>Adolecente Joven Adulto joven Adulto mayor</p> <p>Ama de casa Obrero Estudiante Comerciante Empleado publico Otros.</p> <p>Analfabeta Primaria completa Primaria incompleta Secundaria completa Secundaria incompleta Superior completo Superior incompleto</p> <p>Soltero Casado Divorciado Viudo Conviviente</p> <p>ESSALUD SIS Sanidad No tiene</p> <p>Nuclear Monoparental Extensa</p> <p>Expansión Dispersión</p>	<p>12 a 18 19 a 29 30 a 60 Más de 60</p> <p>Si – no Si – no Si – no Si – no Si – no Si – no</p> <p>Si – no Si – no Si – no Si – no Si – no Si – no</p> <p>Si – no Si – no Si – no Si – no</p> <p>Ambos padres Uno de los padres. Abuelos, tíos primos, etc.</p> <p>Hijos pequeños Hijos en edad escolar o adolescentes.</p>



ANEXO 02

EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO Y NIÑA MENORES DE 3 AÑOS.

Institución de cuidado infantil: _____ Edad: _____

N°	Nombres Y Apellidos	Fecha De Nacimiento	Sexo	Edad	Peso	Talla	DIAGNOSTICO NUTRICIONAL			OBS.
							P/E Dsn. Global	T/E Dsn. Crónica	P/T Dsn. Aguda	
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

ANEXO 03

**ENCUESTA DE LAS CARACTERÍSTICAS FAMILIARES DE NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS
QUE ASISTEN A LA INSTITUCIONES DE CUIDADO INFANTIL PÚBLICAS Y PRIVADAS,
PUNO 2015.**

Instrucciones: Responda en los espacios en blanco y marque con una (X) la alternativa que corresponde.

DATOS DEL NIÑO:

Nombre de su hijo: _____

Edad: _____ sexo: _____

Institución de cuidado infantil: Publico () Privado ()

DATOS FAMILIARES:

- | | | |
|--|--------------|--------------|
| 1. ¿Qué edad tiene? | Padre | Madre |
| a) 12-18 años | () | () |
| b) 19-29 años | () | () |
| c) 30-59 años | () | () |
| d) 60 a más años | () | () |
| 2. ¿Cuál es su ocupación? | Padre | Madre |
| a) Ama de casa | () | () |
| b) Obrero | () | () |
| c) Estudiante | () | () |
| d) Comerciante | () | () |
| e) Trabajador público | () | () |
| f) Otros. | () | () |
| 3. ¿hasta qué nivel ha estudiado? | Padre | Madre |
| a) Sin instrucción | () | () |
| b) Primaria incompleta | () | () |
| c) Primaria completa | () | () |
| d) Secundaria incompleta | () | () |
| e) Secundaria completa | () | () |
| f) Superior incompleto | () | () |
| g) Superior completo | () | () |
| 4. ¿Cuál es su estado civil? | | |
| a) Soltero | | |
| b) Casado | | |
| c) Divorciado | | |
| d) Viudo | | |
| e) Conviviente | | |

5. ¿tiene seguros de salud?

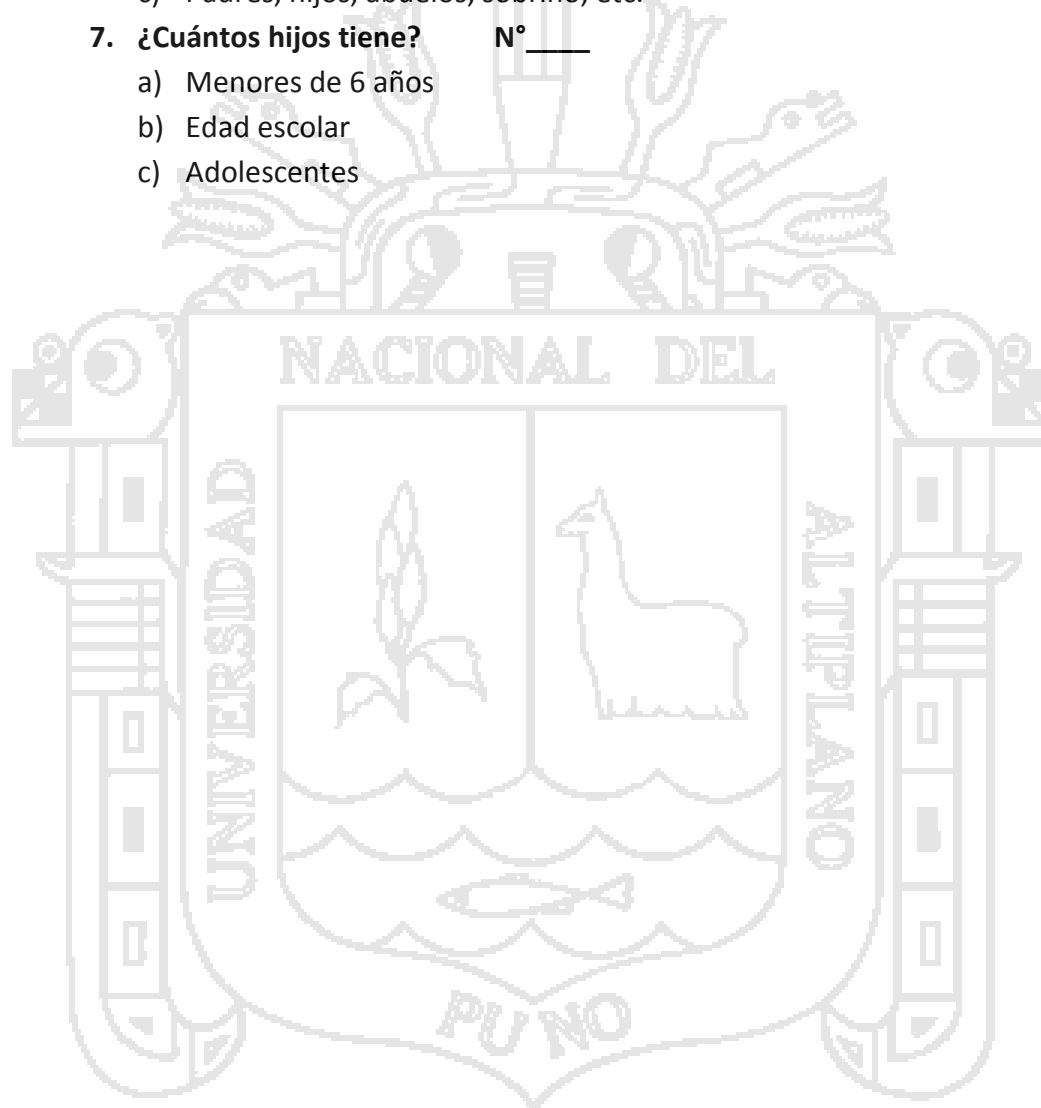
- a) ESSALUD
- b) SIS
- c) Sanidad policial

6. ¿con quienes viven en su casa?

- a) Padre, madre e hijo
- b) Solo un padre e hijo
- c) Padres, hijos, abuelos, sobrino, etc.

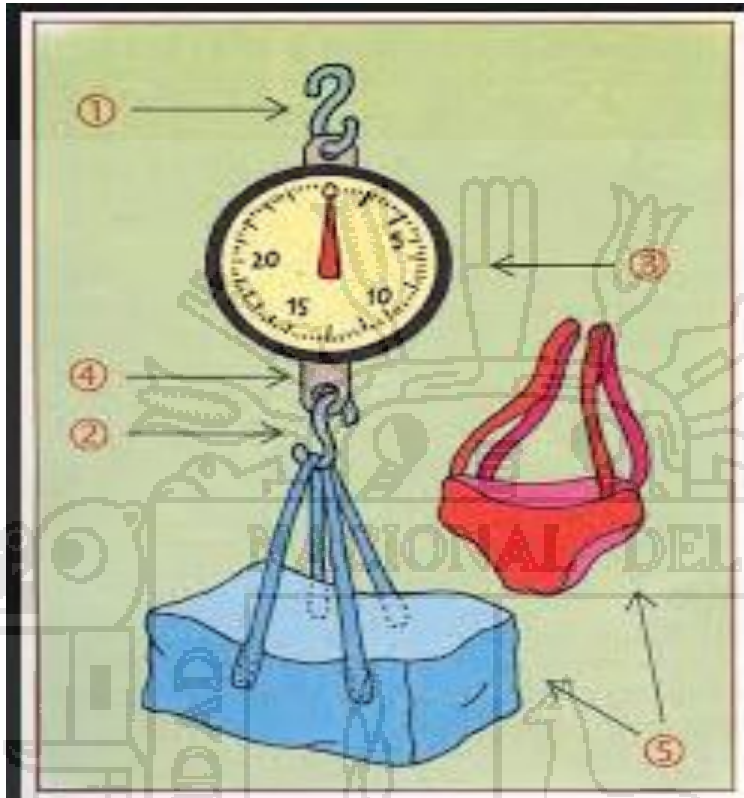
7. ¿Cuántos hijos tiene? N° ____

- a) Menores de 6 años
- b) Edad escolar
- c) Adolescentes



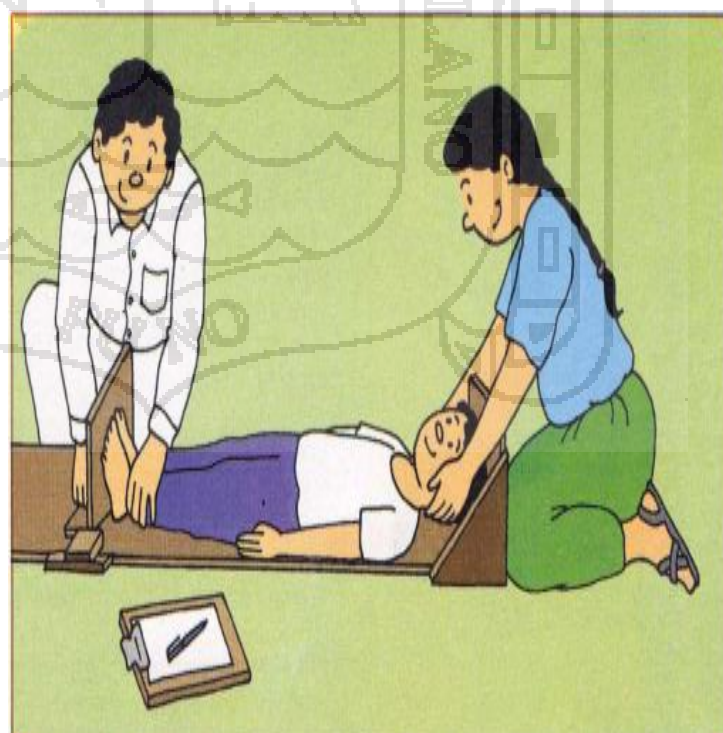
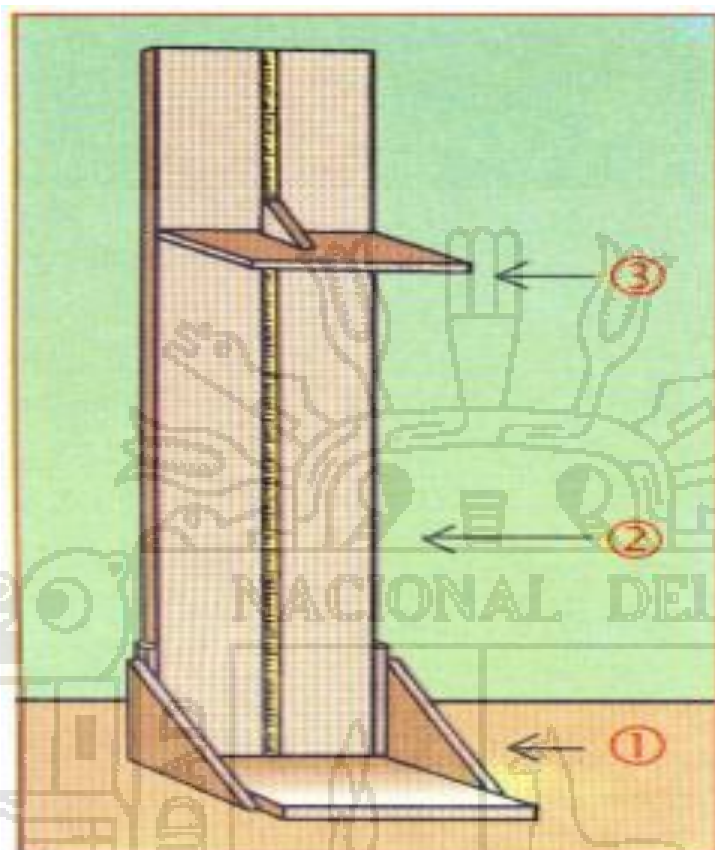
ANEXO 04

BALANZA TIPO RELOJ



ANEXO 05

INFATROMETRO O TALLIMETRO



ANEXO 06

TABLAS DE VALORACIÓN ANTROPOMETRICAS

VARON

Ministerio de Salud Centro Nacional de Alimentación y Nutrición Instituto Nacional de Salud

TABLA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICA NIÑOS < 5 años

PESO PARA EDAD **TALLA PARA EDAD**

PESOS (kg)		TALLA (cm) (longitud/estatura)	
Desnutrido	NORMAL	Baja	NORMAL
Entre -2DE y -1DE	Entre -2DE y 2DE	Entre -3DE y -1DE	Entre -1DE y 2DE
< -2DE	> 2DE	< -3DE	> 2DE

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
Fuente: OMS 2006

SIGNOS DE ALERTA:

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

MUJER

Ministerio de Salud Centro Nacional de Alimentación y Nutrición Instituto Nacional de Salud

TABLA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICA NIÑAS < 5 años

PESO PARA EDAD **TALLA PARA EDAD**

PESOS (kg)		TALLA (cm) (longitud/estatura)	
Desnutrido	NORMAL	Baja	NORMAL
Entre -2DE y -1DE	Entre -2DE y 2DE	Entre -3DE y -1DE	Entre -1DE y 2DE
< -2DE	> 2DE	< -3DE	> 2DE

PESO PARA LA EDAD

INSTRUCCIONES:

- Ubique en la columna de la Edad, la edad de la niña.
- Compare el peso de la niña 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 de la niña.
- Compare la longitud o talla de la niña 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 -2 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
Fuente: OMS 2006

SIGNOS DE ALERTA:

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

ANEXO 07

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD EN ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO..... Padre de familia
del niño: Acepto
voluntariamente participar en la investigación Titulada: “Estado nutricional y
características familiares en niños menores de 3 años, que asisten a instituciones de
cuidado infantil privadas y públicas, Puno ciudad 2015”

“Habiendo sido informado del propósito de la misma, así como de los objetivos; y,
teniendo la confianza plena de que la información que en el instrumento vierta será
sólo y exclusivamente para fines de la investigación en mención; además, confío en
que la investigación utilizará adecuadamente dicha información, asegurándome la
máxima confidencialidad”

FIRMA
DNI:

ANEXO 08

CROQUIS Y UBICACIÓN



UBICACIÓN DE LOS CENTROS DE CUIDADO INFANTIL

- ✓ 2 instituciones de cuidado infantil privadas (Garabatos: Jirón Libertad 1021 - Puno y Tesoritos: Jirón Arequipa 763 - Puno).
- ✓ 2 instituciones de cuidado infantil públicas (estrellitas Jr. Acora 184).

ANEXO 09

CUADRO 01

**COMPARACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS MENORES DE
3 AÑOS, QUE ASISTEN A INSTITUCIONES DE CUIDADO INFANTIL
PRIVADO Y PÚBLICO POR SEXO**

ESTADO NUTRICIONAL	PRIVADO				PUBLICO			
	Mujeres		Varones		Mujeres		Varones	
	Nª	%	Nª	%	Nª	%	Nª	%
PESO/EDAD (Desnutrición global)								
Sobrepeso	0	0.0	1	5.0	0	0.0	1	4.1
Normal	10	50.0	9	45.0	14	58.3	8	33.3
Desnutrición	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	4.1
TOTAL	10	50.0	10	50.0	14	58.3	10	41.5
TALLA/EDAD (Desnutrición crónica)								
Alto	0	0.0	1	5.0	1	4.1	1	4.1
Normal	8	40.0	8	40.0	14	58.3	7	29.1
Talla baja	2	10.0	1	5.0	0	0.0	1	4.1
Talla baja severa	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
TOTAL	10	50.0	10	50.0	15	62.4	9	37.3
PESO/TALLA (Desnutrición aguda)								
Obesidad	0	0.0	2	10.0	0	0.0	0	0.0
Sobrepeso	1	5.0	2	10.0	0	0.0	1	4.1
Normal	9	45.0	6	30.0	13	54.1	8	33.3
Desnutrición	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	4.1
Desnutrición severa	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	4.1
TOTAL	10	50.0	10	50.0	24	54.1	11	45.6

**ANEXO 09
CUADRO 02**

**COMPARACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS MENORES
DE 3 AÑOS, QUE ASISTEN A INSTITUCIONES DE CUIDADO
INFANTIL PRIVADO Y PÚBLICO SEGÚN EDAD**

ESTADO NUTRICIONAL	PRIVADO				PÚBLICO			
	1 año		2 años		1 año		2 años	
	N ^a	%	N ^a	%	N ^a	%	N ^a	%
PESO/EDAD (Desnutrición global)								
Sobrepeso	0	0.0	1	5.0	0	0.0	1	4.1
Normal	5	25.0	14	70.0	5	20.8	17	70.8
Desnutrición	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	4.1
TOTAL	5	25.0	15	75.0	5	20.8	19	79.0
TALLA/EDAD (Desnutrición crónica)								
Alto	0	0.0	1	5.0	1	4.1	1	4.1
Normal	5	25.0	13	65.0	4	16.6	17	70.8
Talla baja	0	0.0	1	5.0	0	0.0	1	4.1
Talla baja severa	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
TOTAL	5	25.0	15	75.0	5	20.7	19	79.0
PESO/TALLA (Desnutrición aguda)								
Obesidad	1	5.0	1	5.0	0	0.0	0	0.0
Sobrepeso	0	0.0	2	10.0	0	0.0	1	4.1
Normal	4	20.0	12	60.0	5	20.8	16	66.6
Desnutrición	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	4.1
Desnutrición severa	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	4.1
TOTAL	10	25.0	10	75.0	5	20.8	19	79.0

ANEXO 10

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS

