

**VALORACIÓN NUTRICIONAL DE NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS DEL MUNICIPIO DE
PALESTINA CALDAS**

**MANUELA MONCADA MONCADA
NATALY GALEANO MONTOYA
VIVIANA OSORIO HENAO**

**UNIVERSIDAD DEL AREANDINA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PREGRADO
PEREIRA
2017**

**VALORACIÓN NUTRICIONAL DE NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS DEL MUNICIPIO DE
PALESTINA CALDAS**

**MANUELA MONCADA MONCADA
NATALY GALEANO MONTOYA
VIVIANA OSORIO HENAO**

Anteproyecto,

**UNIVERSIDAD DEL AREANDINA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PREGRADO
PEREIRA
2017**

TABLA DE CONTENIDO

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
2. JUSTIFICACIÓN	8
3. OBJETIVOS	10
3.1 OBJETIVO GENERAL	10
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
4. MARCO GEOGRÁFICO	11
5. MARCO DE ANTECEDENTES	12
5.1 A NIVEL INTERNACIONAL	12
5.2 A NIVEL NACIONAL	13
5.3 A NIVEL REGIONAL	14
6. MARCO CONCEPTUAL	16
7. MARCO DE REFERENCIA	19
7.1 SITUACIÓN DE SALUD Y NUTRICIÓN EN POBLACIÓN INFANTIL	19
7.2 CONTEXTO EN ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN	20
7.2.1 Plan decenal de infancia	20
7.2.2 Ley de Infancia y adolescencia	20
7.2.3 Objetivos de desarrollo sostenible	21
7.2.4 Programa de Cero a Siempre	23
7.3 SOBREPESO Y OBESIDAD ¿CUÁL ES NUESTRA REALIDAD?	23
7.4 PROGRAMAS PARA DISMINUIR LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA	24
8. MARCO METODOLÓGICO	25
8.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	25
8.2 DISEÑO	25
8.3 ESTRUCTURA METODOLÓGICA	25
8.4 POBLACIÓN OBJETO	26
8.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	26
8.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	26
8.7 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	26
8.7.1 Fuentes Secundarias	27
8.7.2 Fuentes Primarias	27
8. 8 MATERIALES Y MÉTODOS	27
8.11 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	29

8.12 RESULTADOS	33
9. CONSIDERACIONES ÉTICAS	38
10. CONCLUSIONES	39
11. CONSENTIMIENTO INFORMADO	40
12. BIBLIOGRAFÍA	43

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Una mala o deficiente dieta en los niños y niñas entre los 0 – 5 años es un factor que puede generar serios problemas en la población de infantes los cuales se pueden traducir en consecuencias que van desde problemas de salud hasta aquellos que inhiben el desarrollo psicomotor de los niños. Una alimentación inadecuada es un elemento que bloquea el desarrollo integral que debe generarse en los niños y niñas en edades tempranas. Es claro que no solo es la falta de nutrientes, sino la ingesta excesiva de alimentos poco saludables lo que trae consecuencias que son demasiado riesgosas como para no darle importancia a una buena dieta los niños en edades tempranas.

En este sentido, una alimentación adecuada durante los primeros años de vida de los niños y niñas, incide directa e irrefutablemente en el estado de salud y por supuesto en la habilidad de los niños para aprender, comunicarse adecuadamente, analizar variables propias de su edad, socializar con su entorno y evidentemente adaptarse a los ambientes en los cuales convive y a las personas con las que interactúa.

Por su parte, se considera que el sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 1997, la obesidad se define como un incremento del porcentaje del tejido adiposo corporal acompañado de un peso superior al 20% del peso teórico. El sobrepeso se define como el exceso de peso con un alto riesgo de obesidad. (1)

El niño o niña desnutrida presenta una alteración en salud: Alteración sistemática irreversible causada por una deficiente utilización de nutrientes por las células del organismo, presentando las siguientes manifestaciones: Disminución en la velocidad de crecimiento y talla, peso disminuido por edad, retardo en la maduración ósea y defectos de calcificación, retraso en núcleos de calcificación, masas musculares hipotrofias, y atrofia de piel, cabello, pestañas, cejas y uñas. El periodo infantil y juvenil se caracteriza por un

proceso dinámico y continuo de crecimiento, desarrollo y maduración del individuo en su esfera biológica, psicológica y social. La capacidad de aprendizaje es máxima, no solo desde el punto de vista cognitivo, sino también respecto a la actitud, destreza y en definitiva, los hábitos y valores relacionados con la salud en general y con la alimentación en particular.

El tratamiento de las complicaciones relacionadas con la malnutrición en general impone un factor en la económica de la sociedad, la cual se debe al incremento en el costo de atención y de muchas enfermedades asociadas que presentan los pacientes con obesidad, además de que disminuye la productividad por ausentismo laboral y los individuos que la padecen son más susceptibles a una muerte prematura por otro lado se sabe que el sobrepeso, la obesidad y la desnutrición tiene un impacto negativo en la calidad de vida, tanto en niños como en adultos, con complicaciones en el ámbito escolar y laboral, así como en el desarrollo social del individuo en general. (2)

Es importante considerar que sin antecedentes de obesidad en los padres, un niño obeso entre 1 y 2 años de edad presenta 1.3% de probabilidad de ser obeso En la edad adulta, mientras que los niños identificados con obesidad entre los 15 y 17 años tienen una probabilidad de 7.5% de ser obesos al llegar a la edad adulta. (2)

La obesidad infantil es considerada como una problemática del siglo XXI según la Organización Mundial de la Salud. Alrededor de 43 millones de niños se encontraban en exceso de peso a nivel mundial para el año 2010. En Colombia, las cifras de exceso de peso en la población infantil han incrementado en el 2010, según la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional de Colombia (ENSIN). (3)

La malnutrición es uno de los problemas que más afecta a la población infantil en los países en vía de desarrollo. El término malnutrición engloba estados nutricionales como la obesidad y la desnutrición. (4)

1.1 PREGUNTA PROBLEMA

¿Cuáles son los factores sociodemográficos relacionados con el estado nutricional de los niños de 0 a 5 años del municipio de Palestina Caldas?

2. JUSTIFICACIÓN

Una buena alimentación y un estado nutricional adecuado son parámetros fundamentales para el desarrollo, tanto físico como mental en los niños y niñas. En este sentido, una alimentación balanceada durante las etapas de la primera infancia es fundamental para sentar las bases alimentarias del resto de la vida de los niños y niñas. No obstante, una alimentación sana durante la niñez es muy importante para que el niño pueda tener un desarrollo óptimo de sus capacidades cognitivas y por ende mejorar la concentración durante sus etapas tempranas de desarrollo de los aprendizajes.

Es claro que para muchos países es de vital importancia la reducción de los niveles de pobreza y esto va directamente relacionado con el logro de un bienestar integral de las familias; mostrando dentro sus planes de desarrollo un interés notable por los temas relacionados con la nutrición de los infantes en los estratos más vulnerables. En este sentido, Colombia no es ajena frente al diseño de programas que mejoren y minimicen los efectos que generan la falta de alimentos o una inadecuada alimentación en sus niños y niñas.

Los primeros años de vida resultan de vital importancia en lo que al estado nutricional se refiere: Si el niño presenta algún grado de desnutrición o obesidad, los efectos se reflejan incluso durante la etapa adulta, en la productividad de las personas; una alimentación inadecuada dentro del hogar tiene un efecto negativo sobre las condiciones de salud del niño, sobre su habilidad para aprender, comunicarse, pensar analíticamente, socializar efectivamente y adaptarse a nuevos ambientes y personas.(5)

La condición nutricional del niño está determinada por su alimentación y su estado de salud; está asociada a la disponibilidad de recursos en el hogar del niño y a los patrones culturales que determinan las formas en que el mismo es alimentado. La desnutrición es más frecuente en lactantes y menores de 2 años de edad y se manifiesta como retraso del crecimiento. En Colombia deficiencias nutricionales constituyeron la segunda causa de mortalidad en niños de 1 a 4 años en 2001. La obesidad se encuentra entre los 10 riesgos

principales para la salud en el mundo; alrededor de 155 millones de niños en edad escolar, el 10% de los niños de 5 a 17 años del mundo, padecen sobrepeso; y de ellos, se considera que de 30 a 45 millones están obesos; en países desarrollados la prevalencia de obesidad en menores de 6 años varía entre 10 y 15%; en países de América latina entre 20- 25%, se identifica actualmente en algunos como un problema mayor que la desnutrición.

En Colombia en 2007 se informó prevalencia de sobrepeso en menores de cinco años de 3,1 siendo mayor en áreas urbanas con 3,6%. Por lo antes expuesto, se pretende la realización de un estudio observacional, descriptivo, de casos probables y confirmados de niños del área rural con problemas de malnutrición; y los factores que influyeron a que estos niños lleguen a este estado de salud. Ya que desde generaciones anteriores se han alimentado con los productos agrícolas más comunes en su región y estos son los más ricos en carbohidratos, vitaminas y minerales. Esto provoca que las familias alimenten a sus hijos sin darse cuenta la cantidad que sobrepasa la ingesta normal de alimentos; pero también tenemos a familias que no pueden acceder muy fácilmente a estos productos agrícolas y causan a sus menores la falta de alimentos que por su poca edad son más susceptibles a llegar a la desnutrición, por falta de consumo de alimentos. (6)

Por todo lo expuesto anteriormente, el presente estudio es importante puesto que a través de la valoración nutricional de niños de 0 a 5 años del municipio de Palestina Caldas, se ayudará a entender cuáles son los factores que generan la prevalencia de la obesidad y la desnutrición en los niños, ya que en muchas familias y en especial las del área rural no tienen mucha educación sobre cómo debe ser la ingesta de alimentos diarios.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el estado nutricional de los niños menores de 5 años del municipio de Palestina Caldas

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar los factores de riesgo que genera la malnutrición en niños de 0-5 años de Palestina Caldas en el primer semestre del 2016.
- Establecer la prevalencia de la malnutrición en los niños de 0 a 5 años de Palestina Caldas en el primer semestre del 2016.
- Asociar los factores sociodemográficos al estado nutricional de los niños de 0 a 5 años de Palestina Caldas
- Identificar los cinco factores etiológicos principales de la malnutrición en los niños de 0 a 5 años de Palestina Caldas

4. MARCO GEOGRÁFICO

El área geográfica en la cual se realizará la presente investigación es en el municipio de Palestina del departamento de Caldas. Palestina es un municipio de la región centro sur del departamento de Caldas, República de Colombia. Ubicado en la Región Central Cafetera, conocida como el Eje Cafetero, que cuenta con una cultura y tradición ligadas a la colonización antioqueña y al cultivo del Café. En esta localidad se encuentra en construcción el Aeropuerto Internacional del Café, con clara vocación de carga especialmente de exportación, dada la cercanía con la ciudad de Manizales (importante centro industrial), la diversidad de productos agropecuarios y agroindustriales de su zona de influencia que comprende municipios de los departamentos de Risaralda, Caldas, Quindío y norte del Valle del Cauca. Este municipio presenta muy diversos pisos térmicos, pues su territorio se encuentra desde las orillas del río Cauca, hasta la cabecera municipal ubicada en la cima de la montaña.

Geografía: Limita al norte con los municipios de Anserma y Manizales; al occidente con los de Chinchiná y Risaralda; al oriente con el de Manizales y al sur con el de Chinchiná.

Economía: Palestina se encuentra en el corazón cafetero de Colombia, con los municipios de Chinchiná y Manizales forman el triángulo cafetero más importante del Departamento. La zona cafetera está representada en el 68,52% del área municipal. Posee condiciones óptimas de clima y suelo para el desarrollo del cultivo del café. La economía del Municipio se basa en la producción del café, lo que sitúa a Palestina como uno de los Municipios más cafeteros del país, con alta productividad, el más tecnificado a nivel nacional y con el mayor porcentaje de población dedicada a esta actividad. A nivel departamental el Municipio se sitúa como el tercer productor de café después de Chinchiná y Manizales.

La mano de obra de su cosecha ha sido en su gran mayoría externa del Municipio en un 77% y el 23% restante le corresponde a la mano de obra local. Palestina se convierte en una localidad cosmopolita, pues para la cosecha llegan recolectores de Antioquía, Risaralda, Quindío, Valle del Cauca, Tolima, Cundinamarca, Chinchiná, Manizales, Medellín entre otros. (7)

5. MARCO DE ANTECEDENTES

Mediante un proceso de investigación se realizó la búsqueda de temas relacionados con la valoración nutricional de niños de 0 a 5 años, sus características, importancia y problemas inherentes al tema de estudio. Esta investigación se realizó en fuentes como libros, informes, artículos y tesis relacionadas con el contenido analizado.

5.1 A NIVEL INTERNACIONAL

A nivel internacional se consultó el estudio denominado “Comparación del desarrollo psicomotor en preescolares chilenos con normo peso versus sobrepeso/obesidad” publicado por la revista Nutrición Hospitalaria cuyos autores fue Mariela Méndez Ruíz, Jessica Estay Carvajal.

El estudio realizado en preescolares chilenos mostró que los varones, provenientes de familias pobres, preescolares que no asisten a las escuelas, madres analfabetas y con sospecha anterior de déficit psicomotor incrementaban su riesgo de retraso en el DSM. El principal resultado del estudio es que los preescolares con normo peso presentan un mejor desarrollo psicomotor comparado con los preescolares sobrepesos y obesos, destacando en ellos la motricidad la cual imprime la diferencia al desarrollo psicomotor total. El sobrepeso/obesidad es un factor que influye en el desarrollo de la psicomotricidad de forma negativa en preescolares de 4 años de edad. Un menor desarrollo psicomotor llevaría a una mayor segregación al no poder participar en los juegos infantiles, aislamiento y menor actividad física, lo que incrementaría finalmente el riesgo de obesidad y el impedimento de fortalecer la motricidad y coordinación, además de la ubicación en el tiempo y el espacio, lo que cerraría así el círculo negativo de impacto en el desarrollo psicomotor. (8)

5.2 A NIVEL NACIONAL

Por su parte, a nivel nacional se han venido desarrollando proyectos académicos de investigación al nivel de pregrado y posgrado, cuyo propósito es identificar las características del estado nutricional en niños y niñas menores de 5 años.

En el año 2012 se presentó en la Pontificia Universidad Javeriana, en la Facultad de Ciencias del Departamento de Nutrición y Bioquímica, para optar al título de la carrera de Nutrición y Dietética, el trabajo de grado denominado “Caracterización del estado nutricional de los niños y niñas menores de cinco años, beneficiarios del programa desayunos infantiles con amor del municipio de Mosquera – Cundinamarca - Colombia para el año 2012”. Los resultados arrojados en el estudio muestran que las características socio demográfico de los hogares de los niños y niñas que se benefician del Programa DIA, parten de la vinculación al sistema general de seguridad social en salud, ya que se encontró que el 64% de la población beneficiaria del municipio se encuentra incluido en el régimen subsidiado de salud y el 36% restante al régimen contributivo. Comparado con el estudio nacional realizado por el ICBF y el Ministerio de protección social, sobre el impacto del programa DIA, se evidencia que el 68.58% de la población encuestada pertenece al régimen subsidiado, cifra que similar al resultado del estudio (Ministerio de Protección Social, 2010).

De acuerdo al nivel socioeconómico la población participante se encuentra en los niveles 1 y 2 con más del 78%; además, se encontró que la distribución de los beneficiarios por área de residencia era mayoritariamente urbana (81%). Sin embargo, es importante resaltar que en el estudio nacional del impacto del programa muestra que el 70% de la población encuestada va enfocada a la población pertenecientes al nivel 1 del SISBEN y la distribución de los beneficiarios se encuentra en área de residencia urbana (57.8%)

El exceso de peso en niños y niñas menores de 5 años se puede conocer mediante dos indicadores cuyos resultados son muy similares: peso para la talla e índice de masa corporal por edad. En Colombia, por medio de la resolución 2121 del Ministerio de Protección

Social estableció el rango entre 1DE y 2DE con la denominación de sobrepeso y su objetivo es preventivo. Por otro lado el rango >2DE denominado como obesidad es referencia como problema en cuanto a exceso de peso (ENSIN 2010). Para efectos de este estudio, se encontró que el 15% de los niños y las niñas de 1 a 4 años que reciben el complemento nutricional se encuentran en el rango de sobrepeso, situación que debe ser tenida en cuenta para efectos de prevención.

De otra parte, el 8% de esta población presentó obesidad y está por encima a la prevalencia nacional establecida por la ENSIN 2010 que fue específicamente del 5.2%. De acuerdo al impacto del estudio del programa DIA a nivel nacional para este indicador se encontró que el 19.5% de los niños y las niñas se encontraban en sobrepeso y el 5.25 de esta población presento obesidad, igual a la prevalencia nacional determinada en la ENSIN 2010. (9)

5.3 A NIVEL REGIONAL

Por su parte a nivel regional se analizó el proyecto presentado por John Jairo Ocampo Rincón, Carolina López Jaramillo, denominado “Evaluación del estado nutricional en población menor de 10 años de edad del municipio de Pereira, Risaralda, Colombia, 2011. Primera parte: Desnutrición global”, el cual Los resultados observados en el presente estudio son considerablemente consistentes con lo esperado tanto desde el punto de vista de la tendencia del comportamiento de los indicadores, como de la situación actual de los mismos. De ello se desprende que para el presente análisis se observa una variación considerable en la prevalencia puntual de malnutrición por déficit o desnutrición, especialmente al compararle con lo encontrado en el estudio realizado en el año 2001. Sin embargo debe acotarse que sigue siendo un importante problema de salud pública en el Municipio Pereira, donde de acuerdo a esta estimación, que procede de un estudio con una muestra probabilística se permite inferir el comportamiento en la población infantil, casi 1 de cada 5 menores de 10 años presentó desnutrición global.

Por ello, a pesar de que se observan mejorías en el tiempo. La proporción de niños menores de 10 años de edad con desnutrición global viene disminuyendo desde el año 2001, pasando por el año 2008, hasta los resultados del actual estudio. Las intervenciones que se han hecho debe intensificarse para mejorar aún más las condiciones nutricionales y de salud de la población menor de 10 años en Pereira durante los próximos años y que la desnutrición global siga disminuyendo. Los presentes resultados deben orientar al diseño de políticas públicas que impulsen el avance del desarrollo social, el mejoramiento de las condiciones de vida, así como incidir en forma directa en la disponibilidad de alimentos y la educación nutricional en el Municipio con el fin de mejorar en forma integral las condiciones nutricionales que tiene la población infantil en Pereira. En la siguiente parte se presentan los resultados concernientes a desnutrición crónica y posteriormente a desnutrición aguda.

(10)

6. MARCO CONCEPTUAL

OBESIDAD. La obesidad es una enfermedad crónica de origen multifactorial prevenible que se caracteriza por acumulación excesiva de grasa o hipertrofia general del tejido adiposo en el cuerpo; es decir, cuando la reserva natural de energía de los humanos y otros mamíferos, almacenada en forma de grasa corporal, se incrementa hasta un punto en que pone en riesgo la salud o la vida. El sobrepeso y la obesidad son el quinto factor principal de riesgo de defunción humana en el mundo. Cada año fallecen por lo menos 2,8 millones de personas adultas como consecuencia del sobrepeso o la obesidad. (11)

OBESIDAD INFANTIL. La obesidad infantil es un problema de salud caracterizado por el exceso de grasa corporal de los niños. Dicho nivel de adiposidad supone todo un condicionante para su salud general y su bienestar, haciéndole propenso a sufrir otras patologías secundarias y asociadas. Según los datos publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la prevalencia de esta enfermedad a nivel internacional es cada vez mayor. En 2010 había unos 42 millones de menores con sobrepeso, registrándose la mayor parte de los casos en países en vías de desarrollo. (12)

DESNUTRICIÓN. Deficiencia de nutrientes que generalmente se asocia a dieta pobre en vitaminas, minerales, proteínas, carbohidratos y grasas, alteraciones en el proceso de absorción intestinal, diarrea crónica y enfermedades como cáncer o sida. Este padecimiento se desarrolla por etapas, pues en un principio genera cambios en los valores de sustancias nutritivas contenidas en sangre, posteriormente, ocasiona disfunción en órganos y tejidos y, finalmente, genera síntomas físicos con el consecuente riesgo de muerte. (13)

HÁBITOS ALIMENTICIOS: Los hábitos alimentarios son comportamientos conscientes, colectivos y repetitivos, que conducen a las personas a seleccionar, consumir y utilizar determinados alimentos o dietas, en respuesta a unas influencias sociales y culturales. El proceso de adquisición de los hábitos alimentarios comienza en la familia. La Infancia es el momento óptimo para adquirir unos buenos hábitos alimentarios. Estos se adquieren por

repetición y de forma casi involuntaria, la familia tiene una gran influencia y esta se va reduciendo a medida que los niños crecen. (14)

ALIMENTACIÓN: Alimentación es la ingestión de alimento por parte de los organismos para proveerse de sus necesidades alimenticias, fundamentalmente para conseguir energía y desarrollarse. No se debe confundir alimentación con nutrición, ya que esta última se da a nivel celular y la primera es la acción de ingerir un alimento. (15)

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES: Estas enfermedades son denominadas crónicas, siendo estas de larga duración con una evolución lenta y principalmente causan la muerte. Debido a la importante carga que representan, tanto en términos de mortalidad como de morbilidad y a la estrecha relación causal que guardan con ciertos factores de riesgo evitable, en este trabajo nos concentramos sólo en esos cuatro grupos, dejando de lado otras EC como los trastornos mentales, anomalías congénitas, y pérdida de la vista o de la audición. Este tipo de enfermedades son afecciones que no se pueden transmitir por contacto con animales o con otros seres humanos; en ocasiones estas enfermedades tiene su origen biológico inevitable. (16)

NUTRICIÓN: Según la OMS, la nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición, entendida como una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular, es un elemento fundamental para mantener una vida saludable. La nutrición es el proceso en el que nuestro organismo utiliza el alimento para mantenerse en buen funcionamiento y reparar zonas deterioradas. Para ello se llevan a cabo diversos procesos entre los que se incluye la absorción, asimilación y transformación de los alimentos, que permiten al organismo incorporar los nutrientes destinados a su mantenimiento, crecimiento y correcto funcionamiento. (17)

SALUD. La salud es considerada un estado de bienestar o de equilibrio que puede ser visto a nivel subjetivo (un ser humano asume como aceptable el estado general en el que se encuentra) o a nivel objetivo (se constata la ausencia de enfermedades o de factores dañinos

en el sujeto en cuestión). El término salud se contrapone al de enfermedad, y es objeto de especial atención por parte de la medicina y de las ciencias de la salud. (18)

CRECIMIENTO. En el infante, es el proceso biológico por el cual un niño aumenta de masa y tamaño a la vez que experimenta una serie de cambios morfológicos y funcionales que afecta a todo el organismo hasta adquirir las características del estado adulto. Este aumento comienza por las propias células, pasando por tejidos, hasta llegar a órganos y sistemas. Estas estructuras, más desarrolladas, se hacen cargo de realizar el trabajo biológico más importante. (19)

NIÑO. Es un ser humano que aún no ha alcanzado la pubertad. Por lo tanto, es una persona que está en la niñez y que tiene pocos años de vida.

DESEQUILIBRIO. Situación en la que la persona ingiere una cantidad de nutrientes insuficientes para cubrir sus necesidades energéticas

DESEQUILIBRIO ENERGÉTICO. Desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas.

7. MARCO DE REFERENCIA

7.1 SITUACIÓN DE SALUD Y NUTRICIÓN EN POBLACIÓN INFANTIL

A nivel mundial, la desnutrición contribuye a más de un tercio de las defunciones de niños y niñas menores de 5 años. Además, tiene múltiples consecuencias a corto y largo plazo, como retraso en el desarrollo mental, mayor riesgo de enfermedades infecciosas, y susceptibilidad a sufrir enfermedades crónicas en la edad adulta. En los países de bajos ingresos, la desnutrición infantil casi invariablemente es producto de la pobreza, que se caracteriza por la baja condición social y económica de la familia, la precariedad de la vivienda y de las condiciones ambientales, y el limitado acceso a los alimentos, el agua salubre y la atención de la salud. (Unicef. Estado Mundial de la Infancia, 2012).

Para el año 2010, casi 8 millones de niños murieron antes de cumplir los 5 años, la mayoría de ellos debido a la neumonía, la diarrea o a complicaciones durante el parto. En las zonas urbanas, las altas concentraciones de pobreza se combinan con la ineficiencia de la prestación de servicios que hacen que aumente la mortalidad infantil. Además es importante resaltar que los niños pueden sufrir de “hambre oculta” o malnutrición por carencia de micronutrientes; esto puede deberse a insuficiencia de micronutrientes como vitamina A, hierro, vitamina C, ácido Fólico, y zinc etc. La carencia de estos micronutrientes hace que los niños tengan mayor riesgo de muerte, ceguera y retraso en el crecimiento, además de que su coeficiente intelectual puede verse afectado. (Unicef, 2012).

En Colombia, la mortalidad infantil ha venido disminuyendo de manera progresiva, la línea de base en 1990 fue de 37 muertes por cada mil nacidos vivos, en 2000 estuvo en 20.41 y en 2009 se redujo a 13.69 muertes por cada mil nacidos vivos. Teniendo en cuenta lo anterior, para el 2005 Colombia habría superado las metas de desarrollo del milenio. (OMS, 2010). No obstante, la prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de cinco años paso del 15,9% en 2005 a 13,2% en 2010, dando a conocer que uno de cada 8 niños presenta desnutrición crónica, atribuibles a que su talla no corresponde con la edad. Esta situación se presenta en mayor medida en la población de nivel I y II del SISBEN de las

áreas rurales y en regiones como Atlántica, Orinoquia, Amazonia y Pacífica. (ENSIN, 2010).

Uno de los factores de riesgo evidente en la población menor de cinco años es la desnutrición, según estimaciones recientes, hay 115 millones de niños menores de 5 años con insuficiencia ponderal, y aunque la prevalencia mundial está descendiendo, los avances son desiguales. En el mundo, alrededor de 178 millones de niños tienen una estatura baja para la edad según los patrones de crecimiento infantil de la Organización Mundial de la Salud, y ese retraso del crecimiento es un indicador básico de la malnutrición crónica (Unicef, 2010). (20)

7.2 CONTEXTO EN ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

7.2.1 Plan decenal de infancia

En el marco del enfoque poblacional la dirección de Salud Pública ha venido trabajando la etapa de la niñez, vista desde el desarrollo humano, como la etapa del ciclo vital que inicia desde la gestación y va hasta los 12 años de edad, y que se caracteriza dentro de la escala abreviada de desarrollo, donde se valora la motricidad gruesa (juego, pararse n un pie, empinarse en ambos pies), la motricidad fina adaptativa (trazos, copiarse, copiar objetos grandes y pequeños entre otros), la audición y el lenguaje (suprimir, y/o cambiar letras) y por último la parte personal social (vestirse y desvestirse solo, compartir juegos con compañeros, tener un amigo especial, saber cuántos años tiene, decir el nombre de los padres y de él).

(Ministerio de Protección Social, 2007).

7.2.2 Ley de Infancia y adolescencia

La Ley 1098 de 2006, tiene como objeto establecer normas sustantivas y procesales para la protección integral de los niños, las niñas y los adolescentes, garantizar el ejercicio de sus

derechos y libertades consagrados en los instrumentos internacionales de Derechos Humanos, en la Constitución Política y en las leyes, así como su restablecimiento. Dicha garantía y protección será obligación de la familia, la sociedad y el Estado. En el Artículo 24 que conforma esta ley menciona el “Derecho a los alimentos” ya que los niños, las niñas y los adolescentes tienen derecho a los alimentos y demás medios para su desarrollo físico, psicológico, espiritual, moral, cultural y social, de acuerdo con la capacidad económica., con el fin de contribuir al desarrollo integral de los niños, las niñas y los adolescentes. (Ley 1098, 2006). (21)

7.2.3 Objetivos de desarrollo sostenible

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), también conocidos como Objetivos Mundiales, son un llamado universal a la adopción de medidas para poner fin a la pobreza, proteger el planeta y garantizar que todas las personas gocen de paz y prosperidad.

Estos 17 Objetivos se basan en los logros de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, aunque incluyen nuevas esferas como el cambio climático, la desigualdad económica, la innovación, el consumo sostenible y la paz y la justicia, entre otras prioridades. Los Objetivos están interrelacionados, con frecuencia la clave del éxito de uno involucrará las cuestiones más frecuentemente vinculadas con otro.

Los ODS conllevan un espíritu de colaboración y pragmatismo para elegir las mejores opciones con el fin de mejorar la vida, de manera sostenible, para las generaciones futuras. Proporcionan orientaciones y metas claras para su adopción por todos los países en conformidad con sus propias prioridades y los desafíos ambientales del mundo en general. Los ODS son una agenda inclusiva. Abordan las causas fundamentales de la pobreza y nos unen para lograr un cambio positivo en beneficio de las personas y el planeta.

- Objetivo 1: Poner fin a la pobreza en todas sus formas en todo el mundo.
- Objetivo 2: Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible.

- Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.
- Objetivo 4: Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos.
- Objetivo 5: Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas.
- Objetivo 6: Garantizar la disponibilidad de agua y su gestión sostenible y el saneamiento para todos.
- Objetivo 7: Garantizar el acceso a una energía asequible, segura, sostenible y moderna para todos.
- Objetivo 8: Promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos.
- Objetivo 9: Construir infraestructuras resilientes, promover la industrialización inclusiva y sostenible y fomentar la innovación.
- Objetivo 10: Reducir la desigualdad en y entre los países.
- Objetivo 11: Lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles.
- Objetivo 12: Garantizar modalidades de consumo y producción sostenibles.
- Objetivo 13: Adoptar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus efectos.
- Objetivo 14: Conservar y utilizar en forma sostenible los océanos, los mares y los recursos marinos para el desarrollo sostenible.
- Objetivo 15: Proteger, restablecer y promover el uso sostenible de los ecosistemas terrestres, gestionar los bosques de forma sostenible, luchar contra la desertificación, detener e invertir la degradación de las tierras y poner freno a la pérdida de la diversidad biológica.
- Objetivo 16: Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y crear instituciones eficaces, responsables e inclusivas a todos los niveles.
- Objetivo 17: Fortalecer los medios de ejecución y revitalizar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible. (22)

7.2.4 Programa de Cero a Siempre

El programa de cero a siempre, es una estrategia de País, de prioridad nacional para la atención integral a la primera infancia, dirigida a los niños y niñas desde la gestación hasta los 5 años 11 meses de edad. Se proyecta como una atención que cumpla con criterios de integralidad, alta calidad, orientada a estimular de manera adecuada las diferentes dimensiones del desarrollo Infantil temprano. En este contexto, se tienen como criterios de equidad en la primera infancia, las brechas urbano – rurales, en calidad y acceso, las necesidades particulares de los niños de acuerdo con la edad, la población elegible pobre y vulnerable a partir del SISBÉN, así como la situación de cada una de las entidades territoriales en términos de salud, nutrición, educación y cuidado. (23)

7.3 SOBREPESO Y OBESIDAD ¿CUÁL ES NUESTRA REALIDAD?

“Para categorizar el IMC (Peso en kilogramos/talla al cuadrado en metros) se utilizaron las gráficas para la edad y sexo del estudio longitudinal de crecimiento de la Fundación Orbeogo que figuran en la historia clínica; una vez recogido los datos se clasificaron en tres grupos de acuerdo a la edad ya que eran niños entre 2 a 14 años; La prevalencia de sobrepeso y obesidad se analizó en función de las variables edad y sexo, estableciéndose como puntos de corte los correspondientes a los percentiles p85 (sobrepeso) y p95 (obesidad). Los resultados en este estudio se encontró una prevalencia global de obesidad del 9,7% y de sobrepeso del 9,3%, alcanzando el 19% si analizamos conjuntamente la sobrecarga ponderal (sobrepeso más obesidad), siendo el grupo entre 10-14 años el que obtiene cifras más elevadas (11,2% sobrepeso y el 11,9% obesidad). Si examinamos los grupos por separado, podemos ver que la sobrecarga ponderal aumenta progresivamente con la edad desde un 13% en el grupo de 24 años hasta el 23,1% en el grupo de 10-14 años. Cuando se analizó la tendencia de la obesidad, los datos muestran que a todas las edades la prevalencia de obesidad es menor en las niñas que en los varones. (24)

7.4 PROGRAMAS PARA DISMINUIR LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA

En América Latina el retardo en el crecimiento (RC) afecta a 16% de los menores de cinco años; entre los países con mayores prevalencias se encuentra Guatemala con casi el 50%; Honduras, Nicaragua, Haití, Ecuador, Bolivia y Perú con más del 20%; México con más del 15%; y Panamá y Colombia con más del 10% (1,2). En general estas altas prevalencias de desnutrición están asociadas a los niveles de pobreza, y por ende las capas sociales desprotegidas son las más afectadas. En estudios de naciones en desarrollo se han detectado dos periodos de mayor vulnerabilidad para el RC, la etapa de desarrollo intrauterino y los primeros 36 meses de edad. Durante la gestación, está asociado con desnutrición crónica de la madre y una alimentación deficiente, y en los primeros meses de edad se debe a un menor tiempo de lactancia, introducción temprana de alimentos para el destete, así como dietas inadecuadas en cantidad y calidad. El RC no sólo limita el desarrollo de capacidades y habilidades en la infancia, sino además es un factor de riesgo para obesidad, síndrome metabólico y cardiopatías en la edad adulta. Lo que tiene fuertes efectos en la economía de los países y en su capital humano.

Se reconoce como prioridad la erradicación de la desnutrición para mejorar el desarrollo socioeconómico; sin embargo, las tendencias apuntan a la dificultad de alcanzar esta premisa en el corto plazo, de no iniciarse acciones que intensifiquen los resultados. En América Latina han existido desde el siglo pasado una gran variedad de programas que han tenido la intención de mejorar el estado nutricional de la población. Para proporcionar información que contribuya a la mejoría de ellas, en el presente trabajo se analizan los programas destinados a disminuir la desnutrición crónica en los niños menores de cinco años de América Latina, considerando aquellos que han tenido como objetivo aumentar la oferta alimentaria a nivel familiar y entre estos los que han sido evaluados y publicados. (25)

8. MARCO METODOLÓGICO

8.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. La población objeto de estudio estuvo conformada por 85 niños de 0 a 5 años. La edad se calculó en base a la fecha de nacimiento y la fecha de consulta. De acuerdo a la OMS, la medición de los niños mayores de 2 años fue realizada en pie.

8.2 DISEÑO

El diseño de la investigación es un estudio de corte transversal o de encuesta, ya que buscamos analizar el nivel de las variables en el momento dado, siendo un estudio estadístico y demográfico en particular como lo es nuestro caso de los niños afectados de malnutrición en el Municipio de Palestina Caldas, y así reducir un campo muy amplio de investigación. Y observar el cómo y el por qué utilizando los datos adquiridos en nuestra investigación.

8.3 ESTRUCTURA METODOLÓGICA

La población son niños de 0 a 5 años, que son en total 530 en el municipio de Palestina Caldas. Los cuales se seleccionaron a conveniencia, al azar donde se tenía en cuenta que cumplieran con los criterios de inclusión, estos fueron pesados y tallados con el consentimiento de los padres. La muestra se obtuvo a través del Programa EPIDAT dando como resultado 85 personas con un nivel de confianza del 95% y con un error esperado del 5%.

8.4 POBLACIÓN OBJETO

Niños de 0 a 5 años del municipio de palestina caldas, donde se tiene en cuenta el entorno familiar y los profesionales de salud que están en el acompañamiento de esta población.

8.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Niños de 0 a 5 años del municipio de Palestina Caldas.
- Niños pertenecientes a la entidad de cero a siempre.

8.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Padres que no hayan autorizado la participación de sus hijos en la investigación.
- Niños que por criterios médicos no pueden ser pesados ni tallados

8.7 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

La muestra incluyó a 85 niños vistos entre marzo y mayo del año 2017. Las variables utilizadas fueron el peso (kg) y altura (cm) para medir indicadores antropométricos por los puntajes Z –score los datos se calcularon en el programa ANTHRO (OMS). Las medidas antropométricas se hicieron utilizando diferentes estándares.

Encuesta. Según Fariñas (2010), la encuesta es una técnica que consiste en obtener información acerca de una parte de la población o muestra, mediante el uso del cuestionario. La recopilación de la información se realiza mediante preguntas que midan los diversos indicadores que se han determinado en la operacionalización de los términos del problema o de las variables de la hipótesis. Además, es una técnica de investigación de campo que puede variar de acuerdo a las necesidades de la investigación.

Para lograr el cumplimiento de los objetivos propuestos en la presente investigación, se realizó la aplicación de los siguientes instrumentos:

8.7.1 Fuentes Secundarias

Se consultaron todas las fuentes bibliográficas entre las cuales se tienen: libros, monografías, trabajos de grado y las de Internet necesarias para contextualizar el tema de objeto de estudio. Se indagó sobre investigaciones relacionadas con la malnutrición en infantes, entre otros documentos.

8.7.2 Fuentes Primarias

Encuesta

Mediante un cuestionario estructurado y codificado se obtuvo información acerca de las condiciones sociodemográficas como edad, género, nivel del SISBEN, sistema de seguridad social, nivel educativo, entre otros (Ver anexo 3). Las investigadoras fueron las encargadas de diligenciar el formato quienes previamente se capacitaron frente al diligenciamiento para el fin esperado.

8. 8 MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio se realizó con un total de 85 niños entre niños y niñas. Para evaluar el estado nutricional mediante indicadores antropométricos se emplearon las variables peso (en kilogramos) y talla (en centímetros). Para la expresión e interpretación de los datos antropométricos se utilizó el cómputo de puntuaciones Z score. Los índices Z score del peso para la talla (P/T), talla para la edad (T/E), peso para la edad (P/E) e índice de masa corporal (IMC) se calcularon con el Software ANTHRO de la OMS que consta de tres

partes, una calculadora antropométrica, un módulo que permite el análisis de mediciones individuales de niños y un módulo para el análisis de datos de encuestas de poblaciones sobre el estado nutricional. Los resultados obtenidos del Software ANTHRO se analizaron en la encuesta nacional de la situación nutricional en Colombia 2010 (ENSIN); en la tabla de indicadores y puntos de corte del estado nutricional por antropometría para las niñas y niños menores de 2 años y de 2 a 4 años donde se clasificó el IMC, talla para la edad, peso para la edad y peso para la talla. Para las niñas y niños de 5 años se utilizaron los patrones de crecimiento infantil de la OMS de la Evaluación del crecimiento de niños y niñas material de apoyo para equipos de atención primaria de la salud UNICEF.

La población se seleccionó a conveniencia, ya que los niños que estaban entre los 0 y 5 años son reunidos una vez al mes en las veredas principales debido a que son participantes del programa de Cero a Siempre, al finalizar la reunión se seleccionan al azar sin vincularnos a la entidad, donde se tenía en cuenta que cumplieran con los criterios de inclusión, estos fueron pesados y tallados con el consentimiento de los padres.

8.10 PROCEDIMIENTO

La presente investigación tiene como referentes teóricos los patrones de crecimiento infantil de la OMS son un instrumento que se utiliza en salud pública y medicina, así como por organizaciones gubernamentales y sanitarias para la vigilancia del bienestar de los niños y para detectar a niños o poblaciones que no crecen adecuadamente —con insuficiencia ponderal o sobrepeso— y a los que puede ser preciso aplicar medidas específicas de atención médica o de salud pública.

Los patrones de crecimiento infantil de la OMS son superiores a los patrones de referencia que se manejan actualmente. Permiten comparar parámetros del crecimiento importantes, como el peso y la talla/estatura de los lactantes y niños, con un valor de referencia óptimo. Hay gráficos para niños y para niñas y también gráficos para lactantes (hasta un año de edad) y para niños de hasta cinco años.

Estos parámetros son importantes indicadores de salud y ayudan a determinar el estado de salud de un niño o una población de niños y si su crecimiento es adecuado.

Ejemplo, los niños con estatura para la edad es baja (situados por debajo de la línea roja en el gráfico de talla/estatura) o cuyo peso para la estatura es demasiado bajo (por debajo de la línea roja) pueden tener problemas de salud; cuanto más alejados de las líneas rojas se encuentren, mayores serán las posibilidades de que tengan problemas de salud. (11)

La Encuesta Nacional de la Situación Nutricional – ENSIN 2010 la cual proporciona información sobre los aspectos del estado nutricional de la población colombiana, se empleará el uso del manual elaborado por la ENSIN 2005 para medir y pesar a los niños, se utilizará el tallímetro y la balanza para la medición, se determinará la edad del niño y si es menor a dos años se medirá la longitud acostado; si el niño tiene dos o más, se medirá de pie. (4)

8.11 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

Variable	Definición	Naturaleza	Rango
Valoración nutricional (IMC)	La Valoración Nutricional puede ser definida como la interpretación de la información obtenida a partir de estudios antropométricos, alimentarios, bioquímicos y clínicos. Dicha información es utilizada para determinar el estado	Cuantitativa Continua	

Peso	<p>nutricional de individuos o grupos de población en la medida que son influenciados por el consumo y la utilización de nutrientes (12)</p>	<p>Cuantitativa Continua</p>	<p>2,5 kg-25kg</p>
Talla	<p>Es la masa del cuerpo en kilogramos.</p>	<p>Cuantitativa Continua</p>	
	<p>También se le llama masa corporal. (13)</p> <p>La estatura (o talla humana) designa la altura de un individuo. Generalmente se expresa en centímetros y viene definida por factores genéticos y ambientales. (14)</p>		<p>40cm- 105,95cm</p>
Edad	<p>Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo. (15)</p>	<p>Cuantitativa Discreta</p>	<p>0-5 años</p>

VARIABLE INDEPENDIENTE

variable	Definición	Naturaleza	Categoría	Rangos
----------	------------	------------	-----------	--------

Etnia	Conjunto de personas que pertenece a una misma raza y, generalmente, a una misma comunidad lingüística y cultural. (16)	Cualitativa Ordinal	Tipo de raza	Blanco, indígena, mestizo, negro
Nivel socioeconómico	Capacidad económica y social bajo, medio, alto (nivel de estudios, tipo de hogar, empleo, porcentaje de gastos alimenticios) (17)	Cuantitativa Discreta	estrato	0-6
Zona geográfica	Zonas territoriales que se delimitan a partir de determinadas características de la naturaleza. (18)	Cualitativa Ordinal	Tipo de zona	Rural Urbana

Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto (19)	Cualitativa Ordinal	Estado	Soltero Casado Unión libre Viudo separado
Situación laboral	Las relaciones laborales son aquellas que se establecen entre el trabajo y el capital en el proceso productivo (20)	Cualitativa ordinal	Situación laboral	Empleado Desempleado Pensionado
Nivel de escolaridad	El grado promedio de escolaridad nos permite conocer el nivel de educación de una población	Cuantitativa discreta	Grado estudiado	Jardín Grado 1

8.12 RESULTADOS

Las medidas antropométricas de peso y talla fueron analizadas con el Programa de Evaluación Nutricional ANTHRO PLUS (Software for calculating Pediatric Anthropometry) versión 3, 2009, a partir del cual se obtuvieron las desviaciones estándar para los indicadores de Talla/Edad, Peso/talla, Peso/Edad e IMC.

DESCRIPTIVOS GENERALES DE LA POBLACIÓN					
	N	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	DESVIACIÓN
EDAD	85	1	5	2,78	1,169
PESO (KG)	85	9,2	18,5	13,864	2,69427
TALLA (CM)	85	73	112	92,3238	9,07191

La edad de los sujetos de estudio estuvo en el rango de 1 a 5 años con una media de 2,78 años y una desviación estándar de 1,1.

El peso de los sujetos de estudio estuvo en el rango de 9,2 a 18,5 años con una media de 13,864 y una desviación estándar de 2,69.

La talla en los sujetos evaluados con un media de 92,32 y una desviación estándar de 9,071

DESCRIPTIVOS GENERALES POR SEXO DE LA POBLACIÓN						
		N	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	DESVIACIÓN
NIÑO	EDAD	42	1	5	2,93	1,218
	PESO (KG)	42	9,8	18,38	14,0648	2,48706
	TALLA (CM)	42	76	102	92,3667	7,46754
NIÑA	EDAD	43	1	4	2,63	1,113
	PESO (KG)	43	9,2	18,5	13,6679	2,89834
	TALLA (CM)	43	73	112	92,2819	10,49566

La edad de los niños del estudio estuvo en un rango de 1 a 5 años con una media de 2,93 y una desviación estándar de 1,21; el peso estuvo en un rango de 9,8 a 18,3 con una media de 14 y una desviación estándar de 2,48; para la talla el rango estuvo de 76 a 102 con una media de 92,3 y una desviación estándar de 7,46

La edad de las niñas del estudio estuvo en un rango de 1 a 4 años con una media de 2,63 y una desviación estándar de 1,1; el peso estuvo en un rango de 9,2 a 18,5 con una media de

13,6 y una desviación estándar de 2,89; para la talla el rango estuvo de 73 a 112 con una media de 92,2 y una desviación estándar de 10,49.

	NUMERO	PORCENTAJE
BAJO PESO	5	6%
PESO ADECUADO	58	68%
ALTO PESO	10	12%
TOTAL	85	86%

Los niños estudiados presentan un peso adecuado con un porcentaje del 68%, mientras que bajo peso presenta un porcentaje de 20% y por ultimo alto peso con un porcentaje de 12%.

EDAD* VALORACIÓN NUTRICIONAL						
EDAD			BAJO PESO	PESO ADECUADO	ALTO PESO	P VALOR
			1	Recuento	5	
	% dentro de EDAD	31,30%	68,80%	0,00%		
2	Recuento	5	13	1		
	% dentro de EDAD	26,30%	68,40%	5,30%		
3	Recuento	1	17	2		
	% dentro de EDAD	5,00%	85,00%	10,00%		
4	Recuento	4	17	7		
	% dentro de EDAD	14,30%	60,70%	25,00%		
5	Recuento	2	0	0		
	% dentro de EDAD	100,00%	0,00%	0,00%		

- La edad de los niños estudiados muestra asociación (pv 0,011) con respecto a la valoración nutricional.

De acuerdo con la tabla anterior se evidencia que en los niños y niñas estudiados, en las edades de 2, 3 y 4 años es donde la Valoración Nutricional presenta mayores altibajos, siendo los niños de 4 años los que presentan el indicador más crítico, dado que un 61% tiene alto peso, el 25% bajo peso, mientras que solo el 14% tiene un peso adecuado. Lo que deja entrever que allí deben tomarse las medidas necesarias para minimizar los riesgos en este rango de edad.

En tabla podemos observar que el peso adecuado predomina entre todas la edades.

También observamos que los niños que están en la edad de 5 años se encuentran en 100% de bajo peso.

Por otra parte encontramos que los niños de cuatro años de edad presentan un alto peso del 25%

El p valor muestra asociación (0,01) con respecto a la valoración nutricional.

EDAD* VALORACIÓN NUTRICIONAL TABLA CRUZADA						
	EDAD	BAJO PESO	PESO ADECUADO	ALTO PESO	P VALOR	
HOMBRE	1	Recuento	3	4	0	0,039
		% dentro de EDAD	42,90%	57,10%	0,00%	
	2	Recuento	3	5	1	
		% dentro de EDAD	33,30%	55,60%	11,10%	
	3	Recuento	0	6	2	
		% dentro de EDAD	0,00%	75,00%	25,00%	
	4	Recuento	1	10	5	
		% dentro de EDAD	6,30%	62,50%	31,30%	
	5	Recuento	2	0	0	
		% dentro de EDAD	100,00%	0,00%	0,00%	
MUJER	1	Recuento	2	7	0	0,314
		% dentro de EDAD	22,20%	77,80%	0,00%	
	2	Recuento	2	8	0	
		% dentro de EDAD	20,00%	80,00%	0,00%	
	3	Recuento	1	11	0	
		% dentro de EDAD	8,30%	91,70%	0,00%	
	4	Recuento	3	7	2	
		% dentro de EDAD	25,00%	58,30%	16,70%	
	5	Recuento	0	0	0	
		% dentro de EDAD	0,00%	0,00%	0,00%	

- La edad de los niños estudiados muestra asociación (PV 0,039) con la valoración nutricional pero no muestra asociación la edad de las niñas estudiadas con un (PV 0,314)

PREVALENCIA POR FACTORES SOCIALES					
VARIABLE	TOTAL	PESO ADECUADO	ALTO PESO	BAJO PESO	P VALOR
NIVEL EDUCATIVO DE LA MADRE					
BASICA PRIMARIA	18	13 (72,2%)	2 (11,1%)	3 (16,7%)	0,364
BASICA SECUNDARIA	44	27 (61,4%)	5 (11,4%)	12 (27,3%)	
BASICA COMPLEMENTARIA	8	8 (100,0%)	0 (0%)	0 (0%)	
NINGUNO	15	10 (66,7%)	3 (20,0%)	2 (13,3%)	
NIVEL EDUCATIVO DEL PADRE					
BASICA PRIMARIA	30	19 (63,3%)	5 (16,7%)	6 (20,0%)	0,951
BASICA SECUNDARIA	16	11 (68,8%)	1 (6,3%)	4 (25,0%)	
BASICA COMPLEMENTARIA	17	12 (70,6%)	2 (11,8%)	3 (17,6%)	
NINGUNO	22	16 (72,7%)	2 (9,1%)	4 (18,2%)	
SEXO					
NIÑO	42	25 (60%)	8 (19%)	9 (21%)	0,93
NIÑA	43	33 (77%)	2 (5%)	8 (18%)	
SITUACIÓN LABORAL DE LA MADRE					
EMPLEADA	22	14 (63,6%)	3 (13,6%)	5 (22,7%)	0,47
DESEMPLEADA	55	35 (67,3%)	5 (9,6%)	12 (23,1%)	
INDEPENDIENTE	11	9 (81,8%)	2 (18,2%)	0 (0,0%)	
SITUACIÓN LABORAL DEL PADRE					
EMPLEADA	70	47 (67,1%)	8 (11,4%)	15 (21,4%)	0,245
DESEMPLEADO	4	2 (50,0%)	0 (0,0%)	2 (50,0%)	
INDEPENDIENTE	11	9 (81,8%)	2 (18,2%)	0 (0,0%)	
ÁREA GEOGRAFICA					
URBANO	28	20 (71%)	2 (7%)	6 (21%)	0,649
RURAL	57	38 (67%)	8 (14%)	11 (19%)	

- La tabla número 3 muestra que la totalidad de los sujetos cuya madre tienen nivel educativo básico complementario tienen peso adecuado en un 100% y los sujetos cuya madre no tienen ningún nivel de escolaridad presentan una prevalencia de alto peso en un 20% y los niños o niñas con madre con básica secundaria presentan un 27,3 de bajo peso.

El nivel educativo de la madre no muestra asociación (PV 0,364) con el estado nutricional de los sujetos estudiados.

- La totalidad de los sujetos estudiado cuyo padre tienen nivel educativo básico complementario tienen peso adecuado en un 70,6% y los sujetos cuyo padre no tienen ningún nivel de escolaridad presentan un 9,1% de alto peso y los niños o niñas con padre con básica secundaria presentan un 25% de bajo peso.

El nivel educativo del padre no muestra asociación (PV 0,951) con el estado nutricional de los sujetos estudiados.

- Los niños estudiados presentan un alto peso con un porcentaje de 19% en relación con las niñas que presentan un alto peso del 5%
- Los niños cuya madre tienen un trabajo independiente tienen un peso adecuado del 81,8% mientras que los sujetos cuya madre son desempleada presentan una prevalencia de alto peso del 9,6% y los niños y niñas cuya madre son empleadas presentan un 22,7% de bajo peso.

La situación laboral de la madre no muestra asociación (pv 0,47) con el estado nutricional de los sujetos estudiados.

- Los niños cuyo padre tienen un trabajo independiente tienen un peso adecuado del 81,8% mientras que los sujetos cuyo padre son desempleados presentan una prevalencia de alto peso del 0,0% y los niños y niñas cuyo padre son empleados presentan un 21,4% de bajo peso.

La situación laboral del padre no muestra asociación (PV 0,245) con el estado nutricional de los sujetos estudiados.

- Los niños y niñas estudiados del área rural presentan un bajo peso del 19% y los niños y niñas del área urbana presentan un 21% de bajo peso, el área geográfica no muestra asociación (PV 0,649) con el estado nutricional de los sujetos.

9. CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo a los principios establecidos en la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y Protección social por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, (21) esta es una investigación sin ningún riesgo biológico, físico o psicológico ya que el método de estudio es la medición y la observación de los resultados obtenidos en la presente investigación a través de las encuestas a realizar en la población infantil.

Se les brindará información a los padres y a los cuidadores de los niños sobre la investigación y el objetivo del estudio también se contará el consentimiento informado para proteger los derechos de los niños

10. CONCLUSIONES

- Se concluye que en el municipio hay un bajo nivel de niños en malnutrición con una prevalencia del 32% comparado con los niños en peso adecuado que presentan una prevalencia del 68%.
- Se concluye que hay un alto nivel de desnutrición donde nuestra investigación nos da una prevalencia del 20% y en Colombia de acuerdo a la ENSIN (2015) presenta una prevalencia del 10,8%. Al igual que sucede con la obesidad donde la prevalencia es del 12% y lo reportado por la ENSIN es del 6,3%.
- Se evidencia que la malnutrición está asociada con la edad tanto en hombres como en mujeres ya que el p valor fue de 0,01 y 0,03 para los hombres, las demás variables como el nivel educativo de los padres, situación laboral y sexo, no mostraron asociación significativa.

11. CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD AREANDINA FACULTAD DE SALUD FISIOTERAPIA GRUPO DE
INVESTIGACIÓN
FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN
INVESTIGACIONES

Esta investigación está desarrollada conforme a los criterios de la resolución número 8430 de 1993 (octubre 4) Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Capítulo 1 de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, artículo 6 de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos.

Título: Valoración nutricional de niños de 0 a 5 años del área rural del municipio de palestina caldas

Ciudad y fecha: _____ Yo,
_____ una vez informado sobre los propósitos, objetivos, procedimientos de intervención y evaluación que se llevarán a cabo en esta investigación y los posibles riesgos que se puedan generar de ella, autorizo a _____, estudiante de la Universidad Areandina de Pereira, para la realización de los siguientes procedimientos:

1. pesar y tallar a mi hijo.

Adicionalmente se me informó que:

- La participación de mi hijo en esta investigación es completamente libre y voluntaria, estoy en libertad de retirarlo de la investigación en cualquier momento.
- No recibiré beneficio personal de ninguna clase por la participación en este proyecto de investigación. Sin embargo, se espera que los resultados obtenidos permitirán mejorar los procesos de evaluación nutricional en niños.
- Toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente. Esta información será archivada en papel y medio electrónico. El archivo del estudio se guardará en la Universidad Areandina de Pereira bajo la responsabilidad de los investigadores.

• Puesto que toda la información en este proyecto de investigación es llevada al anonimato, los resultados personales no pueden estar disponibles para terceras personas como empleadores, organizaciones gubernamentales, compañías de seguros u otras instituciones educativas. Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad de manera libre y espontánea.

Firma

Documento de identidad _____ No. _____ de _____

Anexo A



ENCUESTA

DIRECCIÓN:

DEPARTAMENTO:

MUNICIPIO:

ÁREA: RURAL URBANO

NOMBRE:

GENERO: M F

EDAD:(CUMPLIDOS):

FECHA DE NACIMIENTO DE DÍA MES AÑO

PESO EN KG:

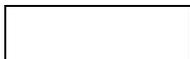
TALLA EN CM:

NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS

TALLA: ACOSTADO DE PIE:

FECHA DE MEDICIÓN: DE DÍA MES AÑO

RESULTADO



12. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. [Online]. [cited 2017 Marzo 15. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>.
- 2.
3. Meléndez G. Factores asociados con sobrepeso y obesidad panamericana M, editor.: Panamericana; 2008.
4. ENSIN EndlsnC. Manual de capacitación y estandarización para encuestadoras nutricionistas. Bogotá; 2010.
5. PAJUELO RAMÍREZ J, VILLANUEVA M, CHÁVEZ J. La Desnutrición Crónica, el Sobrepeso y la Obesidad en niños de Áreas Rurales del Perú. Anales de la facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2000.
6. Ángela Londoño Franco SML. Factores de riesgo para malnutrición relacionados con conocimientos y prácticas de alimentación en preescolares de estrato bajo en Calarcá. 2006-2007.
7. J.M Fernández Bustillo PPGMJMB. Sobrepeso y obesidad: ¿cuál es nuestra realidad? ¿Qué referencia utilizamos? El estudio OBESGAL. 2015 Noviembre.
8. Cecile Rausch Herscovici IK. Childhood obesity. Revista Mexicana DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS. 2015 Noviembre 30.
9. Sandra G. Hassink MF. Obesidad infantil, prevención, intervenciones y tratamiento en atención primaria Madrid: Médica Panamericana; 2007.
10. Marcos Galván HA. Programas destinados a disminuir la desnutrición crónica. Una revisión en América Latina. 2007.
11. Salud OMdl. Patrones de crecimiento infantil de la OMS. [Online]. [cited 2017 Marzo 15. Available from: http://www.who.int/childgrowth/1_que.pdf.
12. Gibson RS FdMCdN. Contenidos teóricos, Evaluación Nutricional. [Online].; 2016 [cited 2017 Marzo 2. Available from:

- <http://www.fmed.uba.ar/depto/nutrievaluacion/primer.pdf>.
13. Merino JPPyM. Definición. [Online].; 2011 [cited 2017 marzo 2. Available from:
<http://definicion.de/masa-corporal/>.
 14. CCM Salud. [Online]. [cited 2017 Marzo 3. Available from:
<http://salud.ccm.net/faq/17780-estatura-definicion>.
 15. Cobarruvias Sd. Wikipedia. [Online].; 1984 [cited 2017 Marzo 2. Available from:
<https://es.wikipedia.org/wiki/Edad>.
 16. press OU. Español Oxford Living Dictionaries. [Online].; 2017 [cited 2017 Marzo 3.
Available from: <https://es.oxforddictionaries.com/definicion/etnia>.
 17. Medina F. El ingreso y el gasto como medida de bienestar de los hogares. [Online].
[cited 2017 Marzo 4. Available from:
<http://www.cepal.org/deype/mecovi/docs/taller2/25.pdf>.
 18. Gardey JPPyA. Definición. [Online].; 2014 [cited 2017 Marzo 5. Available from:
<http://definicion.de/region-geografica/>.
 19. Ecuador legal online. [Online].; 2017 [cited 2017 Abril 25. Available from:
<http://www.ecuadorlegalonline.com/consultas/registro-civil/consultar-estado-civil/>.
 20. DefinicionABC. [Online].; 2017 [cited 2017 Abril 26. Available from:
<http://www.definicionabc.com/social/laboral.php>.
 21. salud Md. Resolucion numero 8430 de 1993. [Online]. [cited 2017 Abril 1. Available
from:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>.