

**VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN NUTRICIONAL DE LA NIÑEZ EN LAS  
FAMILIAS DEL BARRIO EL DORADO DE MONTERÍA, 2015**

**LUZ AURA LÓPEZ MANJARREZ  
LUIS ÁNGEL SOTO LOZANO**

**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA ENFERMERÍA  
MONTERÍA - CÓRDOBA  
2015**

**VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN NUTRICIONAL DE LA NIÑEZ EN LAS  
FAMILIAS DEL BARRIO EL DORADO DE MONTERÍA, 2015**

**LUZ AURA LÓPEZ MANJARREZ  
LUIS ÁNGEL SOTO LOZANO**

**ASESOR**

**ÁLVARO SÁNCHEZ CARABALLO MSc. PhD.  
REGINA COGOLLO JIMÉNEZ RN. ESF. MSc.**

**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA ENFERMERÍA  
MONTERÍA - CÓRDOBA  
2015**

**NOTA DE ACEPTACIÓN**

---

---

---

---

**Jurado**

---

**Jurado**

---

**Jurado**

## DEDICATORIA

*Dedico este trabajo a DIOS por estar siempre conmigo durante todo este proceso de formación y por todas las bendiciones que me ha regalado a lo largo de mi vida. A mis padres quienes me han brindado todo su apoyo en este proyecto, y me han motivado para seguir adelante.*

*Luis Ángel Soto Lozano*

*Dedico este trabajo primeramente a DIOS porque me ilumino y me guio durante cada paso que di para llegar hasta aquí. Y a mi madre que con muchos esfuerzo y esmero me brindo todo su apoyo para poder culminar esta meta.*

*Luz Aura Lopez Manjarrez*

## **AGRADECIMIENTOS**

A DIOS por acompañarnos en los momentos difíciles durante este proceso de formación, y por permitirnos tener la dicha de culminar este proyecto.

A cada uno de los docentes que nos acompañaron en este proceso, por inculcarnos cada día responsabilidad y herramientas para ser personas integrales, en especial nuestra docente Regina Cogollo Jiménez y el profesor Alvaro Sanchez.

A las familias del barrio EL dorado que nos abrieron las puertas de su hogar para realizar esta investigación y nos brindaron un excelente trato.

Al programa de enfermería y la facultad de ciencias de la salud por darnos todas las herramientas necesarias para llegar a ser unos excelentes profesionales.

## TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	
1. OBJETIVOS .....	13
1.1 GENERAL .....	13
1.2 ESPECÍFICOS.....	13
2. MARCO REFERENCIAL .....	14
2.1 MARCO TEÓRICO .....	14
2.1.1 Niñez .....	14
2.1.2 Nutrición .....	15
2.1.3 Nutrientes .....	16
2.1.4 Desnutrición .....	18
2.1.5 Evaluación del estado nutricional .....	20
2.2 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS .....	26
2.3 MARCO LEGAL.....	30
2.4 MARCO CONCEPTUAL.....	35
3. DISEÑO METODOLÓGICO .....	37
3.1 TIPO DE ESTUDIO .....	37
3.2 ESCENARIO DEL ESTUDIO.....	37
3.3 POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO.....	37
3.4 UNIDAD DE ANÁLISIS.....	37
3.5 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	38
3.6 PRUEBA PILOTO.....	38
3.7 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	39
3.8 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN .....	39
3.9 ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES .....	39
4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....	41
4.1 ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS .....	41

4.2 HÁBITOS ALIMENTICIOS DEL NIÑO (A) .....	51
4.3 VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO (A) .....	60
5. CONCLUSIONES.....	64
6. RECOMENDACIONES .....	65
BIBLIOGRAFIA.....	66

## LISTA DE ANEXOS

		Pag.
ANEXO A	CONSENTIMIENTO INFORMADO	70
ANEXO B	ENCUESTA	71



## **RESUMEN**

Las características nutricionales implican, el tipo de alimentación, las tendencias culturales, la educación y las costumbres de cada región. Los inadecuados métodos de alimentación son una tendencia común en poblaciones de escasos recursos por lo cual son factibles las afecciones nutricionales en este grupo poblacional. El propósito del trabajo fué valorar la situación nutricional de la niñez de las familias del barrio El Dorado de Montería durante 2015. Es un estudio de diseño descriptivo, transversal con enfoque cuantitativo.

Palabras claves: niñez, valoración, situación nutricional, salud familiar.

## **ABSTRACT**

Nutritional characteristics imply the type of food, cultural trends, education and customs of each region. Improper feeding methods are a common trend in populations with limited resources which are feasible nutritional disorders in this population group. The purpose of the work was assess the nutritional status of children in families in the El Dorado of hunting district during 2015. It is a descriptive, transversal design with quantitative approach Studio.

Key words: assessment, nutritional status, childhood, family health

## INTRODUCCIÓN

En el mundo un 45% de la carga de morbilidad de los menores de 5 años se asocia a la desnutrición. Se calcula que en 2012 a nivel mundial, 162 millones de niños menores de 5 años sufrían retraso del crecimiento y 51 millones presentaban un peso bajo para su talla, en la mayoría de los casos debido a una alimentación deficiente y a infecciones repetidas; 44 millones tenían sobrepeso o eran obesos.

Teniendo en cuenta lo anterior, se considera que en el segundo año de vida es la edad con mayor frecuencia de desnutrición en niños y niñas, cuando éstos terminan la alimentación con leche materna y pasan a recibir la dieta familiar; a su vez, el contexto sociocultural genera un elemento clave para la calidad de vida y es una medida estándar para evaluar la efectividad sobre los hábitos alimentarios en la niñez. De igual forma, uno de los factores que favorece a que no se dé una adecuada nutrición en los niños según la OMS/UNICEF/OPS<sup>1</sup>, es el nivel de educación de sus madres o del adulto a cargo, observándose aún falencias en este factor.

Las condiciones nutricionales de la niñez en Colombia han mostrado una tendencia favorable en los últimos 10 años, como se evidencia a partir de la evolución de los valores promedio de los principales indicadores sobre el tema reportados por PROFAMILIA y el ICBF<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> OMS/UNICEF/OPS. Guía de Atención y Consejería del Niño en la Familia. Gobernación de Córdoba. Bogotá, 2009.

<sup>2</sup> PROFAMILIA – ICBF. Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS. Encuesta Nacional de Nutrición y Alimentación ENSIN. Bogotá, 2005.

Sin embargo, la OPS<sup>3</sup> reporta una desigualdad en este proceso de mejoramiento, ya que la población pobre y desplazada aun presenta índices altos de desnutrición. De ésta manera, el estado nutricional de una comunidad tiene estrecha asociación, con factores socioeconómicos de la sociedad a la que pertenece el núcleo familiar del menor de diez años.

En el proceso de crecimiento el factor más importante es una adecuada nutrición desde el momento del nacimiento; gozar de unos buenos hábitos alimenticios para los niños y niñas es un requisito esencial para que puedan disfrutar de sus derechos a la vida, al desarrollo y a la protección.

Este estudio emerge por el interés de conocer la situación nutricional de la niñez, dado que durante las prácticas de Salud Familiar del programa Enfermería realizadas en el barrio El Dorado de Montería, se evidenció que en la población menor de diez años se presentan condiciones nutricionales que desencadenan problemas de malnutrición, sobrepeso, obesidad y talla baja en ésta población infantil.

La investigación permite conocer las características nutricionales y sus manifestaciones en la niñez, los desordenes en la nutrición y los factores que afectan su desarrollo como son: la condición económica, el nivel educativo y la región en la que viven, para orientar las intervenciones, contribuyendo a minimizar el número de casos con desequilibrios nutricionales. Para el profesional de Enfermería, posiblemente contribuirá a dar lineamientos en su ejercicio profesional en el campo de salud pública y en la comunidad.

---

<sup>3</sup> OPS. Estado Nutricional de alimentación y condiciones de salud de la población desplazada por la violencia en Colombia. Bogotá, 2005.

## **1. OBJETIVOS**

### **1.1 GENERAL**

Determinar la situación nutricional de la niñez de las familias del barrio El Dorado de Montería en el 2015.

### **1.2 ESPECÍFICOS**

- ✓ Caracterizar a la población según aspectos sociodemográficos.
  
- ✓ Identificar la clasificación nutricional según indicadores antropométricos de la OMS y del ICBF: talla para la edad, peso para la edad, peso para la talla, índice de masa corporal IMC y perímetro cefálico.
  
- ✓ Determinar los hábitos alimenticios de la población y de la lactancia materna como primera opción nutricional en la población de estudio.

## **2. MARCO REFERENCIAL**

### **2.1 MARCO TEÓRICO**

El desarrollo teórico del presente trabajo incluye una serie de definiciones que se contemplan a continuación.

#### **2.1.1 Niñez**

La niñez es la fase del desarrollo de la persona que comprende entre el nacimiento de la misma, y la entrada en la pubertad o adolescencia. Entre el momento del nacimiento y aproximadamente hasta los 13 años, una persona se considera niño o niña señala la UNICEF (Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia)<sup>4</sup>. Es la etapa donde el ser humano realiza el mayor porcentaje de crecimiento.

La infancia o niñez es la etapa de la existencia de un ser humano que se inicia en el nacimiento y se extiende hasta la pubertad, este proceso de crecimiento es clave en la vida de cualquier ser humano ya que es allí donde se conforman los soportes afectivos e intelectuales de la persona, siendo estos de los que determinan en gran parte el futuro, el éxito o fracaso del individuo una vez adulto. Comprende tres etapas: lactancia, primera infancia y segunda infancia.

---

<sup>4</sup> UNICEF. La infancia en España 2014. El valor social de los niños: Hacia un pacto de estado por la Infancia. Madrid, 204.

Esta etapa fundamental de los seres humanos, se puede tener como un punto de partida para comprender la necesidad de destinar esfuerzos para brindar a los niños el mejor entorno para su desarrollo, para conocer acerca de las poblaciones de niños susceptibles o propensos a presentar desordenes en la nutrición, y las variables que afectan el desarrollo de la niñez como son la condición económica, el nivel educativo y la región en la que viven.

El factor principal para el desarrollo de una comunidad y la nación en general es la niñez, por ello se debe tener control de los aspectos que comprometen la salud y el desarrollo de este grupo etéreo. Según Verdú<sup>5</sup>, la buena nutrición en los infantes es necesaria en la adquisición del desarrollo cognitivo adecuado para que exista un rendimiento escolar favorable.

### **2.1.2 Nutrición**

La nutrición es el conjunto de procesos mediante los cuales el organismo utiliza, transforma e incorpora a sus propios tejidos, una serie de sustancias llamadas nutrientes que han de cumplir tres fines básicos según lo mencionado por Neufeld<sup>6</sup>. Los cuales son suministrar la energía necesaria para el mantenimiento del organismo y sus funciones, además proporcionar los materiales necesarios para la formación, renovación y reparación de estructuras corporales y suministrar las sustancias necesarias para regular el metabolismo.

---

<sup>5</sup> Op cit. Pàg.19.

<sup>6</sup> NEUFELD, Lynnette, et al. Impacto del programa Oportunidades en nutrición y alimentación en zonas urbanas de México. En: Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades. vol. 2, p. 47- 71.

La nutrición puede describirse también como la ciencia de los alimentos, de los nutrientes y de otras sustancias que estos contienen plantea Porrás<sup>7</sup>, que además tiene directa interacción y equilibrio con la salud y la enfermedad. Los alimentos son los productos sólidos o líquidos que ingerimos, de los cuales el cuerpo obtiene los nutrientes que necesita para vivir y expulsa el resto que no es aprovechable. Ejemplos: leche, pan, tomate, queso, pescado.

Mientras que la alimentación es el ingreso o aporte de los alimentos en el organismo humano también se entiende como el proceso por el cual tomamos una serie de sustancias contenidas en los alimentos que componen la dieta, estas sustancias o nutrientes son imprescindibles para completar la nutrición menciona Magen<sup>8</sup>. Una buena alimentación implica no solamente ingerir los niveles apropiados de cada uno de los nutrientes, sino obtenerlos en un balance adecuado. Güeto<sup>9</sup>, plantea que la cantidad y calidad de los elementos que ingerimos están determinadas por las costumbres y por hábitos personales.

### **2.1.3 Nutrientes**

Se denomina nutriente a las sustancias integrantes de los alimentos que son útiles para el metabolismo orgánico, cuya misión es cubrir las necesidades del organismo. Las cantidades necesarias de nutrientes esenciales difieren con la edad y el estado fisiológico.

---

<sup>7</sup> PORRAS, J. Sanz. Aportaciones de la sociología al estudio de la nutrición humana: una perspectiva científica emergente en España. En: NUTR HOSP. vol. 23, Nº. 6, p. 531-535.

<sup>8</sup> E MAJEM, Lluís Serra; ROMÁN, Blanca y BARTRINA, Javier Aranceta. Alimentación y nutrición. En: Invertir para la salud: prioridades en. p. 1-42.

<sup>9</sup> GÜETO, Juan Morales. Nutriterapia, salud y longevidad: Qué comer para vivir mejor. Ediciones Díaz de Santos, 2011.



“Los nutrientes condicionalmente esenciales no son imprescindibles en la alimentación, pero han de suministrarse a los lactantes inmaduros y a las personas que no los sintetizan en la medida suficiente a causa de defectos genéticos o estados patológicos que afectan a la nutrición”.<sup>10</sup>

### 2.1.3.1 Clasificación de nutrientes

- ✓ **Macronutrientes.** Son los nutrientes requeridos en grandes cantidades por el organismo humano y que además aportan la energía necesaria para las diversas reacciones metabólicas como lo define Delgado<sup>11</sup>, así como construcción de tejidos, sistemas y mantenimiento de las funciones corporales. Incluyen proteínas, grasas, hidratos de carbono y algunos minerales, se requieren en grandes cantidades.
- ✓ **Micronutrientes.** El término micronutrientes de acuerdo a Oliveras<sup>12</sup>, se refiere a las vitaminas y minerales cuyo requerimiento diario es relativamente pequeño pero indispensable para los diferentes procesos bioquímicos y metabólicos del organismo y en consecuencia para el buen funcionamiento del cuerpo humano. Unos de los más importantes micronutrientes son el yodo, el hierro y la vitamina A que son esenciales para el crecimiento físico, el desarrollo de las funciones cognitivas y fisiológicas y la resistencia a las infecciones.

---

<sup>10</sup> OSBORNE, DR y VOOGT, P. Análisis de los nutrientes de los alimentos. Acribia, 1985.

<sup>11</sup> DELGADO, Mario Francisco, et al. Conocimientos maternos sobre signos de peligro en diarrea aguda en el marco de la estrategia AIEPI. En: Colombia Médica. vol. 37, no. 4, p. 293-298.

<sup>12</sup> OLIVERAS LÓPEZ, M., et al. Evaluación nutricional de una población universitaria. En: Nutrición Hospitalaria. vol. 21, no. 2, p. 179-183.

## 2.1.4 Desnutrición

Es la enfermedad provocada por el insuficiente aporte de combustibles (hidratos de carbono - grasas) y proteínas. Oliveras<sup>13</sup> la define como condición patológica derivada de la subutilización de los nutrientes esenciales en las células del cuerpo. Esta condición puede resultar del consumo de una dieta inadecuada o mal balanceada, por trastornos digestivos, problemas de absorción u otras condiciones médicas. La información contemplada en la UNICEF, señala que la desnutrición es la principal causa de muerte de lactantes y niños pequeños en países en desarrollo.

**2.1.4.1 Clasificación de Desnutrición.** Se clasifica de varias maneras, se evalúan a partir de indicadores antropométricos de la OMS/OPS como Desnutrición Crónica (Talla baja para la edad), Desnutrición Global (Peso bajo para la edad) y Desnutrición Aguda (Peso bajo para la talla).

**Desnutrición Primaria.** De acuerdo a lo planteado por Urdinola<sup>14</sup>, cuando los aportes de nutrientes no pueden ser aportados por la situación económica, cultural y/o educativa.

**Desnutrición secundaria.** Si los aportes nutricionales son adecuados pero, debido a otras enfermedades, la absorción o utilización de estos alimentos no es adecuada<sup>15</sup>.

---

<sup>13</sup> Op Cit. Pág. 32.

<sup>14</sup> URDINOLA, B. Piedad. Determinantes socioeconómicos de la mortalidad infantil en Colombia, 1993. En: Revista Colombiana de estadística. vol. 34, no. 1, p. 39-72.

<sup>15</sup> Ibíd. Pág. 76.

**Desnutrición Infantil.** La pérdida de peso y las alteraciones en el crecimiento que son las principales manifestaciones de mal nutrición y basados en el peso esperado del niño (de acuerdo a su edad o estatura), hacemos el cálculo que determina el grado de desnutrición.

#### **2.1.4.2 Signos y síntomas de Desnutrición**

**Signos Psicológicos.** Alteración en el desarrollo del lenguaje, alteración en el desarrollo motor y alteración en el desarrollo del comportamiento (irritabilidad, indiferencia u hostilidad)<sup>16</sup>.

**Signos Físicos.** Piel seca, áspera y con signos de descamación identificados por Cereceda<sup>17</sup>. Generalmente se observan fisuras en los párpados, labios y en los pliegues de codos y rodillas. Pueden verse lesiones de tipo pequeños hematomas en los casos que el déficit de vitamina C es importante.

Las condiciones de salud que ocasionan desnutrición por una inadecuada absorción o utilización de los nutrientes pueden ser las enfermedades renales crónicas, las enfermedades cardiopulmonares, las enfermedades digestivas, pancreáticas o hepáticas, el cáncer, los errores del metabolismo, etc.

---

<sup>16</sup> CERECEDA FERNÁNDEZ, C., et al. Detección de malnutrición al ingreso en el hospital. En: Nutrición Hospitalaria. vol. 18, no. 2, p. 95-100.

<sup>17</sup> *Ibíd.* Pág. 98.

### 2.1.5 Evaluación del estado nutricional

Teniendo en cuenta a Moreno y otros<sup>18</sup>, el estado nutricional se valora mediante la Antropometría que es la Ciencia que estudia las medidas del hombre. Se refiere al estudio de las dimensiones y medidas humanas con el propósito de comprender los cambios físicos del hombre y las diferencias entre sus razas y sub-razas.

Para calcular el porcentaje de desnutrición se toma el peso actual del niño y se divide entre el peso esperado según la edad: % de desnutrición según el peso esperado para la edad =  $(\text{peso real} / \text{peso esperado}) * 100$ . También es posible obtener el porcentaje de desnutrición cuando se evalúa el peso esperado según la talla: % de desnutrición según el peso esperado para la talla =  $(\text{peso real} / \text{peso esperado}) * 100$ .

**2.1.5.1 Diagnóstico de Desnutrición.** Existen diversos estudios para evaluar el estado nutricional, que se complementan con examen físico y análisis de sangre y orina.

Un cálculo entre el peso (en kilogramos) del individuo y el cuadrado de la altura (en metros) resulta en el Índice de Masa Corporal, que se considera normal cuando está dentro de los valores de 20 a 25.

Se deben evaluar también la densidad ósea de los huesos y posibles problemas gastrointestinales.

---

<sup>18</sup> MORENO, Vicente Martín; GÓMEZ, JB y ANTORANZ, MJ. Medición de la grasa corporal mediante impedancia bioeléctrica, pliegues cutáneos y ecuaciones a partir de medidas antropométricas. Análisis comparativo. En: Rev. Esp Salud Pública. vol. 75, Nº. 3, p. 221-236.

**2.1.5.2 Talla Baja.** La talla baja es aquella ubicada bajo el percentil 3 o bajo 22 desviaciones estándar de las curvas de NCHS.

Estas curvas, de origen norteamericano, tienen utilidad para pacientes pertenecientes a estratos socioeconómicos medios y altos, pero tienen menos utilidad para evaluar a niños que pertenecen a estratos socioeconómicos bajos en nuestro país. En general ameritan estudio aquellos pacientes cuya talla se encuentra bajo el percentil 3, o cuya velocidad de crecimiento se ha deteriorado en forma significativa incluso antes de ubicarse 22 desviaciones estándar bajo la media.

**Causas:**

- ✓ Variantes normales: talla baja familiar y retraso constitucional.
- ✓ Trastornos primarios del crecimiento como displasias esqueléticas, trastornos del desarrollo intrauterino y anormalidades cromosómicas.
- ✓ Alteraciones del crecimiento secundarias a nutrición inadecuada, enfermedades crónicas (como síndrome de malabsorción, insuficiencia renal, alteraciones pulmonares o cardíacas), y enfermedades endocrinológicas (como hipotiroidismo, alteraciones del eje somatográfico, síndrome de Cushing, o raquitismo).

**Diagnóstico:**

Para evaluar correctamente a un paciente con talla baja, según Figueiras<sup>19</sup>, se requiere una anamnesis completa y un examen físico adecuado.

---

<sup>19</sup> FIGUEIRAS, Amira Consuelo, *et al.* Manual para la vigilancia del desarrollo infantil en el contexto de AIEPI. En: OPS Manual para la vigilancia del desarrollo infantil en el contexto de AIEPI. Washington: OPS, 2006.

- ✓ Anamnesis. Debe considerar en primer lugar una curva de peso y talla con estaturas anteriores, información clave para establecer la magnitud del problema. Igualmente se deben rescatar los antecedentes perinatales: peso y talla de nacimiento en relación a la edad gestacional junto con las características del embarazo y parto, prestando particular atención a enfermedades intercurrentes y al uso de posibles teratógenos; antecedentes, síntomas y signos sugerentes de enfermedades crónicas como cardiopatías, fibrosis quística, alteraciones renales o respiratorias, tumores, malabsorción por enfermedad celíaca o trastornos inflamatorios intestinales, enfermedades metabólicas, malnutrición, deprivación psicosocial, algunas de las cuales pueden ser oligosintomáticas, expresándose solo como talla baja.
  
- ✓ Hábitos de vida. Incluyendo características de la ingesta alimenticia, actividad deportiva, horas de descanso y uso de medicamentos y drogas como alcohol, tabaco, marihuana o cocaína en niños mayores, y luego deben investigarse los antecedentes familiares: talla de padres, hermanos y si es posible de abuelos.
  
- ✓ Dato anamnésico sobre tallas familiares. Basado en impresiones subjetivas, no es muy confiable, por lo que es preferible la medición de la estatura de cada familiar directamente por el médico. Se deben consignar además los patrones familiares de desarrollo puberal y los posibles antecedentes sobre genopatías y enfermedades crónicas.
  
- ✓ Examen físico. Es importante evaluar la talla y segmentos corporales (envergadura, segmento superior, inferior, circunferencia craneana), lo cual permitirá clasificar la talla baja en proporcionada o desproporcionada, según las características de las proporciones corporales.

- ✓ Estigmas de genopatía o displasia ósea. En los casos apropiados se debe evaluar el grado de desarrollo puberal para determinar si se trata de una pubertad retrasada que produce baja estatura en relación a los pares, o una pubertad adelantada que puede acelerar transitoriamente el crecimiento pero comprometer la talla final.

**2.1.5.3 Obesidad Infantil.** Con relación al tema, Vélez<sup>20</sup> define que la obesidad infantil entraña alteraciones endocrino-metabólicas que condicionan un mayor riesgo cardiovascular en la edad adulta. Estos factores se relacionan, fundamentalmente, con la edad de inicio de la obesidad y con el tiempo de evolución. Cuando la obesidad se presenta en edades muy tempranas o cuando el tiempo que se ha estado padeciendo es prolongado, el riesgo de presentar eventos cardiovasculares en la edad adulta es también más elevado.

La obesidad infantil tiene una predisposición genética y es un verdadero problema, ya que en un gran porcentaje, el niño obeso será un adulto obeso, con todas las secuelas que la obesidad conlleva,. Aproximadamente del 25 al 28% de los niños presentan obesidad infantil, pero lo más preocupante es que en los últimos 20 años se ha incrementado de manera importante esta proporción hasta casi un 60% más<sup>21</sup>.

---

<sup>20</sup> VÉLEZ DE LEÓN, Yolanda M. Como combatir la obesidad infantil, 2009. pág, 1. México.

<sup>21</sup> *Ibíd.* Pág. 11.

**2.1.5.4 Factores predisponentes de obesidad.** La conducta alimentaria, el consumo de energía, los factores hereditarios, hormonales, psicosociales y ambientales.

Entre las causas de obesidad infantil se identifican:

**Genéticas:** se sabe que la obesidad es frecuentemente diagnosticada dentro de las familias. Por ejemplo, hay alteraciones específicas en la vía de la Leptina.

**Ambientales:** el estilo de vida (dieta y ejercicio) influye considerablemente en la expresión de la obesidad.

**Síndrome de Cushing:** es una alteración de la glándula suprarrenal que consiste en el aumento en la producción de cortisol, lo que lleva a la obesidad.

**Hipotiroidismo:** la disminución de la hormona tiroidea puede llevar a la obesidad. Esta patología siempre debe descartarse frente a un cuadro de obesidad, sin embargo, es una causa poco frecuente.

**Insulinoma:** existe muy raramente la presencia de un tumor de insulina, el cual puede llevar a la obesidad.

**Alteraciones Hipotalámicas:** ciertos tumores, inflamación o traumas a nivel del Sistema nervioso Central, pueden producir alteraciones en los centros reguladores de la saciedad<sup>22</sup>.

---

<sup>22</sup> Ibíd., pág. 7.



El mayor riesgo de la obesidad infantil de acuerdo a Vigil<sup>23</sup>, es el hecho de que mientras menor sea el niño obeso, mayor el riesgo de desarrollar las complicaciones arriba señaladas durante el transcurso de su vida.

Teniendo en cuenta lo anterior y partiendo de que el proceso de crecimiento tiene que estar mediado por muchos factores para que pueda ser óptimo, hay que resaltar que uno de los más importantes es una adecuada nutrición desde el momento del nacimiento; gozar de unos buenos hábitos alimenticios es para los niños y niñas un requisito esencial para que puedan disfrutar de sus derechos a la vida, al desarrollo y a la protección.

**Cuidadores y nutrición.** Los estudios realizados por organizaciones como Profamilia y USAID (Provides economic, development and humanitarian assistance around the world in support of the foreign policy goals of the United States) 4 por ciento de las niñas y niños colombianos no tiene registro civil, siendo Chocó, Vichada, Córdoba y Guajira, los departamentos con mayor número de infantes sin registrar aludiendo razones como que el niño falleció<sup>24</sup>.

Los abuelos (en un 39 por ciento) son los principales cuidadores de los niños o niñas mientras la mamá sale del hogar, sin embargo un 25 por ciento de las mujeres lleva su hijo o hija con ella cuando sale, 56 por ciento de los menores de 15 años vive con ambos padres, el 32 por ciento con la madre y tan solo el 3 por ciento con el padre. Quindío tiene el mayor porcentaje de los menores de 15 viviendo solo con la madre, lo que tiene relación directa con el número de mujeres cabeza de hogar en este departamento.

---

<sup>23</sup> VIGIL, Pilar, Médico Gineco Obstetra, Doctor en Ciencias Fisiológicas. En: Salud actual pág. 3, 2015.

<sup>24</sup> *Ibíd.* Pág. 12

**Prevalencia en la edad de los cuidadores.** Estudios de investigación han destacado que Los cuidadores o familiares se encuentran en la etapa de la adultez, desempeñan diferentes roles, representan una población económicamente activa<sup>25</sup>, que por su condición se ve limitada, y en consecuencia, con efectos devastadores por el estrés, al no sentir completamente control por las cosas que les suceden en la vida y estar alterada, la satisfacción, que les genera la misma.

## **2.2 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS**

En el mundo un 45% de la carga de morbilidad de los menores de 5 años se asocia a la desnutrición; se calcula que en 2012, a nivel mundial, 162 millones de niños menores de 5 años sufrían retraso del crecimiento y 51 millones presentaban un peso bajo para su talla menciona la UNICEF<sup>26</sup>, en la mayoría de los casos debido a una alimentación deficiente y a infecciones repetidas; 44 millones tenían sobrepeso o eran obesos, por lo anterior, en ésta población la alimentación y nutrición al igual que en salud son indicadores en su mayoría del tipo negativos, de carencias antes que de adecuada alimentación.

El estudio situación actual y prospectiva de la niñez y la juventud en Colombia<sup>27</sup>, reportó que en el grupo de 1 a 4 años las primeras causas de consulta ambulatoria fueron: IRA, EDA, asociadas a problemas nutricionales. Estas

---

<sup>25</sup> INNA. E. REVISTA DE SALUD PÚBLICA · Volumen 12 (5), Octubre 2010. Pág. 9.

<sup>26</sup> UNICEF/OPS. El marco conceptual de la estrategia AIEPI Comunitario: Marco conceptual. En: Alianza regional AIEPI Comunitario. Abril. 2006. Disponible en internet: [www.paho.org](http://www.paho.org). Citado: 22/05/2015.

<sup>27</sup> UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. Situación actual y prospectiva de la niñez y la juventud en Colombia. Noviembre de 2004.

enfermedades en alto porcentaje prevenibles, evidencian la realidad socioeconómica que vive el país, ya que su presencia es mucho mayor en los sectores más pobres de la población, como ocurre con los problemas de salud oral y el parasitismo intestinal

Se ha demostrado que el estado nutricional de las madres influye de forma importante en el peso al nacer de los niños y por lo tanto en su estado nutricional.

En la Encuesta Nacional de Demografía y Salud - ENDS - 2000<sup>28</sup> se encontró una talla muy baja (por debajo de 145 cm), que es un indicador de desnutrición crónica moderada en 5,5% de las mujeres que habían sido madres en los últimos 5 años y un Índice de Masa Corporal IMC menor de 18,5, que es un indicador de desnutrición aguda en el 3,2% de estas mujeres. También se evidencia una prevalencia de bajo peso al nacer de 10,9, la cual había disminuido con respecto a 1995. Esta tasa de bajo peso al nacer es más del doble de la que tienen los países con alto nivel de vida y está indicando que la desnutrición de parte importante de la población colombiana empieza en la vida intrauterina. También reporta que en menores de 5 años hay una prevalencia de desnutrición crónica del 13,5%, una prevalencia de desnutrición global del 6,7% y una prevalencia de desnutrición aguda del 0,8%.

Se evalúa también hoy la carencia de nutrientes específicos. Se han estudiado particularmente las deficiencias de hierro, Vitamina A e Iodo, todos relacionados no solo con una buena nutrición, sino con la salud de la población y con su calidad de vida, con impactos en aspectos como el rendimiento escolar o el adecuado desarrollo.

---

<sup>28</sup> PROFAMILIA – ICBF. Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS. Bogotá, 2005.

Los datos del Estudio Nacional sobre deficiencia de Hierro, Vitamina A y prevalencia de Parasitismo realizado en 2005<sup>29</sup>, muestran deficiencia leve en los depósitos de hierro de los niños y niñas menores de 5 años en el 19.6%, deficiencia moderada en el 23.4% y deficiencia severa del 18.3%; para un total de 61.3%. Respecto a deficiencia de Vitamina A en el mismo grupo etáreo se encontró en el estudio citado una prevalencia del 12.7% de deficiencia leve y 1.5% de deficiencia significativa, para un total de 14.2%.

Un grave problema de salud siguen siendo los problemas nutricionales que hasta hace poco no eran muy visibles en la población infantil y juvenil, como la malnutrición por exceso, representada en la obesidad y el sobrepeso. Situación similar ocurre con los trastornos de los hábitos alimentarios como la bulimia y la anorexia en jóvenes, temas en que estudios locales recientes han llamado la atención.

En el estudio de la situación de la salud del niño de Durán<sup>30</sup>, la información disponible muestra que Colombia es un país con muchos niños, niñas y jóvenes con problemas nutricionales y de salud en general, que si bien hay una mejoría progresiva de esta problemática, en el siglo XXI aún estamos desperdiciando gran parte de nuestro capital humano, por no recibir la alimentación que es necesaria en momentos definitivos para un crecimiento y desarrollo adecuados. Además, el hambre se asocia a gran parte de los problemas de salud, siendo reconocido el ciclo desnutrición-enfermedad-desnutrición, que para algunos niños y niñas del país se vuelve un estado casi constante. El hambre se asocia además a

---

<sup>29</sup> INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Estudio Nacional sobre deficiencia de Hierro, Vitamina A y prevalencia de parasitismo. Bogotá, 2005.

<sup>30</sup> DURÁN, E. Situación de la salud del niño. En: Rojas, E. y Sarmiento, F. Pediatría diagnóstico y tratamiento. 2ª edición, Bogotá. Ed. Celsus. 2003.

problemas como el bajo rendimiento escolar o el bajo peso al nacer de las futuras generaciones.

Las condiciones nutricionales de la niñez en Colombia han mejorado en los últimos 10 años, de acuerdo a los reportes de PROFAMILIA y el ICBF<sup>31</sup>, como se evidencia a partir de la evolución de los valores promedio de los principales indicadores sobre el tema.

En cuanto al impacto de la desnutrición, la OPS<sup>32</sup> plantea que se nota una desigualdad en este proceso de mejoramiento, ya que la población pobre y desplazada aun presentan índices altos de desnutrición.

El contexto sociocultural constituye un elemento clave para la repercusión en la calidad de vida y es una medida estándar para evaluar la efectividad de las intervenciones sobre los hábitos alimentarios en la población infantil.

De igual forma según la OMS/UNICEF/OPS<sup>33</sup>, una de los factores que favorecen a que no se de una adecuada nutrición en los niños es el nivel de educación de sus madres o del adulto a cargo, y esta es una de las falencias que aún se presentan en el departamento de Córdoba.

---

<sup>31</sup> PROFAMILIA – ICBF. Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS. Encuesta Nacional de Nutrición y Alimentación, ENSIN, Bogotá, 2005.

<sup>32</sup> OPS. Estado Nutricional, de alimentación y condiciones de salud de la población desplazada por la violencia en Colombia. 2005.

<sup>33</sup> OMS/UNICEF/OPS. Guía de Atención y Consejería del Niño en la Familia. Bogotá, 2009.

## 2.3 MARCO LEGAL

La normatividad vigente en el país relacionada con el aspecto nutricional se detalla a continuación:

**Estrategia AIEPI Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia de 1990**<sup>34</sup>. Se basa en reforzar y promover comportamientos familiares claves para la salud de los niños mediante la capacitación de los agentes comunitarios de salud, de la familia y de la comunidad en diferentes prácticas familiares que promueven el crecimiento y desarrollo de los niños.

En Colombia la estrategia AIEPI, es completamente coherente con el marco legal vigente: la Ley 100 de 1993, Resolución 412 de 2000 del Ministerio de Salud y soportado mediante el documento CONPES 091 de 2006 que retoma los Objetivos de Desarrollo del Milenio y contiene como cuarto objetivo reducir la mortalidad infantil en menores de 5 años en dos terceras partes para el año 2015.

**Ley 100 de 1993, Artículo 166.** Por el cual reglamenta “la atención materno infantil en las mujeres en estado de embarazo y normaliza en el plan obligatorio de salud para los menores de un año, el fomento de la lactancia materna y la vigilancia del crecimiento y desarrollo durante los primeros años de vida”<sup>35</sup>.

**Ley 1151 de 2006.** En Colombia se establecen metas relacionadas con la infancia como la reducción de la mortalidad en menores de 1 año a 16.5 x 1000 nacidos vivos; en menores de 5 años a 18.2 por 1000 menores de 5 años y alcanzar coberturas útiles en vacunación, es decir iguales o superiores al 95 por ciento.

---

<sup>34</sup> OMS/OPS/MPS. Guía de Atención y Consejería del Niño en la Familia. Bogotá. 2009.

<sup>35</sup> COLOMBIA CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 100 de 1993. Régimen de beneficios. Atención materno-infantil. Bogotá. Diciembre de 1993. p 50-51.

**Código de infancia y adolescencia (Ley 1098 de 2006).** Colombia, tiene como finalidad garantizar a los niños, las niñas y adolescentes, su pleno y armonioso desarrollo, para que crezcan en el seno de la familia y de la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión. Prevalecerá el reconocimiento a la igualdad y la dignidad humana, sin discriminación alguna.

**Ley 1122 de 2007. Artículo 32.** La salud pública está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad.

**Decreto 3039 de 2007.** Establece el alcance de los planes de salud pública del país para “Promover las condiciones y estilos de vida saludable y proteger y superar los riesgos para la salud de la población como un derecho esencial y colectivo, especialmente de las poblaciones más vulnerables, mediante la definición de las políticas sectoriales y multisectoriales en salud pública, individuales y colectivas”.

Armoniza el Plan de Desarrollo Nacional, las políticas del Sistema de Protección Social, los Objetivos del Milenio, los Acuerdos internacionales, la Agenda de salud de las Américas y el área Andina, entre sus propósitos está mejorar el estado de salud de la población colombiana. El objetivo de este Decreto está encaminado a minimizar la pérdida de bienestar evitando, mitigando o reduciendo al mínimo la probabilidad de daño, mediante intervenciones preventivas que son compartidas

entre el Estado, las entidades promotoras de salud y los sectores cuyas acciones afectan la salud y las personas.

**Plan Nacional de Salud Pública 2014 - 2017.** En coherencia con las políticas del Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010, previstas en la Ley 1151 de 2007, define las prioridades en salud de los próximos cuatro años, los objetivos, metas y estrategias para su cumplimiento, y las enmarca en las competencias de todos los actores involucrados conforme a los recursos disponibles.

**Resolución 4110 de 2012.** Define la misión, visión y política del Sistema Integrado de Gestión Institucional del Ministerio de Salud y Protección Social. Dirigir el sistema de salud y protección social en salud, a través de políticas de promoción de la salud, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad y el aseguramiento, así como la coordinación intersectorial para el desarrollo de políticas sobre los determinantes en salud; bajo los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, equidad, sostenibilidad y calidad, con el fin de contribuir al mejoramiento de la salud de los habitantes de Colombia.

**Resolución 2121 de 2010.** La Presente resolución adopta los Patrones de Crecimiento los cuales son un instrumento para la clasificación nutricional de los niños y niñas de 0 a 18 años a nivel individual y poblacional, siendo insumo para las acciones de monitoreo, vigilancia, investigaciones académicas y científicas, entre otros, dirigidas a mejorar el estado nutricional de los niños, niñas y adolescentes. La clasifica el estado nutricional de acuerdo a los datos obtenidos por las medidas antropométricas e incluyéndolas dentro de su clasificación:

**Desnutrición:** Por debajo de la línea de puntuación  $z-2$  o  $-3$  de peso para la edad, peso para la longitud/talla o IMC para la edad o de longitud/talla para la edad.



**Desviación Estándar (DE):** Medida que expresa la dispersión de una serie de valores o puntuaciones con relación a la media aritmética.

**Estado Nutricional:** Es el resultado de la relación entre la ingesta de energía y nutrientes y el gasto dado por los requerimientos nutricionales para la edad, sexo, estado fisiológico y actividad física.

**Indicador antropométrico:** Es la combinación de dos variables o parámetros, ejemplos peso/talla; talla/edad, entre otros.

**Índice de Masa Corporal (IMC):** Es un número que describe el peso de una persona en relación a su longitud/talla, calculada como  $\text{kg/m}^2$ .

**IMC para la Edad:** Es un indicador de Crecimiento que relaciona el IMC con la edad.

**Obesidad:** Peso para la longitud/talla o IMC para la edad por encima de la línea de puntuación  $z$  3.

**Longitud/talla para la edad:** Un indicador de crecimiento que relaciona la longitud o talla de un niño para la edad.

**Peso bajo para la edad:** También denominado desnutrición global. Indica bajo peso para una edad específica, considerando un patrón de referencia. El indicador P/E se encuentra por debajo de -2 desviaciones estándar. Refleja desnutrición pasada y presente.

**Peso bajo para la talla:** También denominado desnutrición aguda. Indica bajo peso con relación a la talla (P/T), sin tener en cuenta la edad. El indicador P/T se encuentra por debajo de -2 desviaciones estándar.

**Peso muy bajo para la talla:** También denominado desnutrición aguda severa. El indicador P/T se encuentra por debajo de -3 desviaciones estándar.

**Peso para la edad:** Un indicador de crecimiento que relaciona el peso con la edad.

**Peso para la longitud/talla:** Un indicador de crecimiento que relaciona el peso con longitud (para niños menores de 2 años) o con talla (para niños de 2 años de edad o mayores).

**Puntos de corte:** Son los puntos que permiten mejorar la capacidad para identificar la población que sufre o está en riesgo de padecer algún problema nutricional.

**Puntuación z (z Score):** Es la diferencia entre el valor individual y el valor medio de la población de referencia, para la misma edad o talla, dividido entre la desviación estándar de la población de referencia, es decir, identifica cuán lejos de la mediana (de la población de referencia) se encuentra el valor individual obtenido.

**Retraso en talla:** También denominado talla baja para la edad o retraso en talla. Déficit en la talla con relación a la edad (T/E). El indicador T/E se encuentra por debajo de -2 desviaciones estándar.

**Sobrepeso:** Peso excesivo para la longitud/talla de un individuo; peso para la longitud/talla o IMC para la edad por encima de la línea de puntuación z 2 y por debajo de la línea de puntuación z 3. Un niño puede tener baja talla que coexiste con sobrepeso.

## 2.4 MARCO CONCEPTUAL

**Niñez.** Según el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia<sup>36</sup> - UNICEF - es la fase del desarrollo de la persona que comprende entre el nacimiento de la misma, y la entrada en la pubertad o adolescencia. Entre el momento del nacimiento y aproximadamente hasta los 13 años, una persona se considera niño o niña.

**Nutrición.** De acuerdo a lo mencionado por Neufeld<sup>37</sup> es el conjunto de procesos mediante los cuales el organismo utiliza, transforma e incorpora a sus propios tejidos, una serie de sustancias llamadas nutrientes que han de cumplir tres fines básicos que son; suministrar la energía necesaria para el mantenimiento del organismo y sus funciones, además proporcionar los materiales necesarios para la formación, renovación y reparación de estructuras corporales y suministrar las sustancias necesarias para regular el metabolismo<sup>38</sup>.

En Colombia estudios realizados han demostrado que el 4 por ciento de las mujeres que tuvieron nacimientos en los últimos años no amamantó. Las razones aludidas por las mujeres fueron que no les bajó leche, el bebé falleció o no quiso recibir leche materna, el bebé o la madre estaban enfermos, problemas en el pezón o problemas de succión del bebé<sup>39</sup>. Estudios realizados genera La

---

<sup>36</sup> UNICEF. La infancia en España 2014. El valor social de los niños: Hacia un pacto de estado por la Infancia. Madrid, 2004.

<sup>37</sup> NEUFELD, Lynnette, et al. Impacto del programa Oportunidades en nutrición y alimentación en zonas urbanas de México. En: Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades. vol. 2, p. 47- 71.

<sup>38</sup> PORRAS, J. Sanz. Aportaciones de la sociología al estudio de la nutrición humana: una perspectiva científica emergente en España. En: Nutr Hosp. vol. 23, no. 6, p. 531-535.

<sup>39</sup> LUZ HEJENA SÁNCHEZ, Departamentos de Comunicaciones de Profamilia. USAID. pág. 3.

lactancia exclusiva durante los primeros meses de vida desciende de 63 por ciento en niños y niñas de dos meses a 24 por ciento cuando los pequeños tienen cinco meses de nacidos<sup>40</sup>. El uso del biberón para los menores de seis meses continúa siendo una práctica arraigada en Colombia aumentando de 40 por ciento en el 2005 a 45 por ciento en el 2010. En promedio los niños son amamantados en el país 15 meses. El principal motivo para la suspensión de la lactancia fue porque a la mujer se le acabó la leche o porque el niño rechazó el seno.

---

<sup>40</sup> Ibíd, pág. 4.

### 3. DISEÑO METODOLÓGICO

#### 3.1 TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo, transversal con enfoque cuantitativo.

#### 3.2 ESCENARIO DEL ESTUDIO

Barrio El Dorado de Montería, ubicado en la margen izquierda del Río Sinú.

#### 3.3 POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

- ✓ **Población.** 63 familias del barrio El Dorado.
- ✓ **Muestra.** 50 familias del barrio El Dorado con 100 niños(as) menores de 10 años.
- ✓ **Muestreo.** No probabilístico por conveniencia.

#### 3.4 UNIDAD DE ANÁLISIS

Familia con niños (as) en el rango de edad de 0 a 10 años.

### 3.5 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La información se obtuvo directamente de las familias con niños(as) menores de 10 años, por las madres o cuidadores y los sujetos de estudio.

Se utilizó una Encuesta para las madres o cuidadores elaborada por los investigadores, para identificar los aspectos sociodemográficos y los hábitos alimenticios (Anexo B).

Para la medición del estado nutricional y las características de la misma en la niñez del barrio El Dorado, se realizó un tamizaje utilizando los indicadores de medidas antropométricas de la OMS y del ICBF.

### 3.6 PRUEBA PILOTO

Se aplicó la prueba piloto y se controló el sesgo:

**Selección.** La población escogida para la prueba piloto fue el barrio Edmundo López de Montería, y se aplicó a un total de 10 familias con niños (as) menores de 10 años, equivalente al 16% de la muestra total que se pretende utilizar para la investigación, se aplicó a una hora y un día apropiado, lo que permitió realizar las encuestas satisfactoriamente.

**Confusión.** Se encontró un sesgo de confusión de terminología, cuando se preguntó a las madres o cuidadores si el niño(a) durante los primeros 6 meses de vida había sido alimentado solo con leche materna exclusiva, se tuvo que cambiar el concepto en la encuesta, y se plantearon rangos divididos en los 6 primeros meses, de la siguiente forma, lactancia materna exclusiva por más de 4 meses, de 2 a 4 meses, o nunca, y se preguntó el porqué de la respuesta. El resto de los

ítems de la encuesta fueron entendidos claramente por las personas a las cuales se les aplicó.

**Información.** Cada uno de los ítems de la encuesta aportó la información clave para la realización de la investigación, como lo son el estado nutricional de los niños(as), los aspectos sociodemográficos y hábitos alimenticios, lo que permitió lograr los objetivos planteados para la investigación.

### **3.7 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Familia con niños (as) en el rango de edad de 0 a 10 años.

Residentes en el barrio El dorado de Montería.

Participación voluntaria.

### **3.8 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

El procesamiento de los datos se realizó a través del Programa Excel, versión 2010, para el análisis se utilizó la estadística descriptiva. Los resultados se presentan en el orden de los objetivos planteados en tablas y gráficas.

### **3.9 ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES**

Se tuvo en cuenta las disposiciones éticas y legales vigentes sobre la materia y las declaraciones internacionales que la ley colombiana adopta, así como las declaraciones de las organizaciones de Enfermería nacionales e internacionales.

Entre otras, la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, que establece las Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. De acuerdo con el Artículo 11, ésta investigación se clasifica sin riesgo.

Ley 911 de 2004. Capítulo IV. De la responsabilidad del profesional de Enfermería en la investigación y la docencia. Artículo 29. En los procesos de investigación en que el profesional de Enfermería participe o adelante, deberá salvaguardar la dignidad, la integridad y los derechos de los seres humanos, como principio ético fundamental.

A los cuidadores de las familias con niños y niñas menores de 10 años, se les dió a conocer los aspectos relacionados con los objetivos del proyecto, la confidencialidad de la información, sobre el uso de los datos de forma anónima, el alcance y beneficios esperados de los resultados, la participación voluntaria, obteniendo su aceptación y se solicitó la firma del consentimiento informado (Anexo A).



## 4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

A continuación se describen y analizan los resultados encontrados de acuerdo a los objetivos propuestos en la investigación.

### 4.1 ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

#### DATOS DE NIÑO (A)

**Tabla 1. Distribución según edad de niño (a)**

Edad	Nº	%
Menor de 2 años	21	21
de 2 a 5 años	29	29
De 5 a 10 años	50	50
Total	100	100

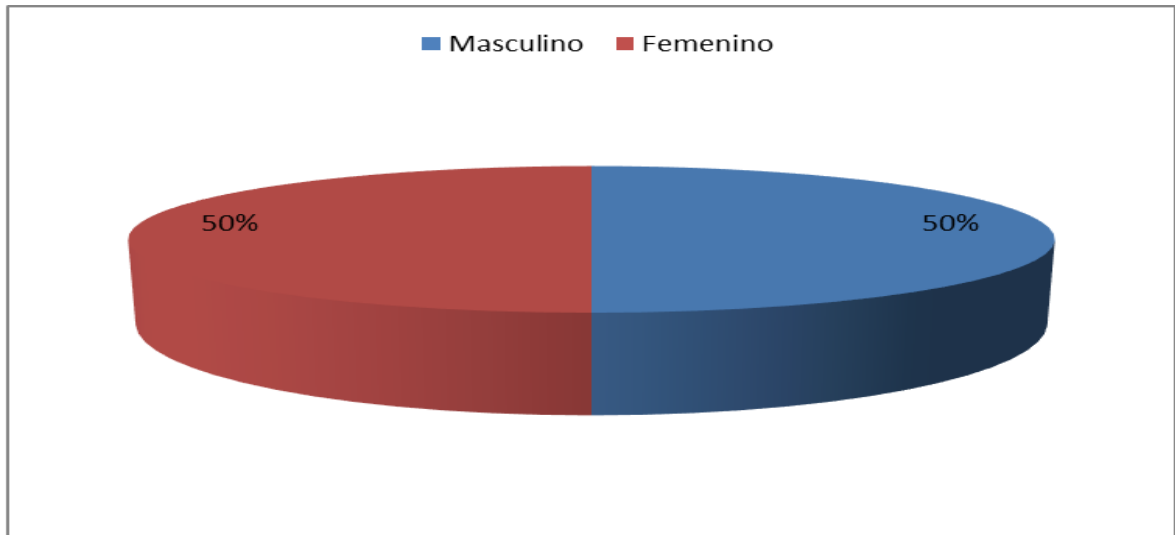
Fuente: Encuesta aplicada, Montería agosto de 2015.

La tabla muestra que el 50% de los niños tienen más de 5 años, otro 29% tiene entre 2 y 5 años y un 21% tiene menos de 2 años. Este estudio se puede relacionar con la investigación realizada por la UNICEF<sup>41</sup> en la cual se observa un alto número de población entre seis y once años lo cual se evidencia con un 34.7%, este estudio fue realizado en la ciudad de Panamá en el año 2010.

---

<sup>41</sup> UNICEF, Panamá según los censos de población y vivienda años 2000 y 2010. Junio 2013.

**Tabla 2. Datos según sexo de niño (a)**



Fuente: Encuesta aplicada, Montería agosto de 2015.

En la muestra el 50% son de sexo masculino al igual que el sexo femenino, según lo que indica la gráfica. De acuerdo al estudio realizado en el periodo 2015 en el Barrio el Dorado la población femenina respecto a la masculina tienen altas equivalencias este estudio se relaciona con el estudio realizado por índice mundi.<sup>42</sup> En el cual se nota un gran equilibrio en la distribución de sexo.

---

<sup>42</sup> INEX MUNDI, distribución por edad en Colombia. Publicado en revista CIA WORL. pág. 1, 2015.

- **DATOS DEL CUIDADOR (A)**

**Tabla 3. Distribución según edad del cuidador (a)**

Edad	Nº	%
18-20 años	17	34
21-29 años	23	46
30-35 años	10	20
Total	50	100

Fuente: Encuesta aplicada, Montería agosto de 2015.

En cuanto a la distribución de edad del cuidador, la tabla indica que un 46% de los cuidadores tenía entre 21 y 29 años, otro 34% entre 18 y 20 años, y por ultimo 20% que se encontraban entre 30 y 35 años. Del anterior estudio se puede considerar relevante en comparación y engranaje con estudios similares realizados por instituciones no gubernamentales en los cuales se destaca la prevalencia en la edad de los cuidadores. Teniendo como resultado que Los cuidadores o familiares de la población infantil en Colombia se encuentran en la etapa de la adultez, desempeñan diferentes roles y representan una población económicamente activa<sup>43</sup>, otros estudios muestran los abuelos (en un 39 por ciento) son los principales cuidadores de los niños o niñas mientras la mamá sale del hogar, sin embargo un 25 por ciento de las mujeres lleva su hijo o hija con ella cuando sale<sup>44</sup>, estos datos no concuerdan con lo arrojados por el estudio en el barrio El Dorado ya que la mayoría de los cuidadores se pertenecen a la etapa de adultez y las madres en este caso las cuidadores se encargan casi en la totalidad del cuidado de sus hijos.

<sup>43</sup> INNA. E. REVISTA DE SALUD PÚBLICA, Volumen 12 (5), Octubre 2010. Pág. 9.

<sup>44</sup> Ibíd. Pág. 12

**Tabla 4. Distribución según estado civil del cuidador (a)**

<b>Estado Civil</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Soltero	14	28
Casado	12	24
Unión libre	22	44
Separado	1	2
Divorciado	1	2
Total	50	100

Fuente: Encuesta aplicada, Montería agosto de 2015.

Teniendo en cuenta la distribución según estado civil del cuidador(a), la tabla muestra que la mayoría de estos se encuentran en unión libre equivalente a un 44%, le siguen soltero y casado con un 28% y 24% respectivamente y por último separado y divorciado con un 2% cada uno.

El predominio del estado de unión libre en los cuidadores de los niños(as) puede asociarse a la cultura de la región ya que se le resta importancia al hecho de estar casado o no. En el estudio realizado en el periodo 2015 se observa un alto porcentaje en la población de cuidadores que se encuentran en unión libre y soltero lo cual se asimila al estudio realizado por Profamilia y la organización USAID<sup>45</sup> en el cual el 32 por ciento con la madre y tan solo el 3 por ciento con el padre. Quindío tiene el mayor porcentaje de los menores de 15 viviendo solo con la madre, lo que tiene relación directa con el número de mujeres cabeza de hogar en este departamento.

---

<sup>45</sup> Ibíd. Pág. 12

**Tabla 5. Distribución según escolaridad del cuidador (a)**

<b>ESCOLARIDAD</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Primaria completa	6	12%
Primaria incompleta	4	8%
Bachillerato completo	22	44%
Bachillerato incompleto	7	14%
Universitario completo	2	4%
Universitario incompleto	0	0%
Técnico completo	7	14%
Técnico incompleto	2	4%
Total	50	100%

Fuente: Encuesta aplicada, Montería agosto de 2015.

En cuanto a la escolaridad de los cuidadores el 44% estudiaron bachillerato completo, seguido de técnico completo y bachillerato incompleto cada uno con un 12%, luego primaria incompleta con un 8%, y en menor porcentaje técnico incompleto y universitario completo con un 4% cada uno según se muestra en la tabla.

Esto podría deberse al nivel socioeconómico de las familias ya que son de escasos recursos y no tienen facilidad para culminar estudios o estudiar carreras técnicas o universitarias. El estudio realizado a con anterioridad se identifica similitud con los informes realizados por la OPS en el cual en el impacto de la desnutrición se nota una desigualdad en este proceso de mejoramiento, ya que la población pobre y desplazada<sup>46</sup> aun presentan índices altos de desnutrición.

---

<sup>46</sup> OPS. Estado Nutricional, de alimentación y condiciones de salud de la población desplazada por la violencia en Colombia. 2005.

El contexto sociocultural constituye un elemento clave para la repercusión en la calidad de vida y es una medida estándar para evaluar la efectividad de las intervenciones sobre los hábitos alimentarios en la población infantil. De igual forma según la OMS/UNICEF/OPS<sup>47</sup>, una de los factores que favorecen a que no se de una adecuada nutrición en los niños es el nivel de educación de sus madres o del adulto a cargo, y esta es una de las falencias que aún se presentan en el departamento de Córdoba. Aunque un 44% de los cuidadores del estudio se graduaron de bachilleres lo que muestra que el nivel educativo de estos no es tan bajo.

---

<sup>47</sup> OMS/UNICEF/OPS. Guía de Atención y Consejería del Niño en la Familia. Bogotá, 2009.

**Tabla 6. Distribución según ingreso familiar del cuidador (a)**

<b>INGRESO FAMILIAR</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Menor al SMLV	6	12%
Igual al SMLV	36	72%
Mayor al SMLV	8	16%
Total	50	100%

Fuente: Encuesta aplicada, Montería agosto de 2015.

La tabla muestra la distribución de los ingresos familiares de las familias donde se evidencia que la mayoría de las familias tienen un ingreso mensual del salario mínimo con un 72%, en un porcentaje menor con ingresos mayores al salario mínimo 16% y por ultimo con un 12% menor al salario mínimo.

Más de la mitad de las familias tiene ingreso de un salario mínimo, puede estar relacionado con la falta de oportunidades y de trabajo para estas personas de estratos 1 y 2. De acuerdo al estudio realizado en el barrio el Dorado el cual mide los diferentes aspectos que influyen de forma directa en la nutrición de la niñez se puede comparar con El estudio situación actual y prospectiva de la niñez y la juventud en Colombia<sup>48</sup>, Estas enfermedades en alto porcentaje prevenibles, evidencian la realidad socioeconómica que vive el país, ya que su presencia es mucho mayor en los sectores más pobres de la población.

---

<sup>48</sup> UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. Situación actual y prospectiva de la niñez y la juventud en Colombia. Noviembre de 2004.

**Tabla 7. Distribución según Seguridad Social**

<b>SEGURIDAD SOCIAL</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Subsidiado	35	70%
Contributivo	14	28%
Especial	1	2%
PPNV	0	0%
Total	50	100%

Fuente: Encuesta aplicada, Montería agosto de 2015.

De acuerdo al sistema de seguridad social que tienen estas familias, la gran mayoría tienen régimen subsidiado con un 70%, seguido de contributivo con un 28% y régimen especial con un 2%, hay que resaltar que ninguna de las familias pertenecía a población pobre no afiliada.

Estos datos muestran un elevado número de familias con régimen subsidiado posiblemente por el nivel socioeconómico que predomina en el barrio, el cual es el estrato 1. De acuerdo a los datos obtenidos mediante la encuesta realizada en el periodo 2015 en el Barrio el Dorado en materia de cobertura se observa un alto porcentaje de población afiliada al régimen de seguridad social estos datos pueden ser el resultado de las acciones e En materia de cobertura, que fueron establecidas en el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS)<sup>49</sup> en el 2012, reporta un aumento en la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Por su parte, con corte a junio de 2013, se estima que se mantiene la cobertura en 96% producto de 19.786.512 afiliados reportados en el régimen contributivo y 22.596.052 en el subsidiado.

---

<sup>49</sup> MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL EN COLOMBIA, Informe Administrativo Periodo 2010- 2012. Bogotá, D.C., Agosto de 2013. Pág.11.



**Tabla 8. Distribución según religión**

<b>RELIGIÓN</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Católica	33	66%
Evangélica	16	32%
Pentecostal	0	0%
Ateo	0	0%
Otra	1	2%
Total	50	100%

Fuente: Encuesta aplicada, Montería agosto de 2015.

El 66% de las familias profesan la religión católica que equivale a la mayoría de la población, otro 32% pertenecen a la religión evangélica, un 2% a otra (cristiana), según lo evidenciado en la tabla, y se resalta que la religión pentecostal y ateo no predomina en ninguna de las familias.

La religión que más se profesa es la católica, esto debido probablemente a las costumbres de la región donde la mayoría de las personas pertenecen a la iglesia católica. Esta encuesta tiene gran similitud a los datos arrojados por la revista semana<sup>50</sup>, en el cual se destaca la religión católica como la más predominante en Colombia ubicando al país en el tercer lugar en la lista de países con mayor número de católicos

---

<sup>50</sup> PEW RESEARCH CENTER, Países Católico. Publicado Revista Semana. 14 de Febrero Del 2013. 2da Edición.

**Tabla 9. Distribución según tipología familiar**

<b>TIPOLOGÍA FAMILIAR</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Familia nuclear completa	17	34%
Familia nuclear incompleta	5	10%
Familia padrastral	0	0%
Familia extensa completa	15	30%
Familia extensa incompleta	13	26%
Total	50	100%

Fuente: Encuesta aplicada, Montería agosto de 2015.

Teniendo en cuenta la tipología familiar la tabla muestra que la mayoría de las familias pertenecen al grupo de familia nuclear completa con un 34%, familia extensa completa e incompleta con un porcentaje de 30% y 26% respectivamente, familia nuclear incompleta con un 10%, el tipo de familia padrastral no se encontró en este grupo. El anterior estudio demuestra que la población de acuerdo a la tipología familiar se encuentra con mayor proporción conformada la familia nuclear completa estudio que se puede comparar con la información disponible en la Encuesta de Demografía y SaludENDS-2010<sup>51</sup>, se puede considerar que la mayoría de los hogares en Colombia está entre dos y cinco personas, equivalente al 75,4% del total de los hogares esta estructura es semejante en la zona urbana y en la rural. Mismo año. Entre el año 2005 y el 2010 aumentaron los hogares con 1, 2, 3 y 4 personas, en tanto que disminuyen los de 5 y más 23.

---

<sup>51</sup> BLANCA LETICIA ARTEAGA DÍAZ, ICBF Caracterización Familiar, Bogotá D.C 2012. Pág.12.

## 4.2 HÁBITOS ALIMENTICIOS DEL NIÑO (A)

**Tabla 10. Distribución según Lactancia Materna Exclusiva y LME más alimentación complementaria hasta los 2 años**

Lactancia Materna Exclusiva	N°	%	LME		
			alimentación complementaria hasta los 2 años		
	N°	%		N°	%
Hasta los 6 meses	21	21,00%	Si	19	19 %
> de 4 meses	18	18,00%			
> 2 meses	13	13,00%			
Nunca	48	48,00%	No	81	81%
Total	100	100%	Total	100	100%

Fuente: Encuesta aplicada, Montería agosto de 2015.

En lo relacionado con la lactancia materna exclusiva LME, el 21% de los niños (as) tuvo LME hasta los 6 meses de edad, el 18% recibió LME hasta los 4 meses, el otro 13% solo se alimentó con LME durante los 2 primeros meses y el 48% restante nunca recibió lactancia materna exclusiva según muestra la tabla, en cuanto a la LME y alimentación complementaria hasta los 2 años se muestra que la mayoría de los niños no recibieron esta con un 81% el otro 19% restante fue el que la recibió.

Según los datos la mayoría de los niños(as) no recibieron lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida, teniendo en cuenta lo planteado por los cuidadores, se estima que la razón con mayor peso fue el hecho de que las madres no les bajaba leche materna en los primeros días después del parto y

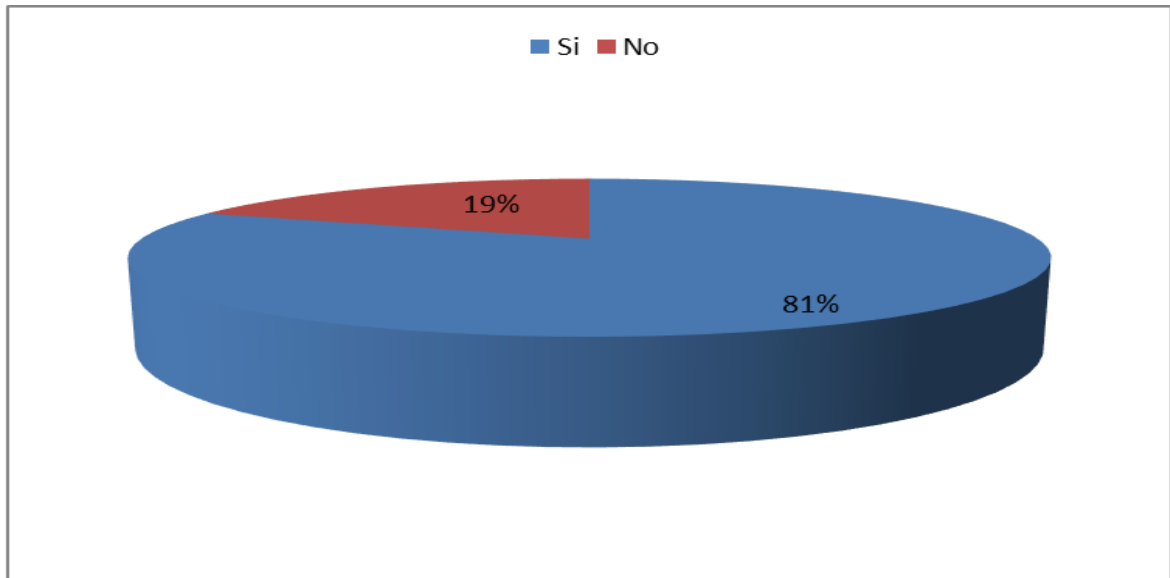
también se debía a que la leche materna no era la suficiente para sostener nutricionalmente a los niños(as) por esta razón iniciaban la alimentación antes de los 6 meses o en su defecto dejaban de alimentarlo con leche materna complementaria después de los 6 meses.

Para el estudio realizado se denotan variables significativas que se asocian con la falta de lactancia materna exclusiva tales como el desconocimiento, el uso del biberón en las empresas de salud y la necesidad de realizar actividad laboral antes de cumplirse los seis meses de vida del infante. Estos datos concuerdan con los estudios realizados en las principales zonas urbanas en Colombia en el año 2007<sup>52</sup>, en los cuales la cual el principal motivo de no uso de LME son los tres factores mencionados anteriormente.

---

<sup>52</sup> JESÚS RODRÍGUEZ-García y Naydú Acosta-Ramírez Centro de Proyectos para el Desarrollo-Cendex, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Marzo del 2007.

**Tabla 11. Distribución según utilización de biberón y taza**



Fuente: Encuesta aplicada, Montería agosto de 2015.

Estos resultados muestran que el 81% de los niños(as), utilizaron taza y biberón durante la lactancia materna, y el 19% restante no los utilizó, lo anterior se evidencia en la gráfica.

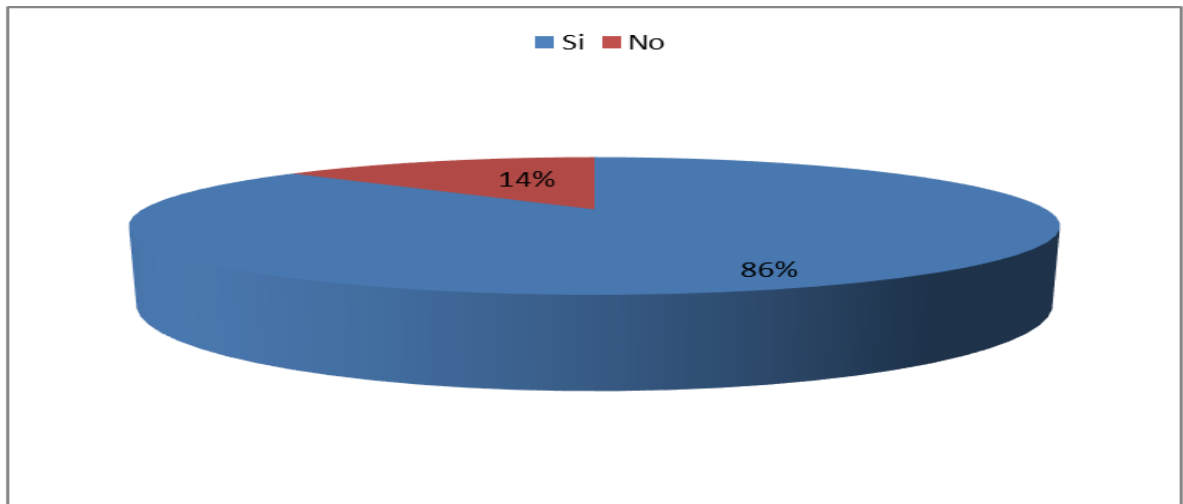
La razón por la cual los cuidadores utilizaran taza y biberón durante la lactancia materna del niño(a) se debe a que no tienen los conocimientos adecuados acerca de las desventajas de la utilización de estos y de la repercusión que tiene en el desarrollo del niño y su estado de salud. Del estudio realizado se deduce la introducción de alimentación complementaria antes de los primeros meses de vida y la suspensión de la LME antes de los dos años debido a factores como el desconocimiento del periodo de adecuado de la LME, y la respuesta de las madres como es la creencia de que el menor no se satisface, la poca producción de lactancia materna y la preocupación de un bajo desarrollo este estudio es similar al realizado en el diciembre de 2010 Calarcá Colombia donde se analizó

los factores relaciones con la LME y la introducción temprana de la alimentación complementaria<sup>53</sup>.

---

<sup>53</sup> ÁNGELA LILIANA LONDOÑO FRANCO, M. Mejía. Factores relacionados con lactancia materna exclusiva e introducción temprana de leche entera en comunidades de estrato socioeconómico bajo. Calarcá-Colombia. Octubre de 2010. Pág. 129.

**Tabla 12. Distribución según consumo de frutas a partir de los seis meses de edad**



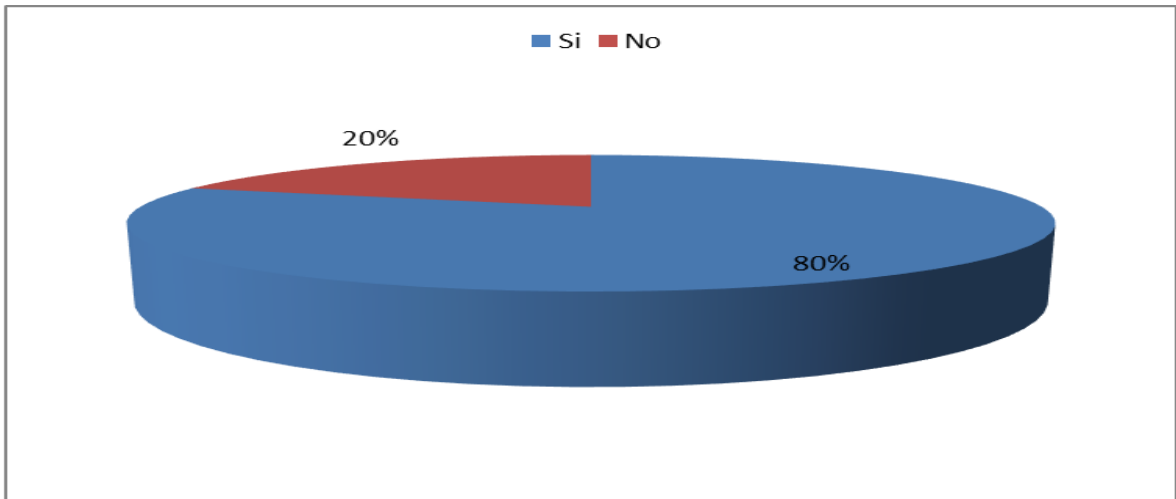
Fuente: Encuesta aplicada, Montería agosto de 2015.

Los datos obtenidos en la encuesta muestran el alto porcentaje de los niños(as) que consumieron frutas la gráfica muestra que a partir de los 6 meses (86%) si consumieron, y un 14% que no consumió frutas. El porcentaje de niños que iniciaron el consumo de frutas después de los 6 meses de edad fue elevado, debido a que la región se cultiva muchas plantas frutales lo que facilita el acceso de las personas a estas y por ende su consumo. Teniendo en cuenta los datos encontrados por la encuesta realizada en el Barrio el Dorado en el periodo 2015 se obtuvo un alto consumo de frutas a partir de los primeros seis meses de vida lo cual se asimila a la encuesta realizada por la propuesta para la formulación de pautas para la alimentación complementaria del niño lactante de 6 a 12 meses, realizado en la ciudad de Medellín, en el periodo 2009<sup>54</sup>.

---

<sup>54</sup> GILMA OLAYA VEGA, M. Barrera. Propuesta para la formulación de pautas para la alimentación complementaria del niño lactante de 6 a 12 meses. Publicado revista Scielo, pág.142.

**Tabla 13. Distribución según consumo de verduras a partir de los seis meses de edad**



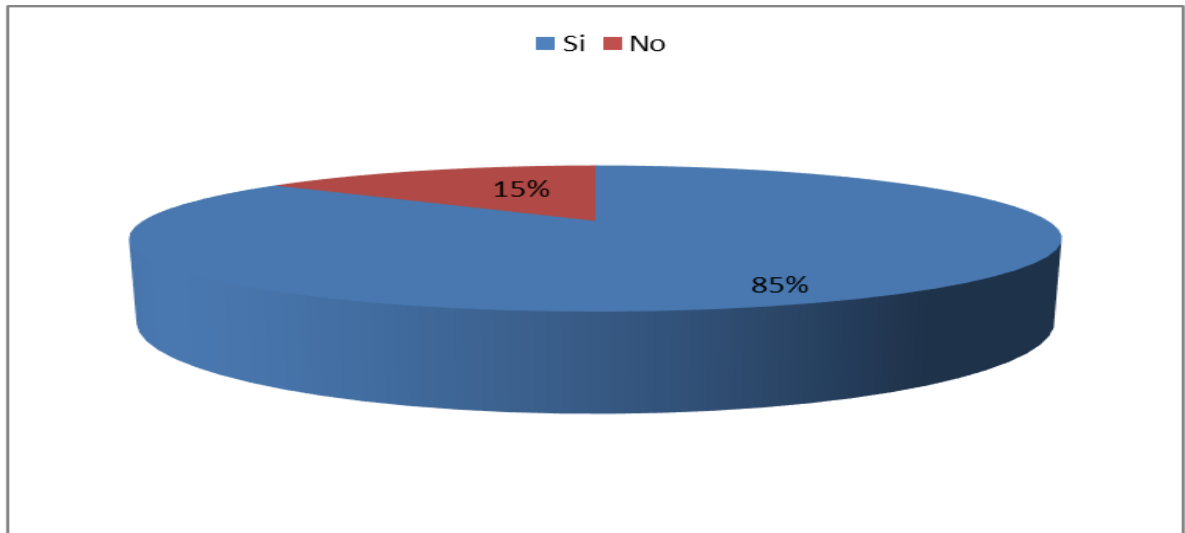
Fuente: Encuesta aplicada, Montería agosto de 2015.

La gráfica indica que un gran porcentaje de niños después de los 6 meses de edad, empezó a consumir verduras (80%), el otro 20% restante no lo hizo.

La mayoría de los niños(as) empezaron a consumir verduras después de los 6 meses de edad, según lo planteado por los cuidadores preparaban estas de tal forma para que los niños los consumieran.



**Tabla 14. Distribución según consumo de micronutrientes como Vitamina A, Hierro y Zinc a partir de los seis meses de edad**



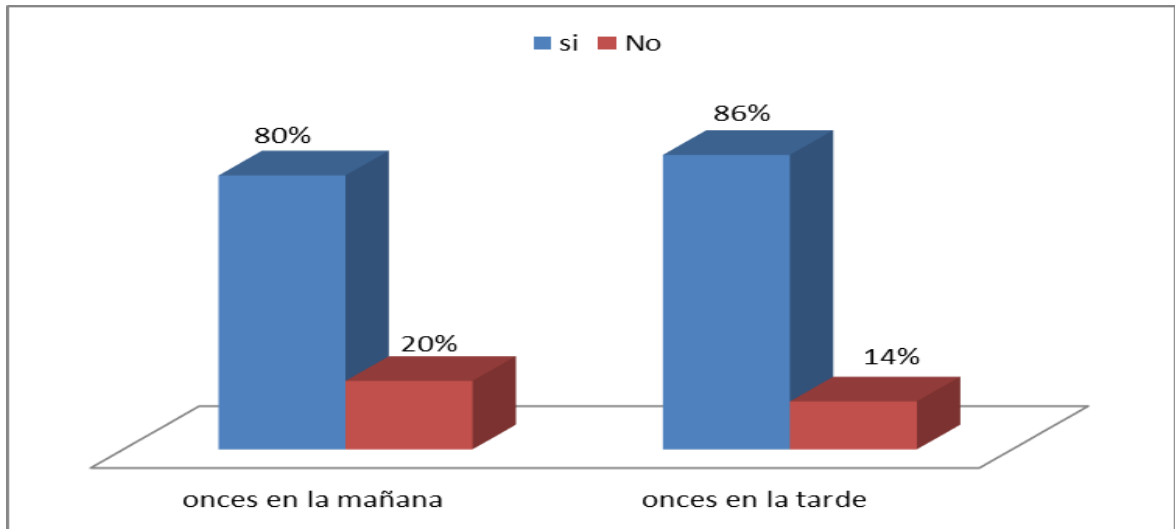
Fuente: Encuesta aplicada, Montería agosto de 2015.

En lo relacionado con el consumo de micronutrientes como Vitamina A, Hierro y Zinc a partir de los seis meses de edad, en la gráfica se evidencia que el 85% de los niños(as) si los empezó a recibir, el otro 15% restante no los consumió.

Estos datos muestran que la mayoría de los niños recibieron micronutrientes porque las madres llevan de manera oportuna a los niños(as) a los controles de crecimiento y desarrollo, donde se le suministra las fórmulas para el consumo de estas de acuerdo al estado nutricional de cada niño(a). Este estudio se correlaciona con Los datos del Estudio Nacional sobre deficiencia de Hierro, Vitamina A y prevalencia de Parasitismo realizado en 2005<sup>55</sup>, en el cual la población muestran deficiencia leve en los depósitos de hierro de los niños y niñas menores de 5 años.

<sup>55</sup> INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Estudio Nacional sobre deficiencia de Hierro, Vitamina A y prevalencia de parasitismo. Bogotá, 2005.

**Tabla 15. Distribución según consumo de onces en la mañana y tarde**



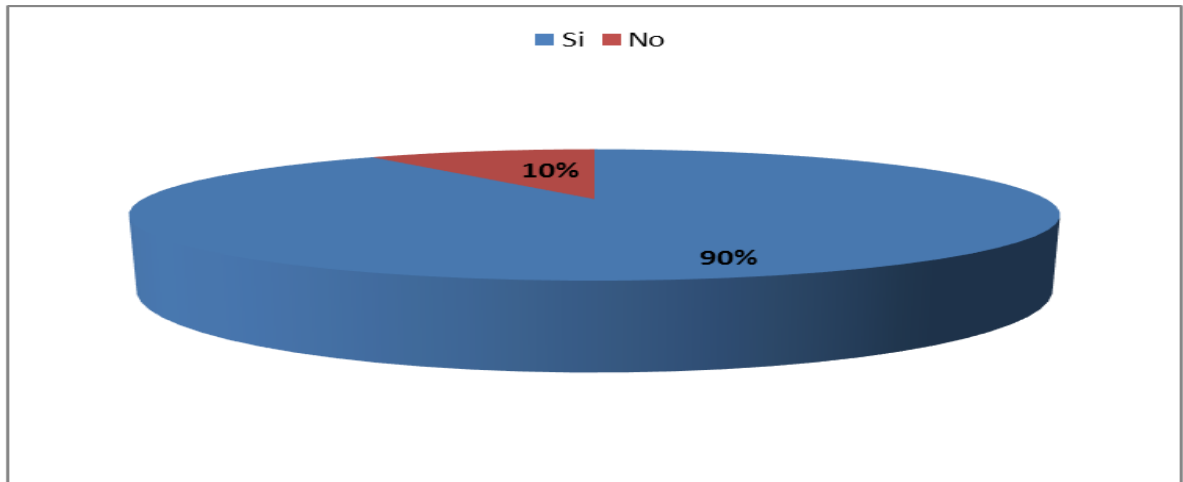
Fuente: Encuesta aplicada, Montería agosto de 2015.

Teniendo en cuenta los datos obtenidos en la encuesta, se puede observar en la gráfica que en cuanto al consumo de onces en la mañana el 80% de los niños(as) si las consumían y el 20% no las recibían; según el consumo de onces en la tarde un gran porcentaje si las consume (86%) y el 14% no.

La mayoría de los niños(as) reciben onces en la mañana y en la tarde, debido a las costumbres de la región y también porque los niños(as) asisten a centros de desarrollo infantil se les suministra desayuno y onces. Frente al estudio realizado se obtuvieron datos relevantes acerca del consumo de onces en la mañana y por la tarde con el fin de garantizar una adecuada alimentación y nutrición este estudio se adecua a estudios previos realizados en Perú<sup>56</sup>.

<sup>56</sup> NELLY ESPINOLA, fortalecimiento de la nutrición infantil en Perú, desarrollo y uso de la papilla Pág. 128.

**Tabla 16. Distribución según suministro de antiparasitario**



Fuente: Encuesta aplicada, Montería agosto de 2015.

Según los datos obtenidos, la gráfica muestra que el porcentaje de niños(as) que recibió antiparasitarios fue de 90% un gran porcentaje frente al grupo que no los recibió equivalente a un 10%.

A la mayoría de los niños(as) se les suministró antiparasitarios esto debido a que existe una cultura de llevar a los niños(as) a que reciban asistencia médica. En el estudio realizado se toma en cuenta el suministro de antiparasitarios como medida de prevención de enfermedades producida por parásitos esto a su vez se puede comparar con los datos Evidenciados en la realidad socioeconómica que vive el país, ya que su presencia es mucho mayor en los sectores más pobres de la población, como ocurre con los problemas de salud oral y el parasitismo intestinal En la Encuesta Nacional de Demografía y Salud - ENDS - 2000<sup>57</sup>.

<sup>57</sup> PROFAMILIA – ICBF. Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS. Bogotá, 2005.

#### 4.3 VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO (A)

Para la Valoración Antropométrica en menores de 10 años se tuvo en cuenta la edad según mes/año, el peso en Kgs., la talla en Cmts., el perímetro cefálico en Cmts y el Índice de masa corporal IMC.

**Tabla 17. Distribución según Valoración Antropométrica peso/edad**

Valoración Antropométrica Peso/Edad	De 0 a 2 años	
	Nº	%
Peso adecuado para la Edad = 0 > -1 D.E a 1 D.E	14	67
Riesgo de Peso bajo para la Edad <-1 D.E a -2 D.E	4	19
Peso bajo para la Edad o DNT Global <-2 D.E a -3 D.E	2	9
Peso muy bajo para la Edad o DNT Global severa <-3 D.E	1	5
Total	21	100

Fuente: Encuesta aplicada, Montería agosto de 2015.

En cuanto a la valoración antropométrica en niños(as) menores de 2 años, el 67% presentó un peso adecuado para la edad, un 19% un riesgo de peso bajo para la edad, otro 9% desnutrición global y por último desnutrición global severa con un 5% como lo muestra la tabla. De acuerdo al estudio realizado en el periodo 2015 se logra determinar similitudes con el estudio realizado por la encuesta En la Encuesta Nacional de Demografía y Salud - ENDS - 2000<sup>58</sup>.

---

<sup>58</sup> Ibíd. pág.13

**Tabla 18. Distribución según Valoración Antropométrica talla/edad**

Valoración Antropométrica Talla/Edad	De 0 a 10 años	
	Nº	%
Talla adecuada = 0 > a -1 D.E	57	57%
Riesgo de Talla baja < -1 D.E a -2 D.E	28	28%
Talla baja para la Edad o Retraso en la Talla < -2 D.E	15	15%
Total	100	100%

Fuente: Encuesta aplicada, Montería agosto de 2015.

La tabla muestra que el 57% de los niños(as) presentaron una talla adecuada para la edad, siguiendo el grupo de 28% con un riesgo de talla baja y un 15% talla baja para la edad. De acuerdo a lo anterior y al estudio realizado se puede comparar con el estudio realizado por Revista Científica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos en la cual se tomó una población de 450 niños de sexo femenino y masculino y al realizar la valoración respecto a la talla/ edad se obtuvo un resultado donde predominó la talla adecuada respecto a la edad.<sup>59</sup>

---

<sup>59</sup> Alina Esther González. Revista Científica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos, MediSur v.8 n.2 Cienfuegos mar.-abr. 2010.

**Tabla 19. Distribución según Valoración Antropométrica peso/talla**

Valoración Antropométrica Peso/Talla	De 0 a 5 años	
	Nº	%
Obesidad > 2 D.E	11	22
Sobrepeso > 1 a 2 D.E	9	18
Peso adecuado para la Talla = a 1 D.E a - 1 D.E	20	40
Riesgo de Peso bajo para la Talla < -1 D.E a - 2 D.E	6	12
Peso bajo para la Talla o DNT Aguda < -2 D.E a -3 D.E	3	6
Peso muy bajo para la Talla o DNT Aguda Severa < -3 D.E	1	2
Total	50	100

Fuente: Encuesta aplicada, Montería agosto de 2015.

El 40% de los menores de 5 años presentaron peso adecuado, el 22% obesidad, otro 18% sobrepeso, otro 12% presento un riesgo de peso bajo para la talla, y en menor cantidad un 6% con desnutrición aguda y 2% desnutrición aguda severa. El estudio realizado se compara de acuerdo a los datos obtenidos con el trabajo de investigación realizado por la Revista Científica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos En cuanto a la distribución percentilar de la talla para la edad según sexo, 351 niños (78,8 %) mostraron una talla adecuada para la edad cronológica<sup>60</sup>al igual que el estudio realizado en el barrio el dorado en el periodo 2015.

---

<sup>60</sup> Ibíd. Pág. 6

**Tabla 20. Distribución según Valoración Antropométrica IMC**

Valoración Antropométrica Índice De Masa Corporal Imc	De 0 a 5 años		De 5 a 10 años	
	Nº	%	Nº	%
Obesidad > 2 D.E	12	24%	6	12%
Sobrepeso > 1 a 2 D.E	11	22%	6	12%
Adecuado = 1 D.E a - 1 D.E	No aplica		28	56%
Riesgo de delgadez < - 1 D.E a - 2 D.E			4	8%
Delgadez < -2 D.E			6	12%
Total	50	100%	50	100%

Fuente: Encuesta aplicada, Montería agosto de 2015.

Para los niños(as) de 0 a 5 años según normatividad solo se evalúa obesidad y sobrepeso y se encontró que un 24% tenía obesidad y un 22% sobrepeso. Para el grupo de 5 a 10 años se evidenció que un 56% tenían un peso adecuado, obesidad, sobrepeso y delgadez se presentaron en un 12% cada uno, y por último riesgo de delgadez con un 8%. Esta encuesta se relaciona con los datos obtenidos en el estudio Valoración del estado nutricional de la población escolar del municipio de Argelia, Colombia<sup>61</sup>. Cabe resaltar que La obesidad infantil tiene una predisposición genética y es un verdadero problema, ya que en un gran porcentaje, el niño obeso será un adulto obeso, con todas las secuelas que la obesidad conlleva,. Aproximadamente del 25 al 28% de los niños presentan obesidad infantil, pero lo más preocupante es que en los últimos 20 años se ha incrementado de manera importante esta proporción hasta casi un 60% más<sup>62</sup>. Estos resultados son similares a los arrojados por el estudio ya que el 24% de los niños(as) menores de 5 años presentaron obesidad infantil según el IMC.

<sup>61</sup> RUBÉN A. ORTEGA. Facultad de Ciencias Naturales, Exactas y de la Educación, Departamento de Química, Universidad del Cauca. Publicado Rev. salud pública. Pág. Vol.16 2014

<sup>62</sup> Ibid. Pág. 11.

## 5. CONCLUSIONES

Se logró caracterizar a la población según aspectos sociodemográficos, y se evidenció que la totalidad de los cuidadores de los niños(as) se encontraban en la etapa de adultez, y que más de la mitad de las familias sobrevivían mensualmente con el salario mínimo lo que afecta de una y otra forma en la nutrición de los integrantes de esta.

También se pudo identificar la clasificación nutricional según indicadores antropométricos de la OMS y del ICBF: talla para la edad, peso para la edad, peso para la talla, índice de masa corporal IMC y perímetro cefálico, se detectó que la mayoría de los niños(as) tenían un adecuado estado de salud, sin retraso en la talla ni el peso, los casos donde los resultados estuvieron por debajo o por encima de lo normal, se asociaron a factores culturales y económicos.

Se consiguió determinar los hábitos alimenticios de la población y de la lactancia materna como primera opción nutricional en la población de estudio, y se evidenció que la mayoría de los niños(as) no recibieron LME durante los 6 primeros meses de vida, y solo una cuarta parte tuvieron una LME más alimentación complementaria hasta los dos años, esto debido a la cultura y a los mitos que se manejan en esta población que van desde lo estético hasta el decir que la leche materna no es suficiente alimento para los niños(as).



## 6. RECOMENDACIONES

- ✓ Fortalecer la educación que se les brinda a las madres por parte de las instituciones de salud sobre la LME para así evitar una interrupción en este proceso que es vital para la salud de los niños(as).
- ✓ Por parte de los estudiantes de enfermería educar más a fondo en los temas de LME durante los 6 primeros meses y LME más alimentación complementaria hasta los dos años.
- ✓ Que se capten oportunamente en las entidades promotoras de salud los niños que no tienen asistencia médica y que no reciben una adecuada alimentación.
- ✓ Que se den a conocer los beneficios de una alimentación adecuada acompañada de suministro de micronutrientes en los niños(as) para mejorar así su estado nutricional.
- ✓ Realizar un estudio en el barrio sobre la alimentación de los niños(as) y cómo influyen estos en el proceso de salud y desarrollo de los menores.
- ✓ Educar a los cuidadores de los niños(as) sobre las adecuadas prácticas de alimentación en los menores en caso de que no quieran comer verduras y vegetales.

## BIBLIOGRAFÍA

ALCARAZ, Gloria, et al. Estado nutricional y condiciones de vida de los niños menores de cinco años del área urbana del municipio de Turbo, Antioquia, Colombia, 2004. En: Biomédica. Vol. 28, no. 1, p. 87-98.

ANSOTEGUI, J. Arena. La lactancia materna en la “Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño”. En: Anales de pediatría. Elsevier Doyma, 2003. p. 208-210.

CASTRO DE NAVARRO, Lucia y NICHOLLS, Santiago. Deficiencia de hierro, vitamina a y prevalencia de parasitismo intestinal en la población infantil y anemia nutricional en mujeres en edad fértil, Colombia 1995-96. En: [Anónimo] Deficiencia de hierro, vitamina a y prevalencia de parasitismo intestinal en la población infantil y anemia nutricional en mujeres en edad fértil, Colombia 1995-96. Instituto Nacional de Salud, 1998.

CERECEDA FERNÁNDEZ, C., et al. Detección de malnutrición al ingreso en el hospital. En: Nutrición Hospitalaria. Vol. 18, no. 2, p. 95-100

CRUZ, Arturo Jiménez; CERVERA, Pilar y I GASCON, Montserrat Bacardí. Tabla de composición de alimentos. Wander, 1990.

DELGADO, Mario Francisco, et al. Conocimientos maternos sobre signos de peligro en diarrea aguda en el marco de la estrategia AIEPI. En: Colombia Médica. Vol. 37, no. 4, p. 293-298

ELIZONDO, Luz Leticia. Principios básicos de salud. Editorial Limusa, 2002.

FIGUEIRAS, Amira Consuelo, et al. Manual para la vigilancia del desarrollo infantil en el contexto de AIEPI. En: Washington: OPS, 2006.

GAVIRIA, Alejandro y PALAU, María Del M. Nutrición y salud infantil en Colombia: determinantes y alternativas de política.

GÜETO, Juan Morales. Nutriterapia, salud y longevidad: Qué comer para vivir mejor. Ediciones Díaz de Santos, 2011.

KROEGER, Axel y LUNA, Ronaldo. Atención Primaria de Salud: principios y métodos. OPS, 1987.

LONDOÑO, Ángela L.; MEJÍA, Shirley y GÓMEZ-MARÍN, Jorge E. Prevalencia y factores de riesgo asociados a parasitismo intestinal en preescolares de zona urbana en Calarcá, Colombia. En: Revista de Salud Pública. Vol. 11, no. 1, p. 72-81.

MAJEM, Lluís Serra; ROMÁN, Blanca y BARTRINA, Javier Aranceta. Alimentación y nutrición. En: Invertir para la salud: prioridades en. p. 1-42.

NEUFELD, Lynnette, et al. Impacto del programa Oportunidades en nutrición y alimentación en zonas urbanas de México. En: Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades. Vol. 2, p. 47-71

OLIVERAS LÓPEZ, M., et al. Evaluación nutricional de una población universitaria. En: Nutrición Hospitalaria. Vol. 21, no. 2, p. 179-183

OPS., *et al.* Manual de tratamiento de la diarrea en niños. OPS (Organización Panamericana de la Salud), 2008.

ORTIZ LEYBA, C., et al. Recomendaciones para la valoración nutricional y el soporte nutricional especializado de los pacientes críticos. En: Nutrición Hospitalaria. vol. 20, p. 1-3

OSBORNE, DR y VOOGT, P. Análisis de los nutrientes de los alimentos. Acribia, 1985.

PORRAS, J. Sanz. Aportaciones de la sociología al estudio de la nutrición humana: una perspectiva científica emergente en España. En: Nutrición Hospitalaria. vol. 23, no. 6, p. 531-535

SAN MARTÍN, José Luis y BRATHWAITE-DICK, Olivia. La estrategia de gestión integrada para la prevención y el control del dengue en la región de las Américas. En: Rev. Panamericana de salud pública. Vol. 21, no. 1, p. 55-63

UNICEF. La infancia en España 2014. El valor social de los niños: Hacia un Pacto de Estado por la Infancia.

URDINOLA, B. Piedad. Determinantes socioeconómicos de la mortalidad infantil en Colombia, 1993. En: Revista colombiana de estadística. Vol. 34, no. 1, p. 39-72

VELÁSQUEZ, Claudia, et al. Clasificación de niños colombianos con desnutrición según la referencia NCHS o el estándar OMS. En: Archivos latinoamericanos de nutrición. Vol. 61, no. 4, p. 353-360

VERDÚ, José Mataix. Nutrición Para Educadores. Ediciones Díaz de Santos, 2013.

UNICEF. Estado mundial de la infancia 1999. Unicef, 1999.

## ANEXOS

### ANEXO A. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Al firmar el presente documento doy mi consentimiento para participar en la investigación: Valoración de la situación nutricional de la niñez de las familias del barrio El Dorado de Montería, 2015, que realiza el grupo investigador del programa de Enfermería de la Universidad de Córdoba, con el objetivo de describir las características nutricionales de la niñez en el barrio El Dorado de Montería.

Se me ha informado que mi colaboración es voluntaria y que en el momento que quiera puedo desvincularme del proyecto o no responder las preguntas que me sean formuladas. Se me ha garantizado la confiabilidad de mis respuestas. Se me ha informado que los datos de la investigación serán de conocimiento de los participantes y serán socializados por los investigadores o por la Universidad de Córdoba a través de su grupo de investigadores. También se me ha indicado que al participar en el estudio no tendré beneficio económico alguno.

Todo lo anterior me ha sido informado y acepto participar en el estudio firmando el presente formulario de consentimiento.

---

NOMBRES Y APELLIDOS (Del participante o su responsable)

---

FIRMA (Del participante o su responsable)

En caso de no saber firmar Coloque una "X" y la huella

---

Se acepta el consentimiento el día \_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ de 2015

## ANEXO B. ENCUESTA

### VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN NUTRICIONAL DE LA NIÑEZ EN LAS FAMILIAS DEL BARRIO EL DORADO DE MONTERÍA, 2015

**Objetivo:** Valorar la situación nutricional de la niñez de las familias del barrio El Dorado de la ciudad de Montería, 2015.

ENCUESTA Nº \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Marque con una x.

#### I. ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

**Datos del niño (a):** Edad: \_\_\_\_\_ días / meses / años. Sexo: M \_\_\_\_ F \_\_\_\_

**Datos del cuidador (a):** Edad: \_\_\_\_\_ años. Sexo: M \_\_\_\_ F \_\_\_\_

- Estado Civil. Soltero: \_\_ Casado: \_\_ Unión libre: \_\_ Separado: \_\_ Divorciado: \_\_  
\_\_\_\_
- Escolaridad. Primaria completa: \_\_ Primaria incompleta: \_\_ Bachillerato completo: \_\_ Bachillerato incompleto: \_\_ Universitario completo: \_\_ Universitario incompleto: \_\_ Técnico completo: \_\_ Técnico incompleto: \_\_
- Ingreso Familiar. Menor al SMLV: \_\_ Igual al SMLV: \_\_ Mayor al SMLV: \_\_
- Seguridad Social. Subsidiado: \_\_ Contributivo: \_\_ Especial: \_\_ PPNV: \_\_
- Religión. Católica: \_\_ Evangélica: \_\_ Pentecostal: \_\_ Ateo: \_\_ Otra: \_\_
- Tipología familiar. Familia nuclear completa: \_\_ Flia nuclear incompleta: \_\_ Flia padrastral: \_\_ Flia extensa completa \_\_ Flia Extensa Incompleta: \_\_

## II. HÁBITOS ALIMENTICIOS DEL NIÑO (A)

- Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses: \_\_\_\_ > de 4 meses: \_\_\_\_  
> 2 meses: \_\_\_\_ Nunca: \_\_\_\_.
- Lactancia materna y alimentación complementaria hasta los 2 años: Si \_\_\_\_  
No \_\_\_\_ Por qué? \_\_\_\_\_
- Utilizó durante su lactancia materna tetero o tasa: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Por qué?  
\_\_\_\_\_
- El niño (a) consume alimentos diferentes a la leche materna a partir de los seis  
meses de edad: Si: \_\_\_\_ No: \_\_\_\_ Por qué?:  
\_\_\_\_\_
- El niño (a) consume frutas: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Cuáles?  
\_\_\_\_\_
- El niño (a) consume verduras: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Cuáles?  
\_\_\_\_\_
- El niño (a) consume micronutrientes como Vitamina A, Hierro y Zinc a partir de  
los seis meses de edad. Si: \_\_\_\_ No: \_\_\_\_ Por qué?:  
\_\_\_\_\_
- El niño (a) consume onces de media mañana: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Cuáles?  
\_\_\_\_\_
- El niño (a) consume onces de media tarde: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Cuáles?  
\_\_\_\_\_
- El niño (a) consume el desayuno: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_  
Alimentos del desayuno: \_\_\_\_\_



- El niño (a) consume el almuerzo: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Alimentos del almuerzo: \_\_\_\_\_

- El niño (a) consume la cena: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Alimentos de la cena: \_\_\_\_\_

- Al niño (a) se le suministró antiparasitario: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Cuando?

\_\_\_\_\_

### **III. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO (A):**

- Valoración Antropométrica. Edad: \_\_\_\_ mes/año Peso: \_\_\_\_ Kgs. Talla: \_\_\_\_\_  
Cmts. Perímetro cefálico: \_\_\_\_\_ Cmts. IMC: \_\_\_\_\_

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**