



UNIVERSIDAD DE ESPECIALIDADES ESPÍRITU SANTO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE NUTRICIÓN

ASOCIACIÓN ENTRE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS Y EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DE 1 A 3 AÑOS QUE ASISTEN AL CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL DEL BUEN VIVIR “SEMBRANDO TERNURA” Y AL CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL PARTICULAR “ACUARELA” EN EL CANTÓN LA TRONCAL, PROVINCIA DEL CAÑAR

Autor:

Gabriela Carolina Guerrero Muñoz

Tutor:

Dra. Myriam Reyes

SAMBORONDON, FEBRERO, 2017



UNIVERSIDAD DE ESPECIALIDADES ESPIRITU SANTO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

CERTIFICACIÓN

Guayaquil, martes 31 de enero de 2017

Asunto: Carta de aprobación del Tutor

Yo, Dra Myriam Reyes Galarza en calidad de TUTOR de la estudiante de la escuela de Nutrición y Dietética de la Facultad Enrique Ortega Moreira de Ciencias Médicas Gabriela Carolina Guerrero Muñoz, certifico haber leído y revisado el trabajo de titulación ASOCIACIÓN ENTRE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS Y EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DE 1 A 3 AÑOS QUE ASISTEN AL CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL DEL BUEN VIVIR “SEMBRANDO TERNURA” Y AL CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL PARTICULAR “ACUARELA” EN EL CANTÓN LA TRONCAL, PROVINCIA DEL CAÑAR y considero que cumple los requisitos señalados en los lineamientos académicos y metodológicos que exige la Universidad de Especialidades Espíritu Santo (UEES). Por lo tanto autorizo a la estudiante para que entregue su trabajo de investigación con el propósito de ser evaluado por el jurado examinador de que se designe y le califiquen para obtener el título de Licenciada en Nutrición y Dietética.

Atentamente,

Dra. Myriam Reyes Galarza

TUTORA

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por permitirme cumplir una de mis metas profesionales, que es la obtención de mi Licenciatura en Nutrición y Dietética.

A mis padres que con su dedicación, esfuerzo, paciencia y amor me hicieron una mujer con metas firmes siempre de la mano de Dios.

Agradezco a mis hermanos que siempre han sido mi apoyo en el transcurso de mi vida. Sobre todo mi hermano mayor sin duda ha sido un claro ejemplo a seguir en la obtención de mi título.

Gabriela Guerrero

DEDICATORIA

Dedico mi trabajo a mis padres y hermanos. Por ser las personas más importantes en mi vida y por haberme apoyado en el transcurso de mi carrera, enseñándome que con esfuerzo todo es posible.

Gabriela Guerrero.

TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTO	III
DEDICATORIA	IIIV
RESUMEN	XII
ABSTRACT	XIII
INTRODUCCION	XIV
CAPITULO I	15
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
1.1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	15
1.2 OBJETIVOS.....	16
1.2.1 OBJETIVO GENERAL	16
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
1.3 JUSTIFICACIÓN	17
CAPITULO II	18
2. MARCO TEORICO	18
2.1 MARCO REFERENCIAL	18
2.2 MARCO TEORICO	19
2.2.1 <i>Características de desarrollo del infante sano</i>	19
2.2.1.1 <i>Características físicas y biológicas del niño pequeño</i>	19
2.2.1.2 <i>Características cognitivas</i>	20
2.2.1.3 CARACTERÍSTICAS SOCIALES	23
2.2.2 NUTRICIÓN ADECUADA EN EL INFANTE	24
2.2.2.1 <i>Necesidades nutricionales de los niños de 1 a 3 años</i>	25
2.2.2.2 <i>Energía y Distribución de la molécula calórica</i>	25
2.2.2.3 MICRONUTRIENTES.....	31
2.2.3 ESTADO NUTRICIONAL DEL INFANTE	36
2.2.3.1 DESNUTRICIÓN INFANTIL	39
2.2.3.2 OBESIDAD INFANTIL	41
2.2.3.3 DEFICIENCIAS NUTRICIONALES.....	42
2.2.4 CONSUMO DE ALIMENTOS.....	44
2.2.4.1 GUSTOS ALIMENTARIOS.....	44
2.2.4.2 INGESTA DE COMIDA	44

2.2.4.3	ALIMENTOS NUEVOS	45
2.2.4.4	PORCIONES RECOMENDADAS.....	46
2.2.5	HÁBITOS ALIMENTARIOS	47
2.2.5.1	ENTORNO FAMILIAR	48
2.2.5.2	ENTORNO SOCIAL-CULTURAL	49
2.2.5.3	ENTORNO ECONÓMICO Y EDUCATIVO.....	51
CAPITULO III.....		52
3. METODOLOGIA		52
3.1	FORMULACION DE LA HIPOTESIS	52
3.2	IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LAS VARIABLES.....	52
3.3	TIPO DE INVESTIGACIÓN	53
3.4	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	53
3.5	ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN	54
3.6	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	54
3.7	CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	54
3.8	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	54
CAPITULO IV		56
4. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS		56
4.1	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	56
4.2	ANÁLISIS COMPARATIVO DE HÁBITOS ALIMENTICIOS ENTRE NIÑOS DE AMBOS CENTROS INFANTILES.....	120
4.3	CONTENIDO RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
CONCLUSIONES		145
RECOMENDACIONES		146
BIBLIOGRAFÍA		147
ANEXOS		152

INDICE DE TABLAS

Tabla 1.- Hitos del desarrollo psicomotor	22
Tabla 2.- Habilidades del niño de 1 a 3 años	22
Tabla 3: Requerimiento energético en niños.	26
Tabla 4: Requerimiento de energía para niños	26
Tabla 5: Recomendaciones de Hidratos de Carbono y fibra.	29
Tabla 6: Recomendaciones de Grasas	30
Tabla 7: Recomendaciones de Ácidos grasos.....	30
Tabla 8: Vitaminas Liposolubles. Funciones, Fuentes y requerimientos en el niño de 1 a 3 años.	32
Tabla 9. Vitaminas Hidrosolubles. Funciones, Fuentes y Requerimiento en el niños de 1 a 3 años	33
Tabla 10: Indicadores Antropométricos.	37
Tabla 11. Tipos de Desnutrición en el infante.	39
Tabla 12: Porciones recomendadas para niños de 1 a 3 años.	46
Tabla 13: Identificación y clasificación de las variables	52
Tabla 14: Comidas por día.....	56
Tabla 15: Tiene horario de comidas?.....	57
Tabla 16: El niño se sienta a comer?	58
Tabla 17: Ha disminuido el apetito?	59
Tabla 18: Consumo de leche materna.....	60
Tabla 19: Hasta qué edad consumió leche materna?	61
Tabla 20: Tipo de desayuno.....	62
Tabla 21: Toma biberón.....	63
Tabla 22: Utiliza cubiertos.....	64
Tabla 23: Come en la mesa.....	65
Tabla 24: Tiene alimentos saludables en casa	66
Tabla 25: Tiene refrescos azucarados en casa	67
Tabla 26: Frutas que consume por día	68
Tabla 27: Con qué frecuencia consume leche de vaca?.....	69
Tabla 28: Frecuencia del consumo fuera de casa	70
Tabla 29: Frecuencia del consumo de verduras y ensalada	71
Tabla 30: Frecuencia del consumo de pollo	72
Tabla 31: Frecuencia de consumo de carne roja.....	73
Tabla 32: Frecuencia de consumo de pescado.....	74
Tabla 33: Frecuencia de consumo de arroz, cereal y pan	75
Tabla 34: Frecuencia de consumo de legumbres	76
Tabla 35: Frecuencia de consumo de dulces y golosinas	77
Tabla 36: Frecuencia consumo snacks.....	78
Tabla 37: Tipo de cocción en casa.....	79
Tabla 38: Realiza actividad física?	80
Tabla 39: Come mientras mira tv?.....	81

Tabla 40: Situación económica familiar estable	82
Tabla 41: Situación económica afecta a la alimentación	83
Tabla 42: Conoce de nutrición de 1 a 3 años	84
Tabla 43: Falta de conocimiento influye en alimentación?	85
Tabla 44: El niño recibe controles médicos	86
Tabla 45: Frecuencia de controles médicos	87
Tabla 46: Comidas por día.....	88
Tabla 47: Tiene horario de comidas?.....	89
Tabla 48: El niño se sienta a comer?	90
Tabla 49: Ha disminuido el apetito?	91
Tabla 50: Consumo de leche materna.....	92
Tabla 51: Hasta qué edad consumió leche materna?	93
Tabla 52: Tipo de desayuno.....	94
Tabla 53: Toma biberón.....	95
Tabla 54: Utiliza cubiertos.....	96
Tabla 55: Come en la mesa.....	97
Tabla 56: Tiene alimentos saludables en casa	98
Tabla 57: Tiene refrescos azucarados en casa	99
Tabla 58: Frutas que consume por día	100
Tabla 59: Frecuencia de consumo de leche	101
Tabla 60: Frecuencia del consumo fuera de casa	102
Tabla 61: Frecuencia del consumo de verduras y ensaladas	103
Tabla 62: Frecuencia del consumo de pollo	104
Tabla 63: Frecuencia de consumo de carne roja.....	105
Tabla 64: Frecuencia de consumo de pescado.....	106
Tabla 65: Frecuencia de consumo de arroz, cereal y pan	107
Tabla 66: Frecuencia de consumo de legumbres	108
Tabla 67: Frecuencia de consumo de dulces y golosinas	109
Tabla 68: Frecuencia consumo snacks.....	110
Tabla 69: Tipo de cocción en casa.....	111
Tabla 70: Realiza actividad física?	112
Tabla 71: Come mientras mira tv?.....	113
Tabla 72: Situación económica familiar estable	114
Tabla 73: Situación económica afecta a la alimentación	115
Tabla 74: Conoce de nutrición de 1 a 3 años	116
Tabla No.75Tabla 75: Falta de conocimiento influye en alimentación?	117
Tabla 76: El niño recibe controles médicos	118
Tabla 77: Frecuencia de controles médicos	119
Tabla 78. Hábitos de ambos centros.	127
Tabla 79.- Tabla cruzada IMC/Edad y hábitos alimentarios	131
Tabla 80.- Prueba de Chi cuadrado IMC/EDAD y hábitos alimentarios.....	131
Tabla 81.-Tabla cruzada IMC/EDAD y consumo de snacks.....	132
Tabla 82.- Prueba de Chi cuadrado IMC/EDAD y consumo de snacks	133
Tabla 83.-Tabla cruzada PESO/EDAD y consumo de snacks.....	133

Tabla 84.- Prueba Chi cuadrado PESO/EDAD y consumo de snacks.....	134
Tabla 85.- Tabla Cruzada consumo de carne roja y TALLA/ EDAD	134
Tabla 86.- Prueba Chi cuadrado consumo de carne roja y TALLA/ EDAD	135
Tabla 87.- Tabla cruzada comidas al día y Perimetro cefalico/Edad.....	136
Tabla 88.- Prueba Chi cuadrado comidas al dia y Perimetro cefálico/Edad.....	136
Tabla 89.- Tabla cruzada refrescos azucarados y Perimetro cefálico/Edad.....	137
Tabla 90.- Prueba Chi cuadrado refrescos azucarados y Perimetro cefálico/Edad .	138
Tabla 91.- Tabla cruzada consumo de legumbres e IMC/EDAD	138
Tabla 92.- Prueba Chi cuadrado consumo de legumbres e IMC/EDAD	139
Tabla 93Tabla cruzada alimentos saludables e IMC/EDAD	140
Tabla 94.- Prueba Chi cuadrado alimentos saludables e IMC/EDAD.....	140
Tabla 95.- Tabla cruzada alimentos saludables y TALLA/EDAD	141
Tabla 96.- Prueba Chi cuadrado alimentos saludables y TALLA/EDAD	142
Tabla 97.- Tabla cruzada alimentos saludables y PESO/EDAD	142
Tabla 98.- Prueba Chi cuadrado alimentos saludables y PESO/EDAD	143

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico No. 1.- Comidas por día.....	56
Gráfico No. 2.- Tiene horario de comidas?	57
Gráfico No. 3.- El niño se sienta a comer?	58
Gráfico No. 4.- Ha disminuido el apetito?.....	59
Gráfico No. 5.- Consumo de leche materna.....	60
Gráfico No. 6.- Hasta qué edad consumió leche materna?	61
Gráfico No. 7.- Tipo de desayuno.....	62
Gráfico No. 8.- Toma biberón	63
Gráfico No. 9.- Utiliza los cubiertos	64
Gráfico No. 10.- Come en la mesa.....	65
Gráfico No. 11.- Tiene alimentos saludables en casa	66
Gráfico No. 12.- Tiene refrescos azucarados en casa	67
Gráfico No. 13.- Frutas que consume por día.....	68
Gráfico No. 14.- Frecuencia de consumo de leche	69
Gráfico No. 15.- Frecuencia del consumo fuera de casa	70
Gráfico No. 16.- Frecuencia del consumo de verduras y ensaladas	71
Gráfico No. 17.- Frecuencia del consumo de pollo	72
Gráfico No. 18.- Frecuencia de consumo de carne roja.....	73
Gráfico No. 19.- Frecuencia de consumo de pescado.....	74
Gráfico No. 20.- Frecuencia de consumo de arroz, cereal y pan	75
Gráfico No. 21.- Frecuencia de consumo legumbres.....	76
Gráfico No. 22.- Frecuencia de consumo dulces y golosinas	77
Gráfico No. 23.- Frecuencia de consumo snacks.....	78
Gráfico No. 24.- Tipo de cocción en casa.....	79
Gráfico No. 25.- Realiza actividad física?	80
Gráfico No. 26.- Come mientras mira tv?	81
Gráfico No. 27.- Situación económica familiar estable.....	82
Gráfico No. 28.- Situación económica afecta a la alimentación.....	83
Gráfico No. 29.- Conoce de nutrición de 1 a 3 años.....	84
Gráfico No. 30.- Falta de conocimiento influye en alimentación.....	85
Gráfico No. 31.- El niño recibe controles médicos.....	86
Gráfico No. 32.- Frecuencia de controles médicos.....	87
Gráfico No. 33.- Comidas por día.....	88
Gráfico No. 34.- Tiene horario de comidas?	89
Gráfico No. 35.- El niño se sienta a comer?	90
Gráfico No. 36.- Ha disminuido el apetito?.....	91
Gráfico No. 37.- Consumo de leche materna.....	92
Gráfico No. 38.- Hasta qué edad consumió leche materna?	93
Gráfico No. 39.- Tipo de desayuno.....	94
Gráfico No. 40.- Toma biberón	95

Gráfico No. 41.- Utiliza los cubiertos.....	96
Gráfico No. 42.- Come en la mesa.....	97
Gráfico No. 43.- Tiene alimentos saludables en casa.....	98
Gráfico No. 44.- Tiene refrescos azucarados en casa.....	99
Gráfico No. 45.- Frutas que consume por día.....	100
Gráfico No. 46.- Frecuencia de consumo de leche.....	101
Gráfico No. 47.- Frecuencia del consumo fuera de casa.....	102
Gráfico No. 48.- Frecuencia del consumo de verduras y ensaladas.....	103
Gráfico No. 49.- Frecuencia del consumo de pollo.....	104
Gráfico No. 50.- Frecuencia de consumo de carne roja.....	105
Gráfico No. 51.- Frecuencia de consumo de pescado.....	106
Gráfico No. 52.- Frecuencia de consumo de arroz, cereal y pan.....	107
Gráfico No. 53.- Frecuencia de consumo legumbres.....	108
Gráfico No. 54.- Frecuencia de consumo dulces y golosinas.....	109
Gráfico No. 55.- Frecuencia de consumo snacks.....	110
Gráfico No. 56.- Tipo de cocción en casa.....	111
Gráfico No. 57.- Realiza actividad física?.....	112
Gráfico No. 58.- Come mientras mira tv?.....	113
Gráfico No. 59.- Situación económica familiar estable.....	114
Gráfico No. 60.- Situación económica afecta a la alimentación.....	115
Gráfico No. 61.- Conoce de nutrición de 1 a 3 años.....	116
Gráfico No. 62.- Falta de conocimiento influye en alimentación.....	117
Gráfico No. 63.- El niño recibe controles médicos.....	118
Gráfico No. 64.- Frecuencia de controles médicos.....	119
Gráfico No. 65.- Hábitos de ambos centros.....	127
Gráfico No. 66.- Comparación de hábitos del centro fiscal y particular.....	128
Gráfico No. 67.- Indicador Peso para Edad.....	128
Gráfico No. 68.- Indicador Talla para Edad.....	129
Gráfico No. 69.- Indicador IMC para Edad.....	130
Gráfico No. 70.- Indicador Perímetro cefálico para Edad.....	130

RESUMEN

Esta investigación tiene por objeto estudiar la alimentación de niños de corta edad como es la de 1 a 3 años, que se encuentran en el Centro infantil del buen vivir “Sembrando Ternura” y el Centro particular de desarrollo infantil “Acuarela” en el Cantón la Troncal provincia del Cañar. Ya que la nutrición y la alimentación es el pilar fundamental para el crecimiento y desarrollo, evita carencias nutricionales y puede prevenir enfermedades cardiovasculares del adulto. El Objetivo general fue determinar la asociación entre el estado nutricional y los hábitos alimenticios de los niños de 1-3 años que asisten a los centros. También se realizó una comparación entre los hábitos de los niños de ambas guarderías, resultando mejores hábitos los del centro fiscal frente a los niños del centro particular. Se encontró que la desnutrición aguda se encuentra asociada con los hábitos alimentarios, porque los hábitos buenos y regulares los tenían en su gran mayoría los niños con IMC/edad adecuado, mientras que los niños que tenían hábitos malos tenían un IMC/edad en alerta de bajo y bajo.

Palabras claves: Hábitos alimentarios, estado nutricional, guardería, indicadores, niños.

ABSTRACT

The objective of this research is to study the feeding of young children, such as 1 to 3 years old, the "Sembrando Ternura" children's well-being center and the "Acuarela" children's development center in "La troncal". Since nutrition and nutrition is the mainstay of growth and development, it avoids nutritional deficiencies and can prevent adult cardiovascular disease. The general objective was to determine the association between the nutritional status and the eating habits of children aged 1-3 years attending the centers. A comparison was also made between the habits of the children of both day care centers, with better habits being those of the fiscal center versus the children of the particular center. It was found that acute malnutrition is associated with eating habits, because good and regular habits were mostly children with BMI / age, while children who had bad habits had a BMI / age on alert Low and low.

Key words: Food habits, nutritional status, children's center, indicators, children.

INTRODUCCION

El estudio de la nutrición en la edad pediátrica ha evolucionado grandemente en las últimas décadas. Anteriormente se consideraba como una disciplina enfocada únicamente a la alimentación adecuada con el fin de conseguir un crecimiento y desarrollo óptimos y a la prevención de enfermedades carenciales como deficiencia de vitamina D o de hierro.¹

Sin embargo en la actualidad varios estudios epidemiológicos demuestran que las enfermedades más prevalentes en países desarrollados se presentan en el adulto y que tiene su origen en la edad pediátrica. Las patologías asociadas son aterosclerosis, osteoporosis, hipertensión y Diabetes tipo 2.¹

Los hábitos alimentarios que se forman desde la infancia ayudan a tener buenas condiciones de salud a largo de la vida, los diferentes entornos donde el niño pequeño come, ya sea en la casa en la guardería o en casa de los abuelos, tiene que ser el marco idóneo para transmitir buenos o malos hábitos alimentarios.

En esta edad el niño presenta un tipo de alimentación aún más independiente, es capaz de elegir sus propios alimentos. Como resultado, en la dieta del infante pueden producirse alteraciones nutricionales más frecuentes como exceso de peso o disminución de los indicadores antropométricos como retraso en el crecimiento, desnutrición global y desnutrición aguda.

Por lo tanto es importante conocer el estado nutricional e identificar las conductas de riesgo que pueden favorecer la Desnutrición u Obesidad y otras enfermedades asociadas a ellas que pueden aparecer en el futuro y que utilicen los medios necesarios para promover hábitos adecuados.

El presente trabajo de investigación se recoge información valiosa acerca de la alimentación adecuada de niños de 1 a 3 años, así mismo los factores que influyen en los hábitos alimentarios de los niños y que determinará si estos influyen en el estado nutricional.

CAPITULO I

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

La OMS indica que la nutrición es el factor determinante en el desarrollo adecuado del niño entre 1 y 3 años, por lo que cualquier factor que intervenga en el mismo va a repercutir en el estado nutricional.²

Los malos hábitos alimentarios que los niños adquieren desde tan corta edad es lo que provoca dietas inadecuadas. En la visita al centro particular de desarrollo infantil se observó que los padres envían a sus hijos alimentos altos en grasa, con exceso de carbohidratos y de texturas inadecuadas para su edad; por lo que se asume la falta de conocimientos o malos hábitos de los padres. Por otro lado en el centro del buen vivir, los educadores son los que les proveen los alimentos a los niños y en muchas ocasiones existe falta de atención en su alimentación o no tienen conocimientos básicos al respecto. Otras de las causas que puede estar provocando este problema es el nivel socioeconómico es decir la falta de accesibilidad a los alimentos.

Debido a la dieta inadecuada que el niño posee, las consecuencias pueden ser un niño con malnutrición: por exceso (Obesidad) o por déficit (Desnutrición) que se reflejan con la alteración de los indicadores antropométricos como retraso en el crecimiento, peso inferior al normal, desnutrición aguda y peso superior al normal.

La desnutrición es uno de los problemas más relevantes a nivel mundial por su magnitud y efecto desfavorable sobre la supervivencia.³ En la actualidad, el 26% de niños de cero a cinco años de la población ecuatoriana posee retraso en el crecimiento o desnutrición crónica, hecho que aumenta en las zonas rurales a un 35,7% y es aún más crítica en los niños indígenas con cifras de más del 40%⁴. El 6% de los niños presenta un peso inferior al normal.⁵

La Obesidad es una enfermedad descrita como el “Síndrome del nuevo mundo”. Según la Sociedad Ecuatoriana de Ciencias de la Alimentación y Nutrición (SECIAN), en Ecuador hasta el 2001 afectaba al 14% de población infantil. De los cuales 5,2% tenían sobrepeso y el 8,7% obesidad.⁶ Sin embargo las últimas cifras dadas por ENSANUT en el 2013 Ecuador registra un 8,6% de niños menores de cinco años con exceso de peso, mientras que en las edades entre 5 y 11 años, este índice se triplica, llegando al 29,9%.⁷

Realizamos la formulación del problema con la siguiente interrogante:

¿Los hábitos alimentarios influyen en el Estado nutricional de los niños de ambas guarderías?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la asociación entre el estado nutricional y las hábitos alimenticios de los niños de 1-3 años del Centro infantil del buen vivir “Sembrando Ternura” y del Centro particular de desarrollo infantil “Acuarela”

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Evaluar el estado nutricional mediante antropometría de los niños atendidos en ambos Centros Infantiles.
2. Identificar los hábitos alimentarios de los niños de 1-3 años de edad en las guarderías.
3. Realizar un análisis comparativo entre los hábitos de alimentación entre los niños atendidos en ambos centros.
4. Asociar el estado nutricional con los hábitos alimentarios de los niños de 1 a 3 años de las guarderías en estudio.

1.3 JUSTIFICACIÓN

Es importante que el infante pequeño de 1 a 3 años tenga una nutrición adecuada para el crecimiento y desarrollo óptimo y es uno de los pilares básicos de una buena salud a lo largo de la vida, previniendo muchas enfermedades como obesidad, enfermedad cardiovascular, osteoporosis, etc.

Sin embargo los nuevos cambios de estilos de vida y la nueva inserción de los padres en el área laboral es uno de los motivos principales por lo que una guardería es la opción perfecta. Por lo general la madre no tiene conocimiento sobre el tipo alimentación que el centro le ofrece.

En la edad de 1 a 3 años el niño imita a personas que respeten, por lo que los hábitos de la madre y los miembros de la familia se ven influenciados directamente con la dieta. No obstante en el momento que el niño se incorpora a la sociedad las siguientes personas que van a imitar son a sus compañeros y educadores. Es por ello que la falta de atención en la alimentación de las guarderías va a repercutir en el patrón alimentario.

Un niño con malnutrición; muchas veces no desarrolla adecuadamente sus capacidades cognitivas y son niños débiles por lo que su infancia no es debidamente aprovechada a diferencia de un niño bien nutrido.

E aquí la importancia de promover buenos hábitos alimentarios desde la infancia y con la realización de este estudio se podrá determinar si existe una relación directa entre los hábitos alimenticios de los niños con el estado nutricional.

CAPITULO II

2. MARCO TEORICO

2.1 MARCO REFERENCIAL

Para la realización del presente proyecto se ha tomado como referencia algunos trabajos bibliográficos por su enfoque experimental que se relaciona con el tema de estudio.

“Estudio sobre hábitos alimentarios racionales de los niños y jóvenes con especial incidencia en la población inmigrante” en este trabajo se realizó una comparación entre los hábitos de niños de origen español y niños de origen extranjero. Los resultados fueron que existen ciertos errores en las prácticas diarias de alimentación del niño, algunos de ellos son: la omisión del desayuno, poco consumo de verduras, alto consumo de dulce y golosinas, se dedican a actividades sedentarias como ver televisión y una vez por semana ingieren comidas rápidas.⁸

“Hábitos alimentarios de niños y el papel de la educación para la salud” en donde menciona el papel de la familia, la publicidad, la guardería, como modificadores de los hábitos alimentarios aumentando la incidencia de Obesidad, por lo que enfatiza la importancia de la educación para la salud como herramienta preventiva.⁹

“Encuesta de Nutrición infantil de la comunidad de Madrid” los resultados fueron una ingesta inadecuada de alimentos básicos, exceso de proteínas, grasas saturadas y colesterol y déficit de hidratos de carbono, fibra y micronutrientes. Actividad física escasa.¹⁰

“El centro de estudios sobre nutrición infantil (CESNI)” realizó un trabajo en el que analizaron datos de cinco estudios sobre una muestra de 667 niños entre 6 meses y 36 meses de edad en diferentes localizaciones de Argentina y de distintos niveles socioeconómicos. No se encontró desnutrición aguda, sino retraso en el crecimiento y sobrepeso. Con prevalencia de anemia e ingesta inadecuada de hierro, vitamina C, calcio y vitamina A.¹¹ (CESNI, 2004)

2.2 MARCO TEORICO

2.2.1 Características de desarrollo del infante sano

El crecimiento y desarrollo del niño es la consecuencia de la asociación entre los factores genéticos aportados por la herencia y las condiciones del medio en el que vive. Esto implica una visión dinámica y evolutiva del ser humano.

Mediante la nutrición es posible mejorar el proceso evolutivo del niño, ya que una mala alimentación en el lapso de 0- 5 años puede provocar deficiencias nutricionales como retardo en el crecimiento, problemas de aprendizaje y alteración de lenguaje.

2.2.1.1 Características físicas y biológicas del niño pequeño

Generalmente se consideran infantes o niños pequeños cuando poseen edades comprendidas entre 1 a 3 años de edad. En esta etapa tienen una aceleración rápida de crecimiento durante los primeros dos años de vida. El peso de un bebe promedio a los cinco meses se duplica hasta llegar a los 7 kg, para el año el peso del bebe se triplica hasta llegar a los 10 kg y en el segundo año la velocidad de peso se reduce, al final de su segundo cumpleaños el infante pesa cuatro veces más de lo que pesó al nacer. Los niños de 1-3 años poseen una talla media de 74 a 94 centímetros.¹²

Se toma en consideración que no todas las partes del cuerpo poseen la misma velocidad de crecimiento, como es el caso del perímetro cefálico, al nacer la cabeza representa la cuarta parte del cuerpo, durante los dos primeros años de vida el resto del cuerpo crece en mayor proporción que la cabeza, para los dos años la cabeza representa la quinta parte del cuerpo.¹²

Según estableció la OMS, los niños y las niñas tienen el mismo potencial de crecimiento en talla, peso y coeficiente intelectual, más que factores genéticos, étnicos lo que determina el desarrollo del infante hasta los 5 años es la nutrición adecuada.¹³

La leche materna es el alimento más importante de niño pequeño porque aporta una nutrición adecuada lo que es sumamente esencial para el desarrollo.

Existe evidencia científica que menciona que es difícil revertir la falla de crecimiento ocurrida en los primeros años de vida, las consecuencias de la desnutrición pueden ser fatales ya que producen un aumento en la morbi-mortalidad y un desarrollo mental y motor retrasado.¹⁴

En esta etapa todos los órganos y sistemas han alcanzado un grado parecido al del adulto y los mecanismos fisiológicos han madurado. Desde el punto de vista alimentario el aparato digestivo está listo para tolerar una dieta similar a la del adulto, tomando en consideración que las necesidades energéticas son diferentes, también a esta edad comienza el gusto por la comida y se determinan los hábitos.

La composición corporal de estos niños se mantiene constante. Se disminuye la grasa corporal de manera gradual durante los tres primeros años de vida. También a medida que la actividad física aumenta las piernas se enderezan por lo que los músculos abdominales y de la espalda se ajustan para dar soporte al infante erguido.¹⁵

2.2.1.2 Características cognitivas

Durante los primeros tres años de vida, los niños producen más conexiones neuronales con mayor facilidad en comparación que las que generan un adolescente en desarrollo y un adulto. El desarrollo del cerebro va ligado con la genética y la nutrición pero también depende en gran medida del estímulo que reciba el infante, afirma el autor (Andreu, 2011)¹⁶

El desarrollo psicomotor es la manifestación externa de la maduración del Sistema Nervioso Central (SNC) del cuerpo, los niños de uno a dos años caminan con movimientos coordinados, lanzan objetos y pasan de una a otra mano, sube varios escalones con apoyo. De dos a tres años de edad el infante desarrolla completamente su motricidad, camina libremente y hasta por una

línea recta, suben y bajan escalones sin apoyo, corre solo, pateo la pelota con un pie, salta con un pie y después con solo un pie, se trepa por un obstáculo y desciende con apoyo de sus manos y pies.¹⁷

Todos estos logros se denominan Hitos del desarrollo motor según Frankenburg et al,. De forma general los niños desempeñan una habilidad principal en cada mes, a los 12 meses el niño camina bien, a los 16 meses coloca clavijas en un tablero, a los 16.6 meses sube escaleras, a los 23,8 meses el niño logra saltar en su lugar, a los 33.0 meses el niño puede copiar un círculo. Alrededor del 50% de los niños son capaces de realizar cada habilidad en el mes que se indica, sin embargo esto sirve como referencia ya que el momento exacto que cada logro aparece varía de forma considerable en cada infante.¹²

Es importante que la madre se informe sobre los hitos de desarrollo alcanzados en el niño, cualquier tipo de alteración o retraso motor debe ser atendido oportunamente para descartar cualquier problema irreversible en el futuro.

Es así como el infante va desarrollando su capacidad cognitiva, en este caso la memoria en relación a sus experiencias vividas, a los 14 meses se toma algunos segundos para pensar antes de actuar, a los 14 meses inicia el juego por imitación el niño recibe una pelota y la devuelve, a los 15 meses reconoce imágenes familiares, ya a los 19 meses puede agrupar cubos de cuatro a seis. A los tres años el infante tendrá capacidad de lenguaje ya articulando palabras con sentido.¹⁸

Tabla 1.- Hitos del desarrollo psicomotor

TABLA I: HITOS DEL DESARROLLO PSICOMOTOR				
edad	motricidad gruesa	motricidad fina	lenguaje	social / afectivo / cognitivo / sexual
2-3 años	Corre Se mantiene en un pie Chuta un balón Salta Empieza a trepar Baila	Construye torres de 8 cubos Sostiene un lápiz con la mano Tira una pelota con la mano Pasa páginas de una en una Desenrosca un tapón Hace trazos sencillos	Frases de 2 palabras a los 2 años Frases de 3 o más palabras a los 3 años Vocabulario de 20 a 200 palabras Entiende órdenes más complejas	Hace puzles de 2 piezas Comprende conceptos sencillos (grande, pequeño, mucho, poco) Utiliza la cuchara Juego imitativo Ayuda a vestirse o desvestirse Inicia control de esfínteres diurnos Identificación de género

Autor: Ramos, Carmen. Pediatra (2013)¹⁹

El infante también desarrolla su autonomía con respecto a la comida, hasta el primer año el niño come lo que se le dé y aproximadamente a partir de los 2 años comienzan a comer solos, manipulan primero la cuchara por lo que cambian la textura alimentaria (sopas, purés, etc.). También dejan de usar biberón y comienzan a tomar en el vaso.

Tabla 2.- Habilidades del niño de 1 a 3 años

	Habilidad	Actividad
El niño de 1 a 3 años	Mejora su capacidad para ,morder, masticar y tragar	Se le ofrece una variedad de alimentos con diferentes texturas. Se evita los alimentos muy fibrosos o demasiados secos.
	Inicia y mejora el uso de la cuchara.	Es necesario apoyarlo en su uso, porque al inicio una parte de los alimentos no llega a la boca.

	Mejora su destreza para usar la taza.	Se le da líquidos en taza y después en vaso. No usar biberón.
	Explora a su alrededor se lleva objetos a la boca.	Ayudarlo a distinguir entre o que es un alimento y lo que no es. Educar lo que pueda presentar un peligro para el niño.

Fuente: Pautas de alimentación en el niño

Autora: Lic María Eugenia Lestingi (2005)²⁰

2.2.1.3 Características sociales

En la etapa de 1 a 2 años los movimientos aprendidos se refuerzan y alcanzan más precisión por lo que se dan un gran salto al aprendizaje social. También hay un mayor vínculo emocional con los objetos porque muestran satisfacción y ternura. Manifiestan las primeras comunicaciones y relaciones sociales con otros niños, amplía sus relaciones con los adultos y personas no allegadas.²¹

En los niños de edades de 2 a 3 años el lenguaje se convierte en el instrumento fundamental de desarrollo, algunas veces muestran temor ante personas no conocidas o fenómenos naturales y se manifiesta su deseo de independencia.²¹

Es por esta razón que en ese momento la familia y el entorno tienen un papel importante en el desarrollo socioemocional y cognitivo.

Hay una interacción muy fuerte en el momento que se le da de comer al niño que no siempre aprovecha la mamá, es aquí donde el lenguaje, la paciencia y la enseñanza son importantes.²²

Muchas de las veces la madre piensa que forzar al niño a comer es la manera correcta de alimentarlo, esto puede causar que el niño vea la comida como un castigo, para evitar esto es necesaria la paciencia y el afecto por parte de la madre.

En este periodo el niño aprende a masticar y a descubrir diferentes gustos y texturas con el objetivo de incorporarse poco a poco a dieta familiar, es aquí donde adquiere patrones de alimentación similares a la de la familia por lo que el adiestramiento de la conducta alimentaria debe de ser lo más correcta posible.

Una parte normal del crecimiento y desarrollo de los niños en su infancia temprana es la disminución del interés en los alimentos, por lo que el niño tiene nuevos lugares que explorar.²³

Es importante informar a los padres que en sus hijos en esta etapa es normal una disminución natural del interés en la comida que como consecuencia provoca la reducción de peso, sin embargo hay que considerar que esta etapa es transitoria.

2.2.2 Nutrición adecuada en el infante

La Nutrición es el acto que el cuerpo aprovecha los nutrientes que proveen los alimentos manteniendo así el equilibrio de organismo a nivel sistemático, para lograr el funcionamiento de las principales funciones vitales.

El consumo adecuado de energía y nutrientes es importante para que los niños en esta etapa alcancen el potencial completo de crecimiento y desarrollo mental y también para reforzar el sistema inmune.²³

Por lo tanto, la desnutrición en esta edad alteraría tanto el crecimiento como el desarrollo cognitivo y las capacidades para explorar el medio ambiente, el niño no aprovecha su infancia porque se encuentra débil.

2.2.2.1 Necesidades nutricionales de los niños de 1 a 3 años

El requerimiento de un nutriente es definido como la cantidad que es necesaria para el mantenimiento de las funciones principales del cuerpo encaminado a una salud y un rendimiento óptimos.²³

En estas edades el cálculo de las necesidades energéticas y nutricionales individuales se fundamenta en las necesidades metabólicas basales, la velocidad de crecimiento y actividad física.

En nutrición pediátrica a menudo se usan las DRI (Ingestas dietéticas de referencia), elaboradas por el Food and Nutrition Board Institute of Medicine de EE.UU, que da las recomendaciones como RDA y AI. Las RDA (recomendaciones dietéticas) se tratan de la ingesta media recomendada de un nutriente para cubrir los requerimientos del 98% de la población. Las AI (ingesta adecuada) se definen como la ingesta media recomendada basada en ingesta de la población sana que al parecer es adecuada. Esta última se utiliza cuando no hay suficientes datos para establecer las RDA.²⁴

2.2.2.2 Energía y Distribución de la molécula calórica

La energía alimentaria que es requerida para la realización de actividades como la respiración, circulación sanguínea, trabajo físico y síntesis de proteínas corporales es suministrada por carbohidratos, proteínas, grasas y alcohol de la dieta. Las necesidades energéticas en los niños pequeños se han reducido según las recomendaciones de la ingesta dietética recomendada, con la finalidad principal de disminuir las tasas de sobrenutrición.²⁵

Como consecuencia del gasto energético del crecimiento, los requerimientos de energía se calculan en función de la velocidad de crecimiento, más el gasto energético total que es la suma del gasto metabólico basal, termogénesis de los alimentos y la actividad física. Como resultado las necesidades de energía oscilan entre 1300-1500 kcal/día.²⁶ Por otro lado también se menciona las recomendaciones dadas por la FAO y OMS en el 2001.

Tabla 3: Requerimiento energético en niños.

Edad	Kcal/ kg/ día	Kcal/día
1-2	82.4	948
2-3	83.6	1129

Fuente: FAO/OMS (2001)²⁷

Tabla 4: Requerimiento de energía para niños

Edad	Kcal/ kg/ día	Kcal/día
1-3	102	1300-1500

Fuente: Nutrición en niños a corta edad 1-3, (2004)²⁶

Molécula calórica (macronutrientes) El equilibrio de la ración calórica recomendada para niños de 1-3 años de edad no varía en su totalidad del que se estableció para el adulto, por lo que la distribución de 12-15% es de proteínas, en un 30%-35% es en forma de lípidos y en 50-60% es de carbohidratos.²⁶

Proteínas

Las proteínas son el principal constituyente de las células vivas, se distinguen a nivel molecular de los lípidos e hidratos de carbono por contener nitrógeno, son necesarias para el crecimiento y desarrollo principalmente en los niños, reparación y la continua renovación de

los tejidos del cuerpo. Esta proporciona de energía 4 kcal por gramo/día. De los 20 aminoácidos que se forman para hacer la proteína algunos pueden ser sintetizados, a estos se los denomina no esenciales, sin embargo hay otros que no pueden ser sintetizados por el organismo por lo que se tienen que adquirir de alimentos, estos son denominados esenciales. La arginina puede ser esencial para el niño pequeño ya que sus requerimientos son mayores que su capacidad para sintetizar el aminoácido.²⁸

Las principales fuentes de proteína son: lácteos, pollo, pescado, carne, huevos, leguminosas, cereales y frutos secos.

Un aporte adecuado de proteínas garantiza al niño el crecimiento óptimo y principalmente la reparación de los tejidos. Evitando así cualquier tipo de deterioro muscular y resistencia en tiempo de escases.

La ingesta recomendada de proteína en el infante pequeño es de 1,2 gr/kg día, según el RDA el consumo es de 13 gr/día, tomando en cuenta las variaciones del peso con la edad, las necesidades de proteínas aumentan. Sobretodo estas proteínas tienen que ser 50% de origen animal y vegetal, para así también cubrir las necesidades de aminoácidos esenciales recomendados.²⁹

Hidratos de carbono

Los carbohidratos suministran la energía necesaria para realizar todas las funciones como caminar, correr, respirar y pensar; representan la mitad de las calorías totales, la unidad básica son los monosacáridos. Estos aparecen como componentes de los disacáridos y polisacáridos, los monosacáridos más importantes son la glucosa, la galactosa y la fructosa. La dextrosa es la glucosa que se sintetiza a partir de la glucólisis del almidón del maíz. La glucosa

en sangre es el principal combustible del encéfalo, por lo tanto el organismo tiene mecanismos fisiológicos para mantener concentraciones adecuadas en sangre. Los polisacáridos son hidratos de carbonos complejos compuestos por varias moléculas de glucosa.²⁸

Su papel energético es fundamental en el metabolismo de los centros nerviosos pues la glucosa proporciona toda la energía que utiliza el cerebro en el día. La glucosa y su forma de almacenamiento en glucógeno aportan la mitad de la energía que los músculos y otros tejidos necesitan para realizar sus funciones. Manual de nutrición y dietética.³⁰

Las principales fuentes de hidratos de carbono se encuentran en el azúcar simple, como el azúcar natural de las frutas y verduras y en los carbohidratos complejos como cereales, harinas, tubérculos, legumbres, mermelada, galletas, etc.

Según la RDA el niño de 1 a 3 años necesita una ingesta de 130 gr/día que equivale entre el 45%-65% del valor calórico total. De los cuales 10% deben ser de azúcares simples y el 90% restante deberán ser de hidratos de carbono complejos.²⁶

La fibra es un tipo de carbohidratos no digeribles, que existen naturalmente en los alimentos de origen vegetal hay otro tipo de fibra llamada funcional se refiere a aislados o extractos que proveen beneficios para la salud. La fibra dietética y la fibra funcional forman la fibra total.³⁰

Tabla 5: Recomendaciones de Hidratos de Carbono y fibra.

Edad	H. C	Fibra total
1-3 años	45-65%	19 g

Fuente: *The National Academies Press 2002*²⁴

Lípidos

La grasa es la mayor fuente energía para el organismo, proporciona 9kcal por gramo al día, son fundamentales para la digestión, absorción y transporte de las vitaminas liposolubles y carotenoides. Las grasas se clasifican por su número de enlaces:

Los lípidos simples: son ácidos grasos que pueden ser saturados como la mantequilla, la manteca, el aceite de coco o almendras, también mono insaturados como los de aceite de maíz o girasol; o insaturados como las nueces y el aceite de oliva.

Los lípidos dos compuestos: son los fosfolípidos que se encuentran en el huevo y el hígado; glucolípidos que se hallan en atún y la leche y las lipoproteínas que se encuentran en la piel de pollo, en la mantequilla y en la margarina. Manual de nutrición y dietética.²⁸

Los ácidos grasos esenciales son los llamados omega 3 y omega 6, su consumo es necesario ya que el cuerpo no puede sintetizarlos además de los beneficios que presentan en el sistema cardiovascular.

La hidrogenación de los ácidos grasos insaturados genera ácidos grasos trans que está presente en la manteca, las grasas para freír y en los productos de pastelería, los cuales tienen efectos negativos para salud. El cuerpo forma triglicéridos al consumir ácidos grasos.

Otro tipo de grasa vital es el colesterol, el organismo lo fabrica y además se encuentra en los alimentos de origen animal.²⁸

Las RDA no proponen a ciencia cierta una cantidad determinada para los niños pequeños de 1 a 3 años, pero mantienen que el aporte debe ser entre el 30-40% del VCT. La recomendación de la AI (Ingesta adecuada) de AGP omega 6 es de 7 gr/día y de AGP omega 3 de 0,7 g/día. El rango aceptable de ingesta es de 5-10 g/día para linoleico y de 0,6-1,2g/día para linolénico, las recomendaciones de ácidos grasos saturados no se detallan en estas directrices. Mientras que el colesterol total no debe sobrepasar los 100 mg/1000kcal.²⁹

Sin embargo existen las últimas recomendaciones de la FAO y OMS, sobre el consumo de EPA+ DHA de 0,10-0,15 g/día para los niños de dos a cuatro años de edad.²⁴

Tabla 6: Recomendaciones de Grasas

	1 año	2 a 3 años
Grasas (% total de las kcal)	30- 40%	30- 35%
Grasas saturadas	Menor al 10% del aporte diario de energía.	
Colesterol	Menor a 300 mg/ día	

Fuente: Dietary Recommendations for children and Adolescents.

Autor: Gidding³¹

Tabla 7: Recomendaciones de Ácidos grasos.

Edad	Omega 6	Omega 3	Ácido linoleico	Ácido linolénico
1-3 años	5 – 10%	0,6 – 1,2%	7 g	0,7 g

Fuente: The National Academies Press 2002²⁴

2.2.2.3 Micronutrientes

Los micronutrientes son las vitaminas y minerales. Es más el descubrimiento de las vitaminas permitió el nacimiento del campo de la nutrición.

Según establece la Universidad Complutense de Madrid (2016) tienen gran importancia en el mantenimiento de la salud queda demostrada por la aparición de las enfermedades deficitarias que provoca su falta en la dieta: la deficiencia de vitamina A puede producir ceguera y la falta de vitamina D puede retardar el crecimiento de los huesos, entre otros.³⁰

Vitaminas

Son sustancias inorgánicas sin valor energético, son necesarias para las reacciones químicas del organismo, si no se ingiere puede causar deficiencias nutricionales y por ello enfermedades evitando el crecimiento y desarrollo normal del niño pequeño.²⁹

Liposolubles

Tabla 8: Vitaminas Liposolubles. Funciones, Fuentes y requerimientos en el niño de 1 a 3 años.

	Función	Fuentes	Requerimiento en el niño de 1-3 años
Vitamin a A	EL Retinol tiene como función el sostenimiento de la reproducción humana, el mecanismo de la visión y la función inmune. Su deficiencia en la dieta puede conducir a la xeroftalmia especialmente en niños.	Hígado, leche, frutas y verduras de colores intensos amarillos, naranja y verdes.	Según las RDA son de 300-900ug/día. http://bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol23_4_04/ibi11404.htm (Hernández, 2004)
Vitamin a E	La alfatocoferol, se la considera como un antioxidante que previene la propagación de la peroxidación lipídica.	Su fuente principal es en aceites vegetales.	La RDA recomienda una ingesta de 6 mg/día en el niño pequeño de 1-3 años de edad.
Vitamin a D	La vitamina D tiene como función principal la absorción del calcio, la mineralización, participa en la contracción muscular y respuesta inmune. La deficiencia puede producir raquitismo u osteomalacia en el infante.	Esta se encuentra en tejidos alimento como el hígado y en presencia de luz ultravioleta se sintetiza en la piel.	Aportes diarios de 5 ug/día y una ingesta máxima de 50 ug/día
Vitamin a K	Es indispensable para la coagulación sanguínea porque interviene en el factor de coagulación. También interviene en la calcificación ósea	Se encuentran en la flora intestinal y en los alimentos en las hojas verdes principalmente.	La ingesta adecuada recomendada es de 30 ug/día.

Fuente: Recomendaciones nutricionales para el ser humano. Instituto de Nutrición e Higiene de los alimentos. (Hernández T, Manuel, 2004)²⁵ y Alimentar la mente para crecer y vivir sano (FAO, 2010)³²

Hidrosolubles

Tabla 9. Vitaminas Hidrosolubles. Funciones, Fuentes y Requerimiento en el niños de 1 a 3 años

	Función	Fuentes	Requerimiento en el niño de 1-3 años
Vitamina C	El ácido ascórbico funciona en el organismo como un potente antioxidante hidrosoluble por su elevado potencial reductor.	Se encuentra en frutas y hortalizas, especialmente en cítricos fresas, tomates, pimientos y patatas.	La RDA en niños pequeños de 1-3 años es de 15mg/día.
Vitamina B1	La tiamina actúa en las reacciones de descarboxilación, liberar energía de los hidratos de carbono y mantener un buen estado del sistema nervioso.	La fuente principal es semillas maduras de cereales.	La RDA recomienda 0,5 mg/día.
Vitamina B2	Esta vitamina interviene en las reacciones de óxido-reducción.	Se encuentra en los tejidos animales, leche y huevos.	Ingesta dietética recomendada es de 0,5 mg/día, el requerimiento medio estimado es de 0,4 mg/día.
Vitamina B6	La piridoxina participa en las reacciones de transaminación y descarboxilación interviene en la formación de glóbulos rojos, ayuda a la formación de proteínas y facilita la función nerviosa y cerebral.	Las fuentes principales son el hígado y los cereales enteros.	Las recomendaciones son de 0,5 mg/día.

Vitamina B12	La ingesta de esta vitamina es indispensable al participar en la formación de nuevas células incluyendo los glóbulos rojos. Su deficiencia se manifiesta por anemia megaloblástica.	Las fuentes principales son el hígado, carne de vacuno y cerdo, ave o pescado, huevos y lácteos.	La ingesta dietética es de 0,9 mg/día y el requerimiento medio estimado es de 0,7 mg/día
Vitamina B9	Su consumo es necesario porque su deficiencia causa alteración del metabolismo de la DNA, anemia y anormalidades digestivas.	El ácido fólico se encuentra en las hojas verdes y vísceras.	La ingesta recomendada de ácido fólico es 150 ug/día, y el requerimiento medio estimado es hasta 120 ug/día.

Fuente: Manual de nutrición y dietética (Carbajal, 2011)³⁰. Nutrición en el niño e 1-3 años (2004)²⁶. Alimentar la mente para crecer y vivir sanos (FAO, 2010)³². Nutrición RED DEL TERCER MILENIO (Otero, 2012)²⁷

Minerales importantes en el niño.

Calcio

El calcio es uno de los minerales con las funciones más amplias, forman parte de la estructura de la masa ósea y dientes, interviene en la coagulación sanguínea, le da la permeabilidad a las membranas, participa en la neurotransmisión y contracción muscular. Sus fuentes alimentarias están en la leche y sus derivados, sardinas y en pequeñas cantidades la yema de huevo, las legumbres, algunos vegetales de hojas verdes.²⁷ Debido a su papel importante en la formación de la masa ósea, es vital que los niños lo obtengan de los alimentos dado a que en esta etapa están en proceso de crecimiento y maduración.

Se han propuesto ingestas adecuadas para los niños de 1 a 3 años que son ligeramente inferiores que las RDA para esta edad y están en torno a los 500mg/día, con una relación calcio/fósforo de 1/1, considerando que el máximo nivel de ingesta es de 2.500mg/día.

Hierro

El hierro es un componente de la hemoglobina, mioglobina, citocromos y múltiples enzimas. La anemia por deficiencia de hierro, es la deficiencia nutricional más frecuente a nivel mundial que genera disminución de la productividad, fatiga, disminución del desarrollo cognitivo. Otra de las funciones más importantes es el transporte de oxígeno desde los pulmones hasta todos los tejidos del organismo. Sus fuentes principales son los tejidos animales, huevo, oleaginosas, cereales, leguminosas, vegetales verdes.²⁷⁻³²

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define anemia en pre escolares (niños de 0 a menos de 5 años) cuando los niveles de hemoglobina son menores a 110 g/L

Aunque en los niños, los requerimientos aconsejan una ingesta de 3mg/día, las recomendaciones de ingesta son de 7mg/día.²⁶

El consumo de carne, hígado, pescado y huevo debe promoverse de forma considerable en el niño de 1-3 años y fácilmente se cubre el requerimiento de hierro con una dieta variada pero difícil en dietas vegetarianas. La cantidad máxima es de 40 mg/día.²⁶

Zinc

El zinc participa en múltiples reacciones químicas, ayuda a mantener la fortaleza de las células y del sistema inmunológico.³²

También es un micronutriente indispensable para el desarrollo y crecimiento en niños menores de 5 años.

Las fuentes alimentarias son la carne, pescados, pollo e hígado, huevos, leche, cereales integrales y legumbres.³²

La ingesta dietética recomendada para los niños pequeños son de 3mg/día, de requerimiento medio estimado es de 2,5 mg/día, con un aporte máximo de ingesta de 7mg/día.²⁶

2.2.3 Estado nutricional del infante

El estado nutricional es un estado dinámico en el cual el balance entre disponibilidad y requerimientos de nutrientes a nivel celular, determina una condición satisfactoria que se manifiesta en un buen estado nutricional, en cambio en déficit o exceso de nutrientes, producen un desequilibrio. Se pueden detectar en la forma, tamaño y composición corporal, los llamados indicadores del estado nutricional.³³

La evaluación general del estado nutricional del infante es similar a la que se hace al adulto. Se evalúa mediante indicadores antropométricos, bioquímicos, clínicos y dietéticos.

La evaluación bioquímica incluye la medición de un nutriente o sus metabolitos en sangre heces u orina, comúnmente los más usados son: el plasma, eritrocitos y leucocitos.

La evaluación clínica o también llamada examen físico, es un método práctico para evaluar el estado de nutrición, se basa en examinar cambios relacionadas a una ingesta inadecuada y que pueden observar y palpase en los tejidos epiteliales externos, tales como la piel, cabello, mucosa bucal y ojos.³⁴

La antropometría es una herramienta sumamente importante para la valoración de la forma, tamaño y composición corporal del niño. Para la realización de la evaluación es necesario la utilización de indicadores, valores de referencia y puntos de corte.³⁴

Tabla 10: Indicadores Antropométricos.

INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS	
Los indicadores más utilizados para medir composición corporal son peso para la edad, talla para la edad, peso para la talla e IMC (índice de masa corporal), perímetro cefálico y edad.	
El peso para la edad (P/E)	Indica la masa corporal alcanzada en relación con la edad cronológica.
La talla para la edad (T/E)	Refleja el crecimiento lineal en relación con la edad cronológica. Cualquier alteración se relaciona con problemas del estado nutricional y de la salud a largo plazo. Cuando el niño se sitúa en límites inferiores a los normales probablemente esté en desnutrición crónica o retraso en el crecimiento.
El peso para la talla (P/T)	Refleja el peso relativo para una talla dada, define la probabilidad de masa corporal sin tomar en consideración la edad. Si está bajo es indicador de desnutrición aguda y si está alto un riesgo elevado de sobrepeso u obesidad.
Índice de masa corporal para la edad (IMC/E)	Indica el peso relativo con la talla para cada edad con adecuada correlación con la grasa del cuerpo. Su interpretación es similar a la mencionada para el peso talla pero con más precisión.

Fuente: Evaluación del crecimiento de niños y niñas (UNICEF 2012)³⁵

En relación a lo mencionado anteriormente; de forma general, si el niño se encuentra con baja estatura para la edad (T/E) se interpreta como **retraso en el crecimiento** o Desnutrición crónica, si se encuentra con peso bajo para edad se interpreta por **peso inferior al normal** y por ultimo si esta con bajo peso para la estatura (P/T) significa que esta con **Desnutrición aguda**.³⁶

Se utilizan las curvas de crecimiento de las nuevas referencias de la Organización Mundial de salud (OMS) en el 2012. Del peso para edad hay las curvas de 0 a 24 meses y de 2 a 5, de talla para la edad de 0-24 meses y de 2 a 5 años, talla para el peso de 0-6 años y el Perímetro cefálico edad de 2- 5 años.³⁵

La medición de peso en los niños se lo realiza con la balanza pediátrica, la balanza a pilón o electrónica. La pediátrica tiene una capacidad hasta los 14 kg, la digital hasta los 44 kg y el pilón hasta 30 kg.

La medición de la longitud corporal es decir en posición acostado debe medirse hasta los 2 años desde esa etapa en adelante se medirá en posición de pie. Se utilizará una cinta metálica graduada en cm y mm adosado a una superficie plana puede ser también una mesa. En caso de que el infante no pueda ser acostado, se realiza la medición de pie y se suma 0,7cm para convertirla en longitud.³⁵

La medición de la estatura se la realiza en posición parado vertical desde los 2 años de edad, se utilizará una cinta metálica graduada en cm y mm adosado a la pared. En caso de que el niño no sea capaz de ponerse de pie, se mide la longitud en posición acostada y se resta 0,7 cm.³⁵

La evaluación alimentaria es un método indirecto de medición se puede realizar mediante encuestas alimentarias: recordatorio de 24 horas, frecuencia alimentaria y consumo de alimentos. También se realiza la anamnesis dietética en la cual se obtiene información sobre las condiciones económicas, socioculturales, ambientales y de salud, la baja de peso, síntomas digestivos, alimentación pasada o reciente, enfermedad de base y estado general.³³

El estado nutricional puede permanecer en algunas de las siguientes categorías: bien nutrido o malnutrido por déficit (bajo peso, alerta de desnutrir, desnutrido) y por exceso (sobrepeso, riesgo de obesidad, obesidad, obesidad mórbida)

En esta edad se debería tomar atención en la alimentación de los niños ya que necesitan los nutrientes para tener un buen desarrollo y crecimiento, también para evitar problemas catastróficos mayores como son la desnutrición crónica y la obesidad.

2.2.3.1 Desnutrición infantil

La desnutrición infantil es un problema difícil de erradicar. Desde el vientre y hasta los cinco años se da una de las etapas más importantes en la vida de un ser humano, determinante para su desarrollo físico y mental. Es una etapa definitiva, porque lo que allí sucede es irreversible.³⁷

Los niños desnutridos presentan un mayor riesgo de morbilidad por lo que se acompaña de deficiencias inmunológicas que empeora el pronóstico de la enfermedad.

1 de cada 5 niños posee baja talla para la edad que es desnutrición crónica. El 12% de los niños posee bajo peso para la edad es decir desnutrición global y el 16% de los niños nacen con bajo peso al nacer. También cada 10 menores de 1 año padecen anemia por deficiencia de hierro.³⁷

Tabla 11. Tipos de Desnutrición en el infante.

TIPOS DE DESNUTRICION	
Desnutrición Leve	La desnutrición leve, es la forma más común, pero no siempre es visible. El infante no crece tampoco aumenta de peso rápido como un niño bien alimentado.
Desnutrición moderada	La desnutrición es moderada cuando el valor obtenido se encuentra entre 2 y menos de 3 desviaciones típicas por debajo del valor promedio. Cuando el niño se encuentra en este estado, se muestra apático y agotado se cansa hasta cuando come y no tiene apetito.
Desnutrición Severa	La desnutrición es severa, cuando el valor se encuentra en 3 o más desviaciones típicas por debajo del promedio de la población de referencia” las manifestaciones que presentan, es la más dramática de las enfermedades nutricionales, existen dos tipos Kwashiorkor y Marasmo.

Fuente: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2008 ³⁸

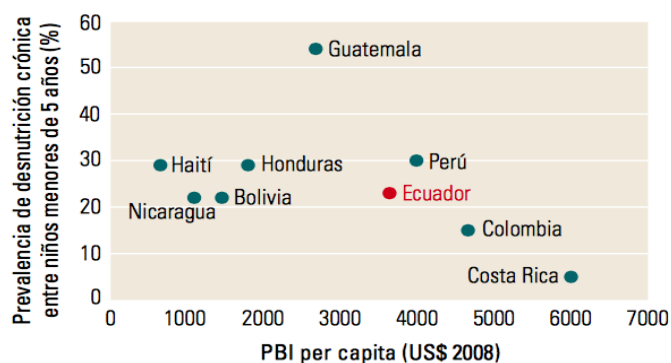
El Informe del Banco Mundial en el 2007, dice que las principales causas de desnutrición en los dos primeros años de vida son las prácticas deficientes de lactancia materna y alimentación complementaria junto con alta prevalencia de infecciones. ³⁹

Según informe a nivel mundial existen 842 millones de desnutridos y no hay perspectiva de reducción en el futuro.³En la actualidad, el 26% de niños de cero a cinco años de la población ecuatoriana posee desnutrición crónica o retraso en el crecimiento, hecho que aumenta en las zonas rurales a un 35,7% y es aún más crítica en los niños indígenas con cifras de más del 40%.⁴

El Ecuador presenta tasas de retraso en el crecimiento comparables a la de muchos países de su región, a pesar de tener un ingreso per cápita mayor que muchos de ellos.

Figura No. 1: Tasas de desnutrición crónica en el Ecuador y países vecinos.

FIGURA 1 Ecuador presenta tasas de desnutrición crónica comparables con sus vecinos a pesar de un nivel de ingreso mayor



Fuente: Organización mundial de la salud y Banco mundial (2010)³⁶

Los niños malnutridos, principalmente con una malnutrición aguda grave, poseen más probabilidades de morir por enfermedades frecuentes en la niñez como la diarrea, la neumonía y el paludismo. ³⁷

2.2.3.2 Obesidad infantil

La obesidad se define como "exceso de peso corporal a expensas fundamentalmente de la masa grasa, que altera la salud del individuo y lo pone en riesgo de desarrollar una enfermedad crónica". La causas más estudiadas de la obesidad están relacionados con el estilo de vida, especialmente el binomio alimentación y actividad física.⁴⁰

La obesidad en el niño es sumamente alarmante las consecuencias a corto plazo son: problemas psicológicos en el niño, diabetes mellitus tipo 1 y 2, anomalías ortopédicas, riesgo cardiovascular y enfermedad de hígado. Las consecuencias a largo plazo, cuando el niño es adulto enfermedad cardiovascular, hipertensión, hipercolesterolemia, cáncer, diabetes, depresión, artritis y la muerte prematura.⁴¹

Según la Organización Mundial de la salud (OMS) existen más de 22 millones menores de cinco años que poseen sobrepeso u obesidad, de los cuales 17 millones viven en países de desarrollo.⁶ Según datos de la encuesta nacional de salud y nutrición (ENSANUT), Ecuador registra un 8,6 % de niños menores de cinco años con exceso de peso y en niños de 5 y 11 años la cifra se triplica hasta el 29,9%.⁷

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador ha implementado normas de prevención primaria y control del sobrepeso y la obesidad en los niños, niñas y adolescentes. La evidencia ha hecho posibles establecer que ciertos factores protegen el apareamiento de la obesidad infantil, por otro lado los factores que se hallan relacionados a su presencia, como se muestra en la siguiente tabla.⁴²

Figura No. 2. Factores que protegen o promueven la Obesidad Infantil

CUADRO N.º 1 RESUMEN DE LOS FACTORES QUE PROTEGEN O PROMUEVEN LA OBESIDAD INFANTIL, BASADOS EN LA EVIDENCIA		
Evidencia	Riesgo disminuido	Riesgo alto
Convincente ¹	<ul style="list-style-type: none">– Actividad física regular.– Ingesta de fibra.	<ul style="list-style-type: none">– Sedentarismo.– Consumo de alimentos densamente energéticos.
Probable ²	<ul style="list-style-type: none">– Medioambiente favorable en casa y escuela.– Lactancia.	<ul style="list-style-type: none">– Agresivo mercadeo.– Ingesta de bebidas y jugos azucarados.– Condición socioeconómica.
Posible ³	<ul style="list-style-type: none">– Alimentos con bajo índice glicémico.	<ul style="list-style-type: none">– Mayor tamaño de las porciones.– Comidas preparadas fuera de casa.– Condición socioeconómica.

Fuente: Ministerio de salud pública, 2003

Como prevención primaria se ha establecido la identificación de los factores de riesgo generales que se asocian con el desarrollo de la obesidad, con el fin de implementar medidas enfocadas en las conductas alimentarias y actividad física.⁴²

La Ensanut-ECU señala que en Ecuador existe por un parte un creciente aumento de la Obesidad infantil (8,6%) y que por otra parte sigue siendo alto el índice de desnutrición crónica en menores de cinco años aunque ha disminuido desde 1986 que era del 40,2% al 25,3 en el 2012. De acuerdo a la misma encuesta existen niños que presentan ambos problemas es decir con sobrepeso y desnutrición crónica. También se determinó que en una misma familia, la madre puede tener obesidad y su hijo desnutrición crónica.⁷

2.2.3.3 Deficiencias nutricionales

La falta de vitamina C produce escorbuto en el niño, esto se da por lo general entre los dos y doce meses de vida, porque son alimentados con biberón y leche procesada de marcas de calidad inferior, el calor frecuente destruye la vitamina C al ser procesada la leche. Las buenas marcas de leche se fortifican con esta vitamina para prevenir el escorbuto.⁴³

La deficiencia de vitamina A, afecta de manera frecuente a los ojos y puede llevar a la ceguera o xeroftalmia, que es un término para describir las manifestaciones oculares que provoca su déficit. La carencia también está relacionada a infecciones parasitarias intestinales, gastroenteritis y malabsorción. Al tener un papel en varios cuadros clínicos, puede contribuir a aumentar la tasa de mortalidad infantil.⁴⁴

La carencia de vitamina E puede afectar al desenvolvimiento del sistema nervioso, por lo que el niño no desarrolla correctamente su capacidad cognitiva.⁴³

En cuanto a la Vitamina D, su déficit está relacionado con raquitismo en los niños en crecimiento, el cual consiste en la falta de la mineralización ósea y el cartílago en crecimiento.⁴⁴

La deficiencia de niacina produce pelagra, en niños que origina cambios en la piel, tracto gastrointestinal y sistema nervioso. Las manifestaciones características son dermatitis, diarrea y demencia, puede conducir a la muerte.⁴⁵

Otra deficiencia en el niño es la del zinc, que produce falta de crecimiento y disminución del apetito. Así como también la deficiencia de calcio frecuente en los niños evita que se lleve a cabo la deposición del hueso.⁴³

Las deficiencias de hierro, yodo, zinc y vitamina A, puede afectar la capacidad de aprendizaje en el niño pequeño es decir su función cognitiva se afecta y también la inmunidad.

La anemia continua siendo una de las deficiencias más comunes a nivel mundial que afecta unos dos tercios de los niños en países en desarrollo, esta puede ser originada del periodo de lactancia debido a la dieta limitada, además los niños en esta etapa no suelen aceptar las carnes rojas prefiriendo alimentos bajos en hierro. Esta deficiencia incide en los procesos de desarrollo y crecimiento infantil. La presencia determina diferencias de entre 6 y 10 puntos en las escalas de desarrollo mental y motor, en comparación con niños no anémicos.⁴⁶

El hierro y el zinc son deficitarios aun en poblaciones sin carencia. Es importante el consumo de factor cárnico en el infante que facilita la absorción del hierro no hemínico.⁴⁷

De forma generalizada a largo plazo las deficiencias nutricionales producen un bajo rendimiento intelectual, alteraciones en la salud reproductiva y la salud durante la adolescencia y la edad adulta.

Este ciclo de desnutrición continúa ya que una niña desnutrida al crecer tiene altas posibilidades de dar a luz a un niño desnutrido de bajo peso al nacer.¹⁴

2.2.4 Consumo de alimentos

El consumo de alimentos tiene mucho que ver con la conducta alimentaria.

La conducta alimentaria se define como el comportamiento normal relacionado con los hábitos de alimentación, la selección de alimentos que se recomiendan, las preparaciones culinarias y las cantidades ingeridas.⁴⁸

Es necesario que cuando el niño se encuentre a una edad de 1 a 2 años deje el biberón. En el síndrome del biberón se produce un tipo de caries temprana asociada a la alimentación prolongada con biberón, que se utiliza durante el niño duerme o en la noche.

2.2.4.1 Gustos alimentarios

A los infantes les agradan los alimentos que pueden sostener en la mano, al mismo tiempo que aprende acerca de nuevas texturas. Los niños pequeños prefieren comidas simples como frutas, vegetales a diferencia de la carne o pollo condimentado. Los papás deben dar comidas favoritas de vez en cuando, pero no de forma continua, así se le da la oportunidad de probar nuevos alimentos.⁴⁹

En definitiva la dieta de los niños debe ser variada ya que permite al infante escoger entre diferentes sabores, texturas, colores que le llamen la atención, esto también es beneficioso para satisfacer el apetito.

2.2.4.2 Ingesta de comida

Es importante considerar que un niño de un año de edad solo tiene capacidad para una taza lo que obliga a servir en porciones pequeñas, se da una taza de alimento por cada año cumplido.⁴⁹

De acuerdo a lo citado anteriormente el niño debe ajustarse a un horario regular ya que así ayudará a mantener la ingesta alimentaria del niño.

2.2.4.3 Alimentos nuevos

Poco a poco se va introduciendo alimentos que pudieron causarle alergias antes del año, hasta después del primer año solamente si no hay antecedentes familiares de alergias como la leche de vaca, clara de huevo, gluten, mariscos, frutas cítricas y chocolates.³⁰

La neofobia es el rechazo a los alimentos nuevos en los niños, es necesario el contacto de 8 a 10 veces para vencerla.⁴⁸

A medida que va incluyendo diferentes alimentos en la dieta, presentan cambios en los sabores, texturas, por ello es conveniente ir incluyendo frutas, verduras, pasta y cereales cocidos en distintas formas y con diferentes condimentos.³⁰

Entre los 12 y 23 meses de edad el niño pequeño debe incluir en su alimentación complementaria energía, fuentes de proteína de buena calidad, vitamina A, hierro, zinc, calcio y folatos.⁴⁹

Según informa la OMS en el 2010, los alimentos que se le den al niño dependerán de la disponibilidad en cada contexto alimentario, que no sea picante ni salado, que el infante pueda comerlos con facilidad, que sean de su agrado y que estén disponibles y asequibles localmente.⁵⁰

2.2.4.4 Porciones recomendadas

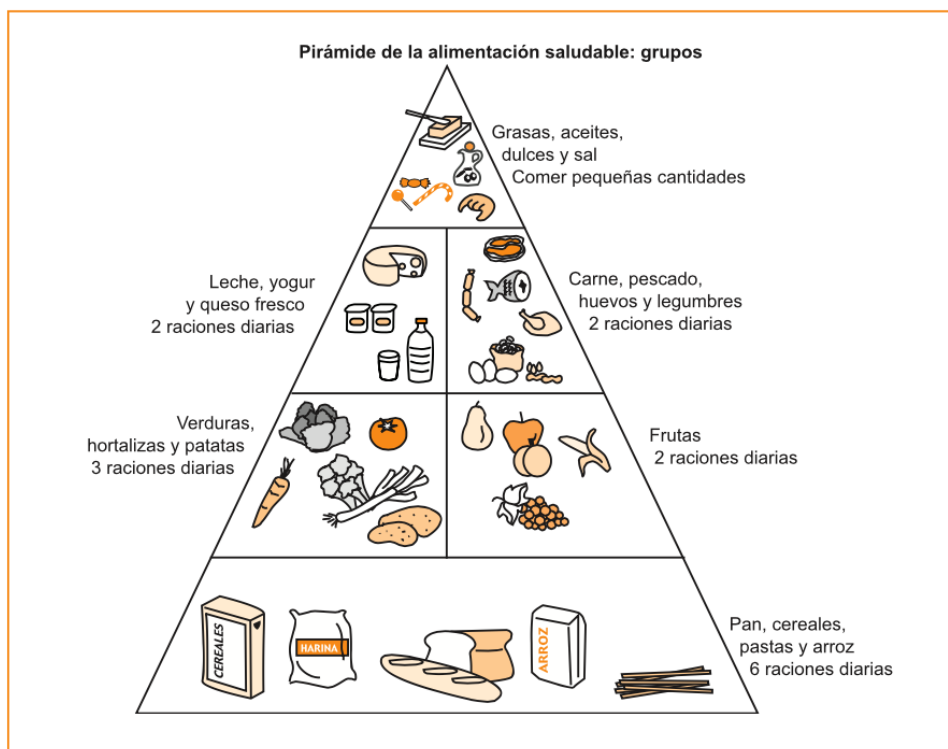
En este grupo de edad las recomendaciones son las siguientes:

Tabla 12: Porciones recomendadas para niños de 1 a 3 años.

ALIMENTO	PORCIONES	EQUIVALENCIAS
Leche y productos lácteos	4- 5 porciones al día	¼ de taza (4 onzas)
Cereales, granos, tubérculos	4 a 6 porciones en el día	Cada porción equivale a ½ taza de cereales cocidos arroz o fideos o puré de papas o 2 rodajas de pan, plato pequeño de pastas o 4 galletitas
Verduras (cocidas y crudas)	2 porciones al día	2 a 4 cucharadas representan una porción y equivalen a 1 y 1 ½ taza al día.
Frutas	2 al día	Una taza de fruta picada Una unidad (manzana, banana, pera o ½ vaso de zumo) Preferible consumir fruta entera que jugos y jugos de fruta ante jugos azucarados. Se recomienda un consumo de jugo no mayor a 118 ml
Carnes	2 porciones al día (2 onzas)	1 a 2 cucharadas de carne blanca y roja.
Lácteos	2 tazas/ día	De preferencia descremados

Fuente: Nutrición y Dietoterapia en Nutrición en el infante (Lutz, Carroll; Przytulski, Karen. 2010)⁴⁹

Figura No. 3: Pirámide de alimentación de niños de 1 a 3 años.



Fuente: Nutrición en niños de corta de edad de 1 a 3 años. 2004²⁶

2.2.5 Hábitos alimentarios

Los diferentes entornos donde el niño pequeño come ya sea en la casa en la guardería o en casa de los abuelos, tienen que ser el marco idóneo para transmitir buenos o malos hábitos alimentarios, también otra serie de hábitos como son el uso de los cubiertos, los hábitos higiénicos y el comportamiento en la mesa.

El niño cambia los hábitos en el primer año de vida, hasta en ese momento comen lo que se les dé a partir de los 2 años comienzan a comer solos, entonces aprenden a masticar, probar manipular alimentos y descubrir diferentes olores, sabores texturas.⁵¹

Poco a poco el niño cambia el número de alimentos en el primer año de edad junto a leche materna se agregan otros alimentos, se va mezclando sabores y texturas, es conveniente ir incluyendo gradualmente frutas, verduras, pastas y cereales cocidos.

Sin embargo la adquisición de los hábitos también se ve influenciado por la situación económica que afecta los patrones de consumo tanto en el niño pequeño como en la familia.⁵¹

2.2.5.1 Entorno familiar

Los hábitos alimentarios se aprenden en el seno familiar y se incorporan como costumbres, el niño imita las conductas observadas por personas adultas que respeten.⁸

La leche materna es el mejor alimento y favorece el vínculo afectivo entre mamá y bebé, la Organización Mundial de la Salud, UNICEF, La Academia de Pediatría y la Asociación Española de Pediatría recomiendan la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida a partir de ese momento y manteniendo la lactancia materna hasta los 2 años de edad o más, será necesaria añadir gradualmente nuevos alimentos con el fin de facilitar niveles de desarrollo y de salud adecuado.¹⁴

Abordando este mismo tema se ha identificado la lactancia materna y alimentación complementaria como dos de las tres intervenciones para la prevención de mortalidad infantil, mientras la tercera intervención de prevención es la suplementación con vitamina A y zinc.¹⁴

Cabe recalcar que es importante que todas las madres den de lactar a su hijo para estrechar el vínculo afectivo madre e hijo y al mismo tiempo proveer los nutrientes necesarios en el periodo de 0-2 años

Es importante que los padres tengan una actitud paciente ante el posible rechazo de la comida por parte del niño, ya que un acompañamiento respetuoso y sin confrontación garantiza que estos episodios sean transitorios.

Se recomienda a las madres que la alimentación del niño de 1- 3 años deberá ser variada, suficiente, equilibrada e individualizada.⁵¹

2.2.5.2 Entorno social-cultural

Instituciones como la Academia de psiquiatría infantil mencionan que la edad recomendada para que el niño comience a asistir a una guardería es desde los 3 años. Porque según explicaron expertos un niño que va un centro infantil padecerá diez procesos febriles al año, eso es debido a que el sistema inmunitario esta inmaduro.⁵²

Por motivos laborales, por no tener con quien dejar a los pequeños o solo por el simple hecho de facilitar a los niños una mejor adaptación a la escuela, son los motivos principales porque el padre opta por enviarlos a un centro de desarrollo infantil, pero de acuerdo a lo citado previamente el mejor lugar para el infante es su hogar donde el número de virus es mucho menor y la probabilidad de contagio también lo es.

La guardería permite al niño enfrentarse a nuevos hábitos alimentarios que en casos más comunes no son saludables. En este sentido, las acciones de promoción y prevención para salud están a cargo de los educadores.⁵³

Los niños pasan un gran porcentaje de su tiempo en los centros educativos y durante este tiempo, asimilan habilidades, comparten experiencias, refuerzan las relaciones sociales e imitan hábitos de los compañeros y del educador.⁵⁴

Según lo mencionado anteriormente el centro, le ayudara al niño a conocer nuevos patrones de alimentación que siguen otras familias y probablemente cambien los propios, por ello el plan de alimentación debe ser lo más correcto posible.

Los niños a esta edad son fácilmente manipulables por los anuncios publicitarios los cuales promocionan nuevos alimentos, que en muchas ocasiones no son saludables.⁵⁵

Por otro lado desde el punto de vista cultural, la madre alimenta al niño de acuerdo a sus valores, creencias, costumbres y preparaciones alimentarias, a manera de ejemplo es posible que la madre tenga la percepción que un niño obeso representa a un niño sano y por lo tanto su patrón de alimentación ira acorde a tal precepción, con grandes porciones de alimentos y exigiendo al hijo que deje el plato vacío.⁵⁶

La creciente actividad social y la cercanía frecuente con personas diferentes a la familia, es de mucha influencia sobre la adopción de los hábitos, debido a que estos le ofrecen golosinas, bebidas azucaradas, que a los niños le resultan más atractivos que la comida habitual y así se encaminará probablemente a una dieta unilateral, con deficiencia de algunos nutrientes.²⁶

En los CIBV (Centros infantiles del buen vivir), el componente alimentario nutricional es muy importante en el desarrollo infantil de los

niñas y niños, ya que este establece que deben cubrir el 70% las recomendaciones nutricionales al día en los cuatro tiempos de comida que realizan en la guardería, es decir desayuno, el refrigerio de la media mañana, almuerzo y el refrigerio de la media tarde. Asistencia que se basa en el estado nutricional, fisiológico y edad de los niños y niñas.¹⁷

La asistencia alimentaria en los CIBV se enfoca en el servicio de alimentación con lineamientos dados por el MIES (Ministerio Inclusión Económica y Social) al contratar el servicio de alimentación. La coordinadora del CIBV es la responsable de la recepción diaria de alimentación, ya que deberá realizar un proceso de verificación a través de las características organolépticas de los alimentos y también las preparaciones según la planificación de la alimentación saludable revisada y aprobada.¹⁷

2.2.5.3 Entorno económico y educativo

El aumento de precios y la falta de recursos económicos han causado gran impacto en algunas localidades principalmente porque la falta de disponibilidad de alimentos de las familias está en riesgo. Para las familias con bajos recursos las limitaciones para adquirir comidas diferentes y de origen animal son cada vez mayores. Incluso hay muchas madres que seleccionan alimentos basándose únicamente en el precio y en las preferencias culturales sin tomar en cuenta el valor nutritivo de los mismos, provocando que los niños sufran la baja disponibilidad de los alimentos.⁵⁷

El nivel educativo ha tenido repercusiones en el patrón alimentario el cual varía según el grado de escolaridad de los padres, por lo que mayor conocimientos mejor enseñanza y viceversa.⁵⁷

CAPITULO III

3. METODOLOGIA

3.1 FORMULACION DE LA HIPOTESIS

Los hábitos alimenticios influyen en el estado nutricional de los niños de 1 a 3 años que asisten a los centros infantiles "Acuarela" y "Sembrando ternura"

Al mismo tiempo se asume que los niños del centro de desarrollo infantil particular poseen mejores hábitos alimentarios que los del centro de desarrollo infantil del buen vivir, por lo tanto los que tienen estado nutricional adecuado son en su gran mayoría los del centro particular.

3.2 IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LAS VARIABLES

Tabla 13: Identificación y clasificación de las variables

Variable	Tipo de variable	Operalización de variable	Indicadores	Puntos de corte
Hábitos alimentarios	Independiente	Ingesta habitual de alimentos	Se toma como variables las preguntas de las encuestas de hábitos.	Buenos, regulares o malos
Estado nutricional	Dependiente	Utilización adecuada de	Antropométricos:	Tablas de desviación

		nutrientes por el organismo	Líneas de curvas del crecimiento -Curvas t/e p/e pc/e -IMC/edad	estándar del 2011 para niños y niñas.
--	--	-----------------------------	--	---------------------------------------

Elaborado por: Gabriela Guerrero

3.3 Tipo de investigación

Este estudio será de campo.

“Las técnicas específicas de la investigación de campo tienen como finalidad recoger y registrar ordenadamente los datos relativos al tema escogido como objeto de estudio.” (Baena, 2014)

Será de campo porque se efectuará una recolección de datos en el lugar donde ocurre el problema y esta investigación se hará de 3 formas: con observación estructurada, con encuesta y con instrumentos de medición antropométrica.

3.4 Diseño de investigación

“Diseño no experimental transversal es aquel que consiste en recolectar datos de un solo momento y en un tiempo único con el propósito de describir variables y analizar la interrelación entre ellas” (García R., 2011)

El diseño de estudio es no experimental trasversal, porque se tomara datos en una sola ocasión acerca de los hábitos alimentarios de los niños, así como también la medición antropométrica. Con esta medición se podrá conocer el estado nutricional de los niños para relacionarlos con los hábitos alimentarios.

También será analítica descriptiva; analítica porque se realizara un análisis comparativo de los hábitos alimentarios de ambas guarderías y se describirá la asociación de los hábitos con el estado nutricional y descriptivo porque se va a describir la asociación de las distintas variables de los hábitos alimentarios entre los indicadores antropométricos.

3.5 Alcance de la investigación

De acuerdo a lo determinado en la investigación si existe relación entre los hábitos alimentarios y el estado nutricional, servirá como aporte para que los medios locales puedan enfocarse en mejorar los hábitos alimentarios, realizando educación a madres y profesoras de los niños de 1 a 3 años y que continúen realizando estudios más específicos y profundos al respecto.

3.6 Población y muestra

La población de este estudio está conformada por los niños y niñas de 1 a 3 años que reciben el servicio de atención integral en el Centro Infantil del Buen Vivir (CIBV) Sembrando Ternura y en la Guardería particular Acuarela ubicadas en el Cantón La Troncal, provincia del Cañar.

El tamaño muestral para realizar el trabajo de campo es igual a la totalidad de la población y esto es igual a 14 niños atendidos en el CIBV y 14 niños atendidos en el centro particular y se aplicará una encuesta de hábitos alimentarios a los padres y se efectuará la medición antropométrica respectiva.

3.7 Criterios de inclusión

- Niños y niñas de 1 a 3 años de edad
- Formalmente registrados en ambos centros infantiles.

3.8 Criterios de exclusión

- Niños y niñas que no estén dentro del rango de edad

- Asistencia a dichos centros infantiles de forma eventual o provisional.
- Niños que el día de las mediciones antropométricas no asistieron.

3.9 Técnicas e instrumentos de recogida de datos

A cada uno de los niños de 1 a 3 años seleccionados se realizará la medición de peso y talla. Los indicadores antropométricos a utilizar serán: peso para la edad (P/E), talla para la edad (T/E), IMC para la edad (IMC/E) y perímetro cefálico para la edad (PC/E).

Se utilizará la encuesta para la obtención de información sobre los hábitos de alimentación de los niños sujeto de estudio. También se utilizará la ficha de medición antropométrica para anotar el peso, talla y perímetro de cada niño

Según Abascal (2010) la encuesta puede definirse como una técnica primaria de obtención de información sobre la base de un conjunto objetivo, coherente y articulado de preguntas, que garantiza que la información proporcionada por una muestra pueda ser analizada mediante métodos cuantitativos y los resultados sean extrapolables con determinados errores y confianzas a una población.

Se utiliza los instrumentos de medición antropométrica: balanza tradicional de marca Camry y cinta métrica.

Para analizar los resultados se utilizó: Microsoft Excel 2010 para los resultados de hábitos alimentarios de ambas guarderías y SPSS para asociar las distintas variables de los hábitos alimentarios con los indicadores antropométricos.

CAPITULO IV

4. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Análisis e interpretación de resultados

Encuesta aplicada a niños del Centro Infantil Fiscal “Sembrando Ternura”

Pregunta 1: Cuantas comidas ingiere al día?

Tabla 14: Comidas por día

Opciones	1	2	3	4 a 5
Frecuencia	0%	0%	0%	100%

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios

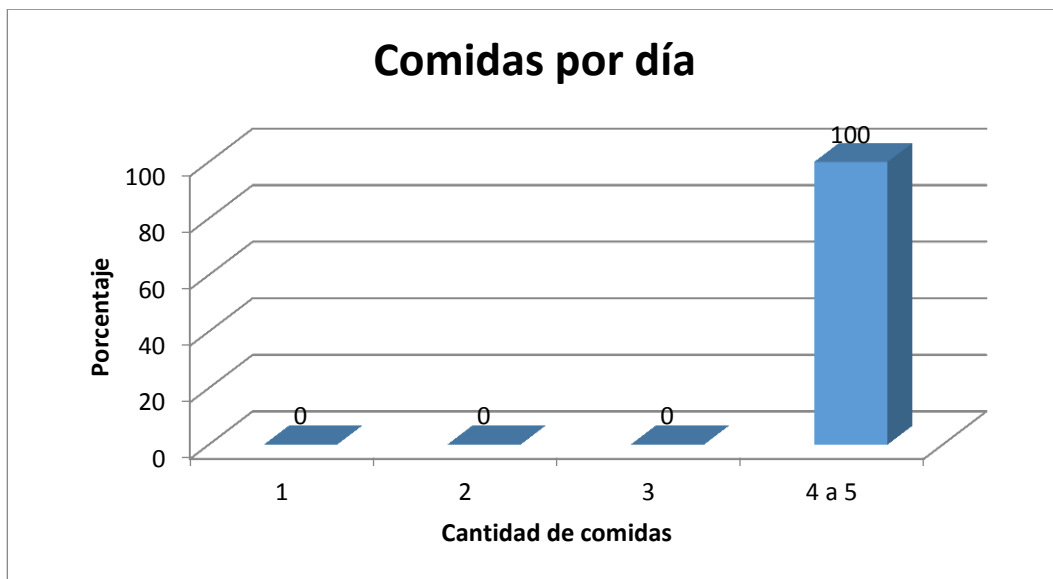


Gráfico No. 1.- Comidas por día

Fuente: Encuesta de hábitos alimenticios

Autora: Gabriela Guerrero

Se observa que en este aspecto cumplen adecuadamente las recomendaciones nutricionales en la totalidad de niños, lo cual evidencia también el trabajo del Centro infantil.

Resultado: Buen hábito alimentario

Pregunta 2: Tiene el niño/a horario de comidas?

Tabla 15: Tiene horario de comidas?

Opciones	Si	No
Frecuencia	100%	0%

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios



Gráfico No. 2.- Tiene horario de comidas?

Fuente: Encuesta de hábitos alimenticios

En cuanto al horario de las comidas también se verifica un buen trabajo del Centro y en la casa dando un resultado del 100% de niños.

Resultado: Buen hábito alimentario

Pregunta 3: El niño se sienta a comer?

Tabla 16: El niño se sienta a comer?

Opciones	Si	No
Frecuencia	100%	0%

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios



Gráfico No. 3.- El niño se sienta a comer?

Fuente: Encuesta de hábitos alimenticios

La totalidad de los niños se sientan a comer, lo cual es uno de los buenos hábitos alimenticios porque es una manifestación de urbanidad, se aprovecha mejor los alimentos, se evita regar la comida y es un hábito para llevar una alimentación planificada y saludable.

Resultado: Buen hábito alimentario.

Pregunta 4: Ha notado que su hijo ha disminuido el apetito?

Tabla 17: Ha disminuido el apetito?

Opciones	Sí	No
Porcentaje	27 %	73 %

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios

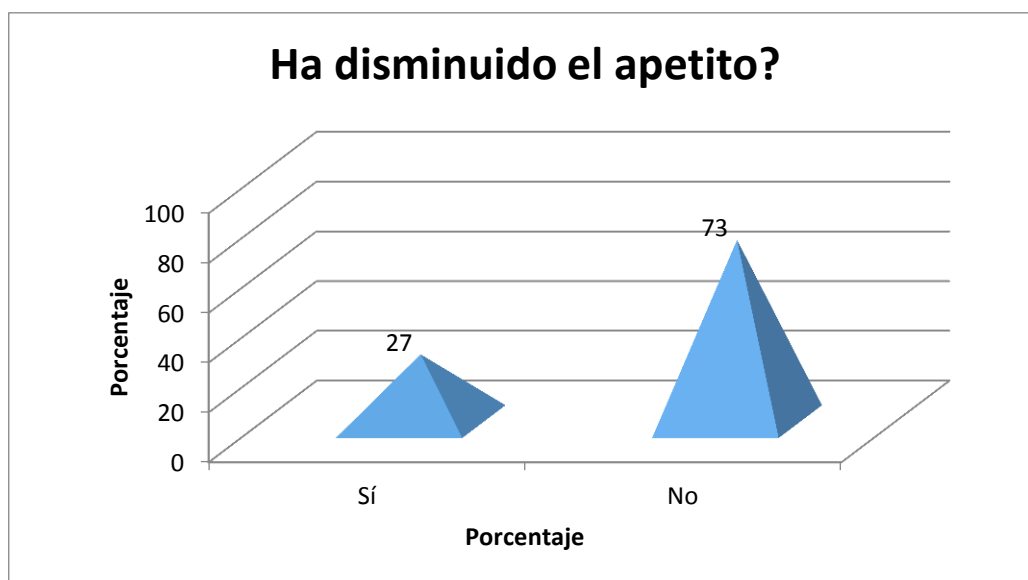


Gráfico No. 4.- Ha disminuido el apetito?

Fuente: Encuesta de hábitos alimenticios

Es importante verificar una pérdida del apetito en el niño porque esto puede denotar algún problema de salud o esté pasando por alguna circunstancia que le esté causando depresión o ansiedad y esto puede influir en mantener un peso adecuado.

Un 27% de niños han disminuido el apetito, y esto significa un cuarto de la totalidad de encuestados.

Sin embargo hay que considerar que los niños pasan por una anorexia fisiológica que se caracteriza por una disminución del apetito normal.

Resultado: Regular hábito alimentario

Pregunta 5: Su niño recibió o recibe leche materna?

Tabla 18: Consumo de leche materna

Opciones	Sí	No
Frecuencia	100%	0%

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios

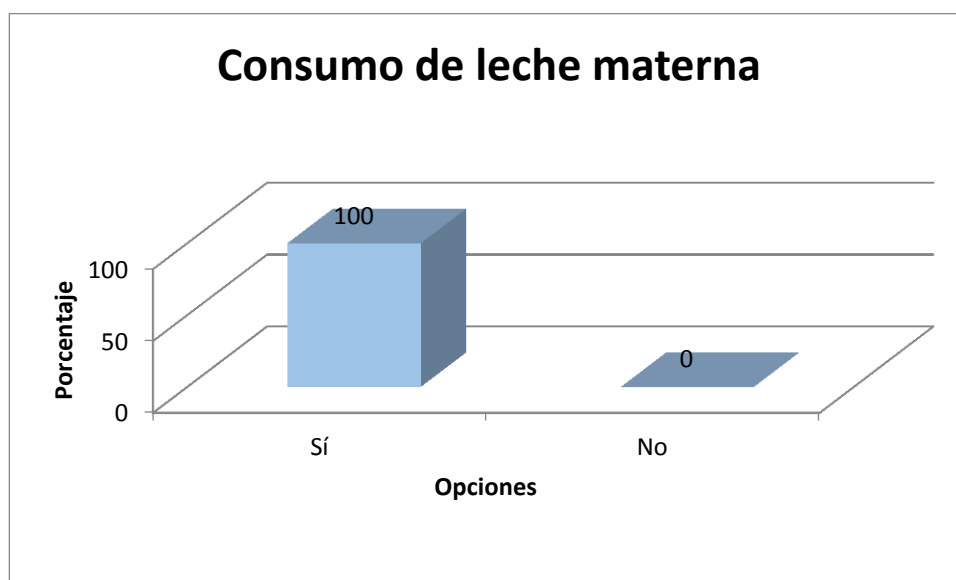


Gráfico No. 5.- Consumo de leche materna

Fuente: Encuesta de hábitos alimenticios

En cuanto al consumo de leche materna, el 100% de niños la ha tomado y esto es muy favorable porque es sinónimo de una alimentación de alta calidad porque contribuye a su desarrollo de forma ideal y lo protege de enfermedades.

Resultado: Buen hábito alimentario

Pregunta 6: Hasta qué edad en meses recibió leche materna?

Tabla 19: Hasta qué edad consumió leche materna?

Opciones	5	8	9	12	14	15	18	21	24
Frecuencia	7	7	7	25	7	7	7	7	26
	%	%	%	%	%	%	%	%	%

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios

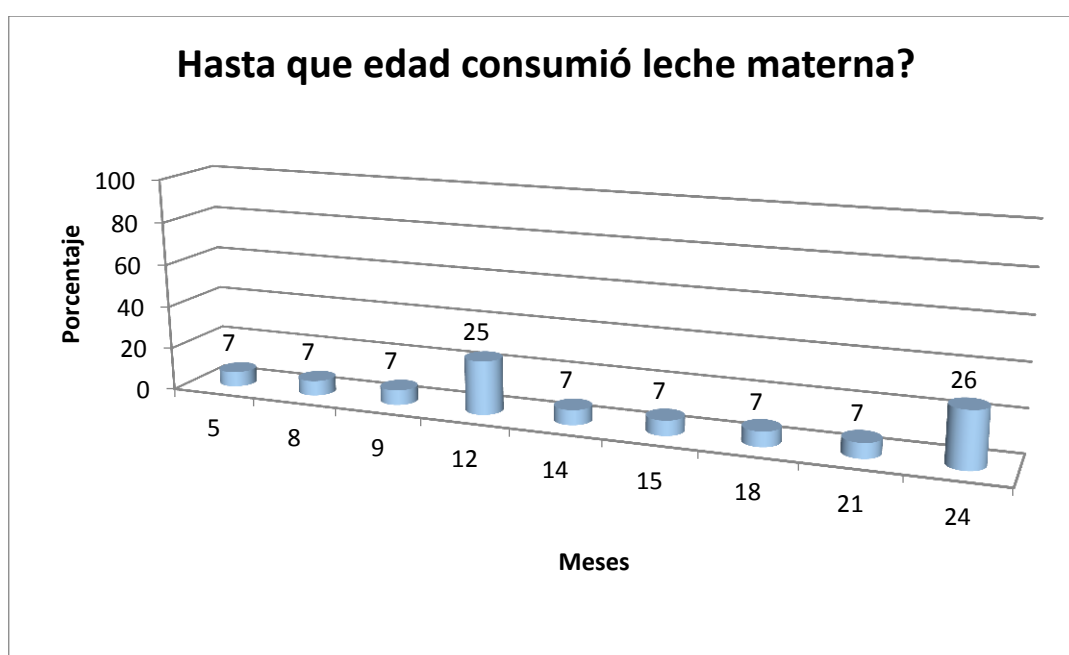


Gráfico No. 6.- Hasta qué edad consumió leche materna?

Fuente: Encuesta de hábitos alimenticios

Alrededor del 25% de niños han consumido leche materna hasta los 2 años, la otra cuarta parte la recibió hasta 1 año y el restante 50% menos de un año, con lo cual se indica que estos niños pueden haber tenido deficiencias nutricionales. Según la recomendación la leche materna debe continuar hasta los 2 años de edad.

Resultado: Regular hábito alimentario

Pregunta 7: Antes de ir a la guardería qué se asemeja más a su desayuno?

Tabla 20: Tipo de desayuno

Opciones	Vaso de leche o zumo	Vaso de leche o zumo con cereales, tostadas o pan/galletas	Otros	Nada
Frecuencia	33%	13%	41%	13%

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios

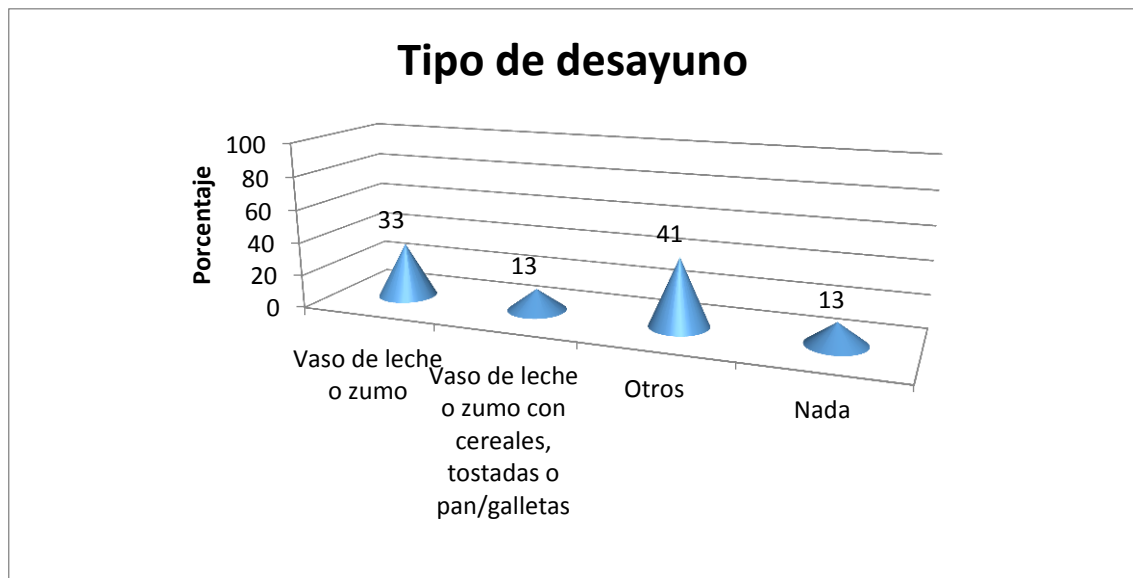


Gráfico No. 7.- Tipo de desayuno

Fuente: Encuesta de hábitos alimenticios

Se observa que un importante 33% de los niños toman un desayuno incompleto ingiriendo un vaso de leche o de jugo, apenas un 13% toma un desayuno más equilibrado, el 41% sí recibe un desayuno consistente pero no adecuado mientras que un 13% no desayuna.

Resultado: Regular hábito alimentario

Pregunta 8: El niño todavía toma biberón?

Tabla 21: Toma biberón

Opciones	Sí	No
Frecuencia	13%	87%

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios

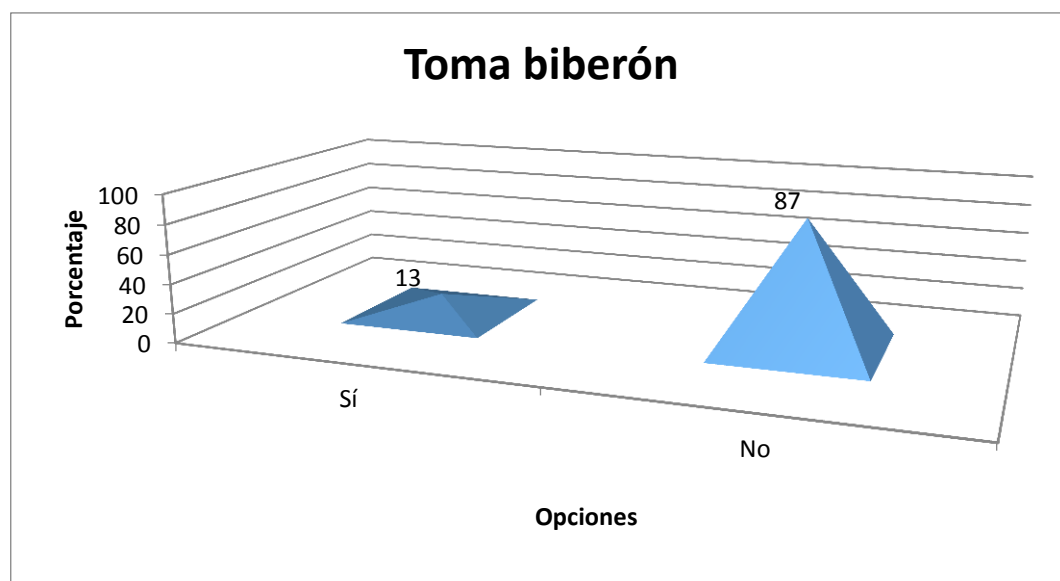


Gráfico No. 8.- Toma biberón

Fuente: Encuesta de hábitos alimenticios

Prácticamente el 90% de los niños ya no toma biberón y esto es bueno porque lo regular es que el niño deje el biberón en un momento de entre el 1 y 2 años ya que alcanzar esta evolución le ofrece varios beneficios como la salud bucodental, desarrollo de la motricidad y psicológico.

Resultado: Buen hábito alimentario

Pregunta 9: El niño utiliza la cuchara y el cubierto o uno de los dos?

Tabla 22: Utiliza cubiertos

Opciones	Sí	No
Frecuencia	100%	0%

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios

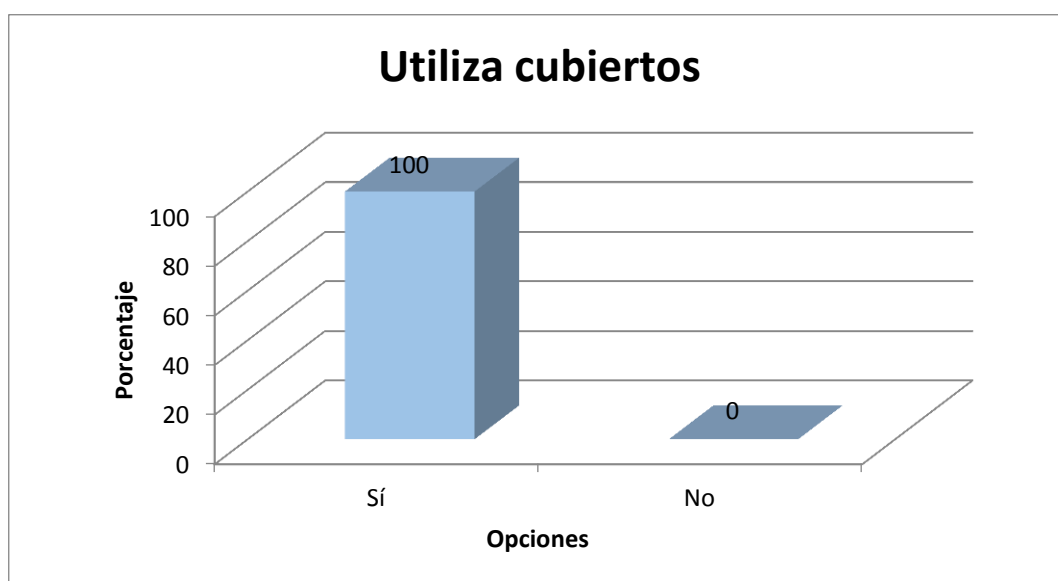


Gráfico No. 9.- Utiliza los cubiertos

Fuente: Encuesta de hábitos alimenticios

Otro aspecto importante en los hábitos alimentarios en el niño es aprender a comer con los cubiertos tanto porque es una forma de buena educación cuanto porque evita contraer enfermedades (ETA) y desperdiciar los alimentos. En esta investigación se determina que el 100% de niños utiliza uno de estos utensilios.

Resultado: Buen hábito alimentario

Pregunta 10: El niño come en la mesa junto a la familia?

Tabla 23: Come en la mesa

Opciones	Sí	No
Frecuencia	100%	0%

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios



Gráfico No. 10.- Come en la mesa

Fuente: Encuesta de hábitos alimenticios

En cuanto a comer en la mesa junto al resto de la familia se tiene que todos los niños lo hacen, y esto es una buena costumbre porque con la guía de los padres el niño aprende los hábitos de una buena alimentación.

Resultado: Buen habito alimentario

Pregunta 11: En su casa se encuentra disponibles alimentos saludables?

Tabla 24: Tiene alimentos saludables en casa

Opciones	Siempre	A veces	Nunca
Frecuencia	67%	26%	7%

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios

Autora: Gabriela Guerrero

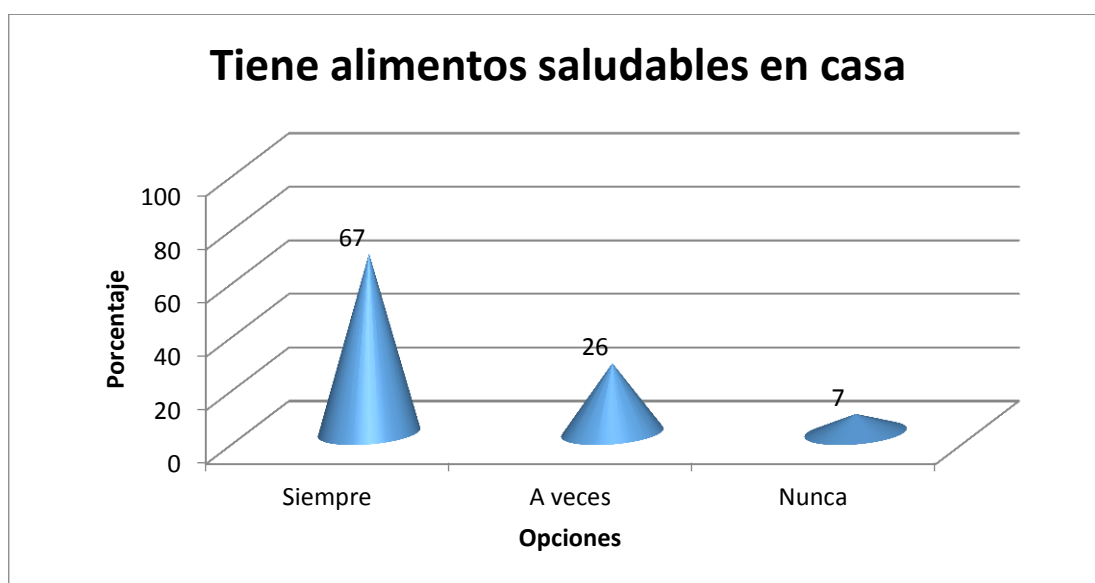


Gráfico No. 11.- Tiene alimentos saludables en casa

Fuente: Encuesta de hábitos alimenticios

Autora: Gabriela Guerrero

Según los encuestados, en el 67% de hogares se encuentra regularmente alimentos saludables tales como legumbres y verduras, pero en el 26% no se tiene comúnmente estos alimentos y en el 7% nunca se los consume.

Resultado: Regular hábito alimentario.

Pregunta 12: En su casa se encuentran disponibles refrescos azucarados?

Tabla 25: Tiene refrescos azucarados en casa

Opciones	Siempre	A veces	Nunca
Frecuencia	20%	67%	13%

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios

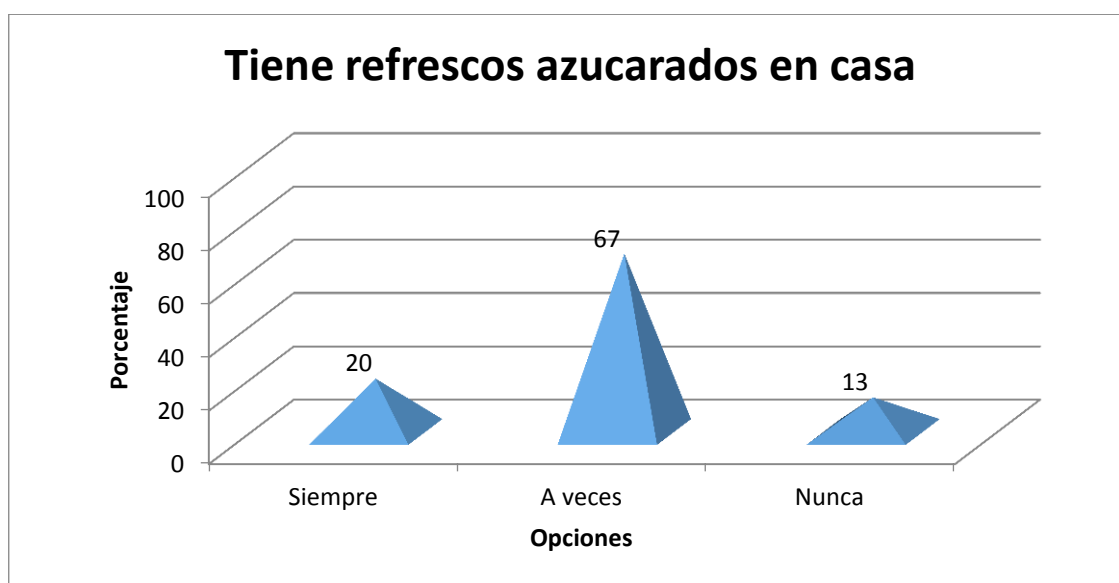


Gráfico No. 12.- Tiene refrescos azucarados en casa

Fuente: Encuesta de hábitos alimenticios

En cuanto a los refrescos azucarados, en el 20% de hogares hay siempre estos refrescos, en casi el 70% se los encuentra a veces y en un 13% nunca.

Básicamente una quinta parte de hogares consume con frecuencia estos refrescos lo cual es preocupante, los padres deben recibir información sobre los límites aceptables de ingesta de los mismos para que vayan educando a sus hijos desde pequeños en los perjuicios de un consumo excesivo.

Resultado: Regular hábito alimentario.

Pregunta 13: Cuántas frutas como al día?

Tabla 26: Frutas que consume por día

Opciones	1 a 2	3 a 4	Nada
Frecuencia	53%	47%	0%

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios

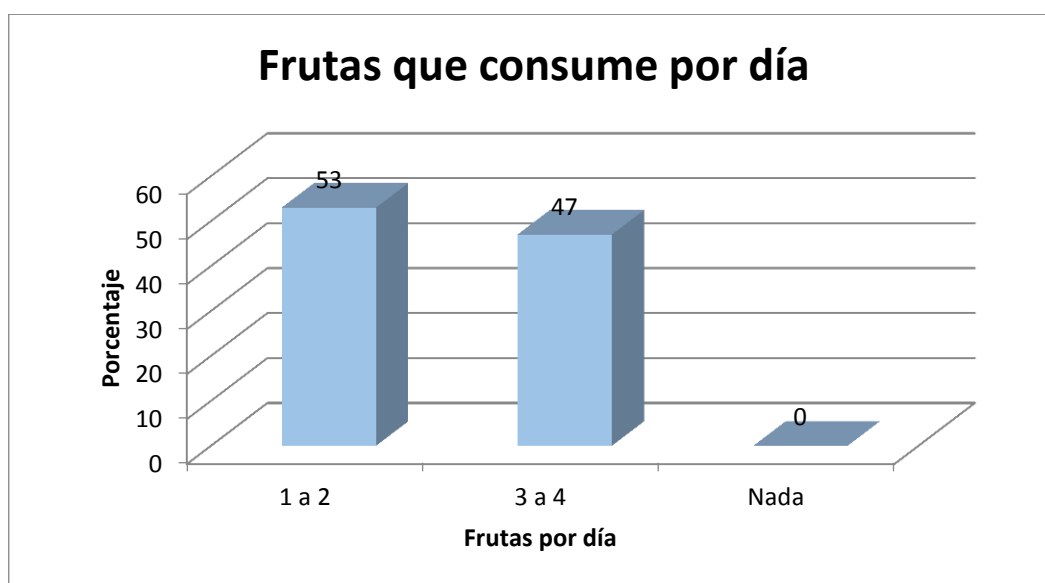


Gráfico No. 13.- Frutas que consume por día

Fuente: Encuesta de hábitos alimenticios

En este gráfico se observa que en la totalidad de hogares y en el Centro infantil se ingiere frutas todos los días, lo cual es muy positivo. Alrededor de la mitad de niños consumen de 1 a 2 frutas diarias y la otra mitad entre 3 y 4 frutas.

Resultado: Buen hábito alimentario.

Pregunta 14: Con qué frecuencia consume leche de vaca?

Tabla 27: Con qué frecuencia consume leche de vaca?

Opciones	Nunca	Todos los días	Una o dos veces por semana
Frecuencia	0%	60%	40%

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios

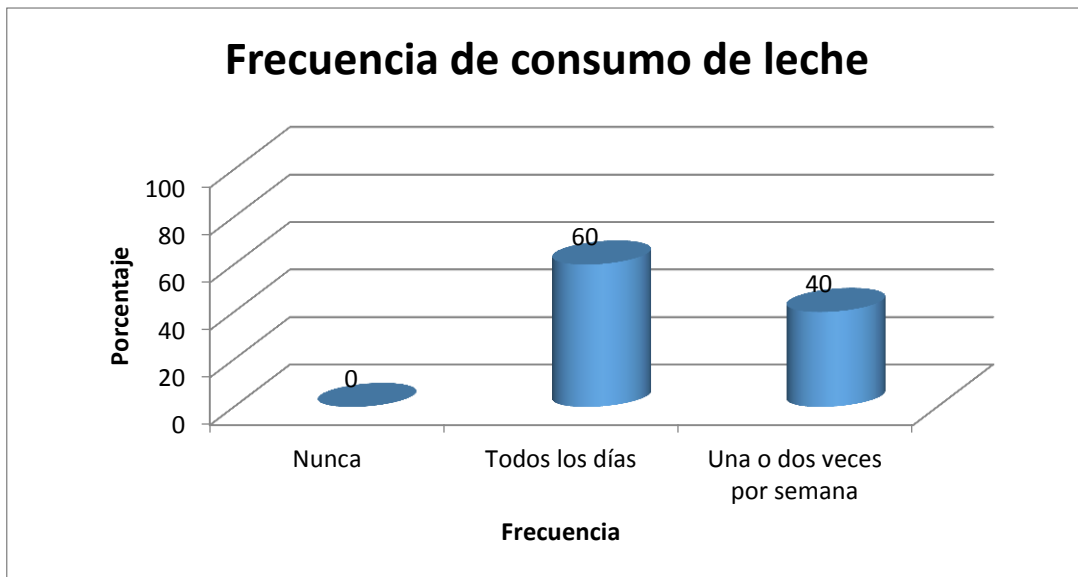


Gráfico No. 14.- Frecuencia de consumo de leche

Fuente: Encuesta de hábitos alimenticios

El consumo de leche de vaca también es necesario y el 60% lo consume todos los días lo cual es lo recomendado pero un importante 40% lo consume solamente una o dos veces por semana.

Resultado: Regular hábito alimentario.

Pregunta 15: Frecuencia del consumo de alimentos fuera de casa como hamburguesa y pizza

Tabla 28: Frecuencia del consumo fuera de casa

Opciones	Nunca	Todos los días	Una o dos veces por semana
Frecuencia	53%	7%	40%

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios

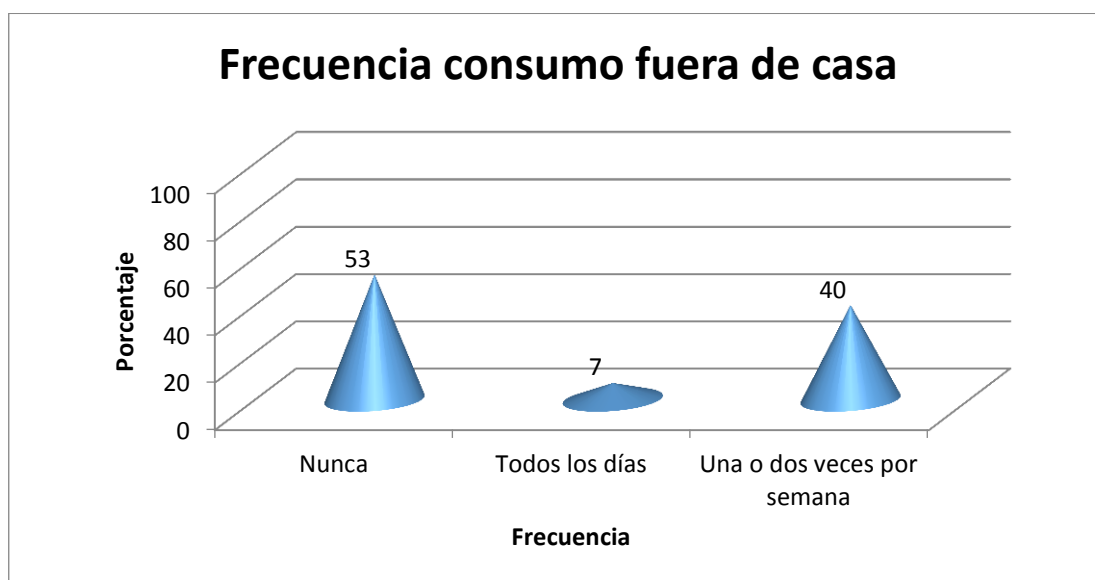


Gráfico No. 15.- Frecuencia del consumo fuera de casa

Fuente: Encuesta de hábitos alimenticios

En lo referente a comer fuera de casa comida poco nutritiva como hamburguesas y pizzas, tenemos que solamente el 7% lo hace todos los días, y el 40% una o dos veces a la semana.

Se precisa un proceso educativo en este tema sobre las desventajas de consumir esta comida con mucha frecuencia.

Resultado: Regular hábito alimentario.

Pregunta 16: Frecuencia del consumo de verduras y ensaladas

Tabla 29: Frecuencia del consumo de verduras y ensalada

Opciones	Nunca	Todos los días	Una o dos veces por semana
Frecuencia	0%	87%	13%

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios

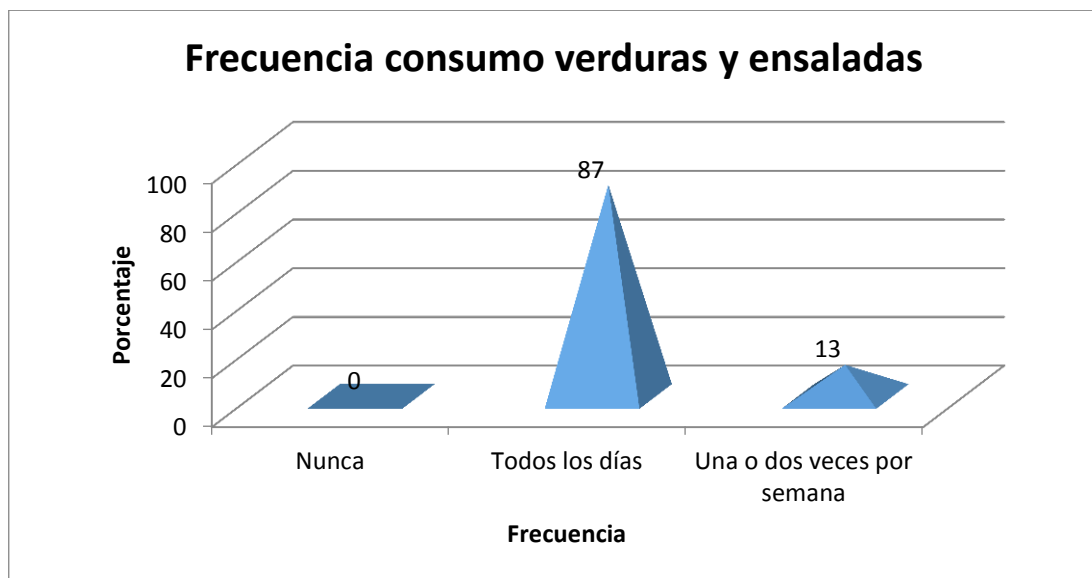


Gráfico No. 16.- Frecuencia del consumo de verduras y ensaladas

Fuente: Encuesta de hábitos alimenticios

En el consumo de verduras y ensaladas complace indicar que casi el 90% las consume todos los días pero alrededor del 10% las ingiere una o dos veces a la semana.

Resultado: Buen hábito alimentario.

Pregunta 17: Frecuencia del consumo de pollo

Tabla 30: Frecuencia del consumo de pollo

Opciones	Todos los días	2 o 3 veces por semana	1 vez por semana	Nunca
Frecuencia	40%	60%	0%	0%

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios

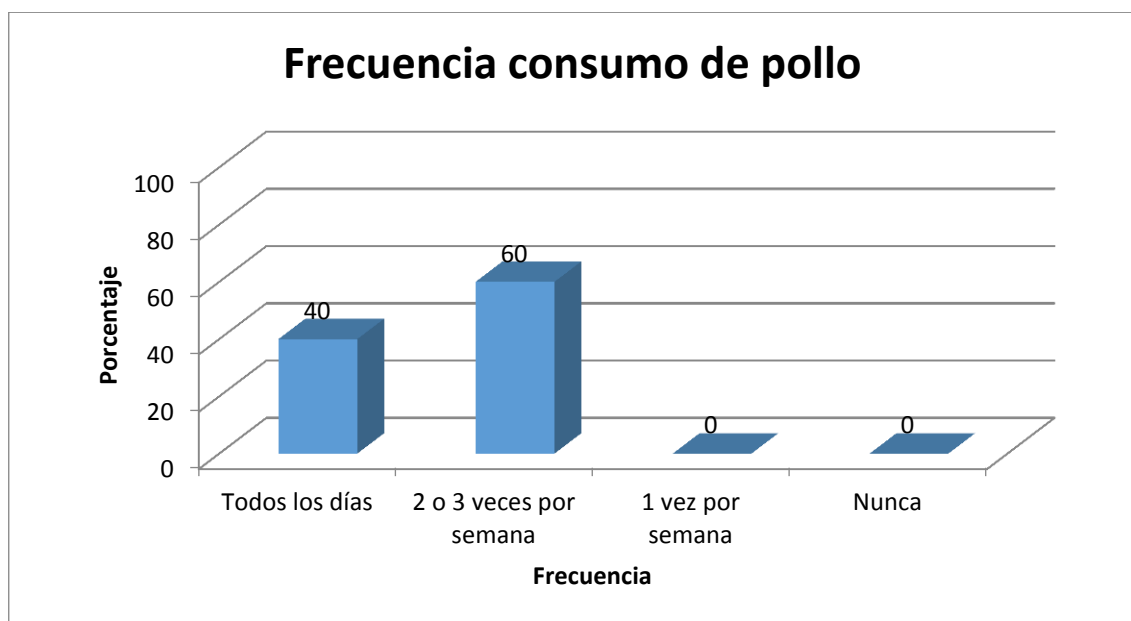


Gráfico No. 17.- Frecuencia del consumo de pollo

Fuente: Encuesta de hábitos alimenticios

La frecuencia de consumo de pollo indica que el 40% lo consume todos los días y el 60% 2 o 3 veces por semana por lo cual se observa que se está manejando adecuadamente la ingesta de este alimento en el Centro infantil y la casa en la mayoría de los casos.

Resultado: Buen hábito alimentario

Pregunta 18: Frecuencia de consumo de carne roja

Tabla 31: Frecuencia de consumo de carne roja

Opciones	Todos los días	2 o 3 veces por semana	1 vez por semana	Nunca
Frecuencia	7%	73%	20%	0%

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios

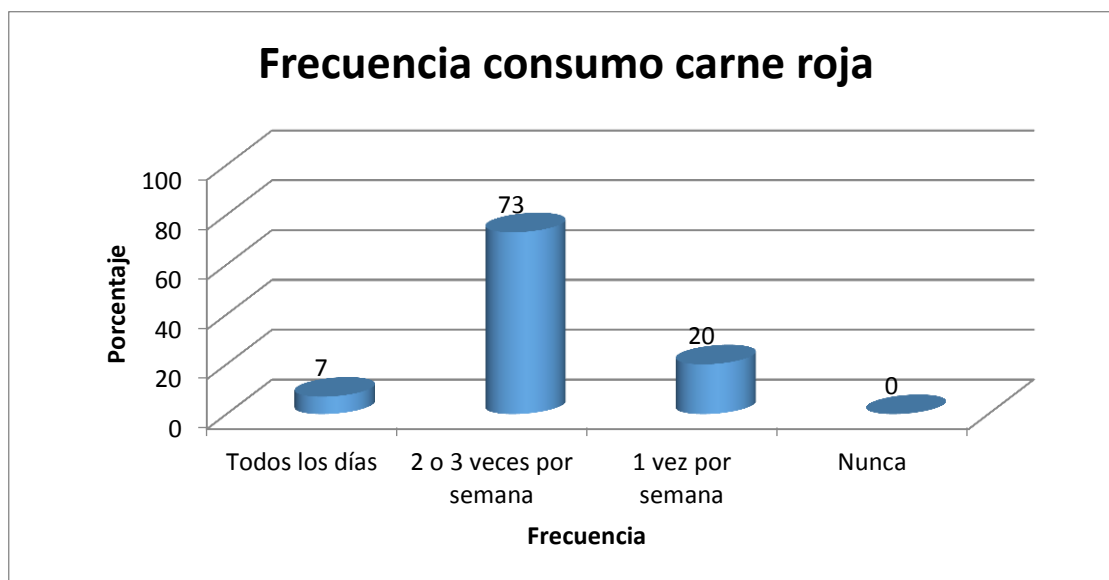


Gráfico No. 18.- Frecuencia de consumo de carne roja

Fuente: Encuesta de hábitos alimenticios

En el consumo de carne roja es importante por su aporte de hierro y zinc, se evidencia que la gran mayoría (73%) la consume 2 o 3 veces por semana que es la frecuencia suficiente, mientras que el 7% lo hace todos los días lo que indica que se está consumiendo por encima del promedio recomendado.

Resultado: Regular hábito alimentario.

Pregunta 19: Frecuencia de consumo de pescado

Tabla 32: Frecuencia de consumo de pescado

Opciones	Todos los días	2 o 3 veces por semana	1 vez por semana	Nunca
Frecuencia	7%	33%	60%	0%

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios

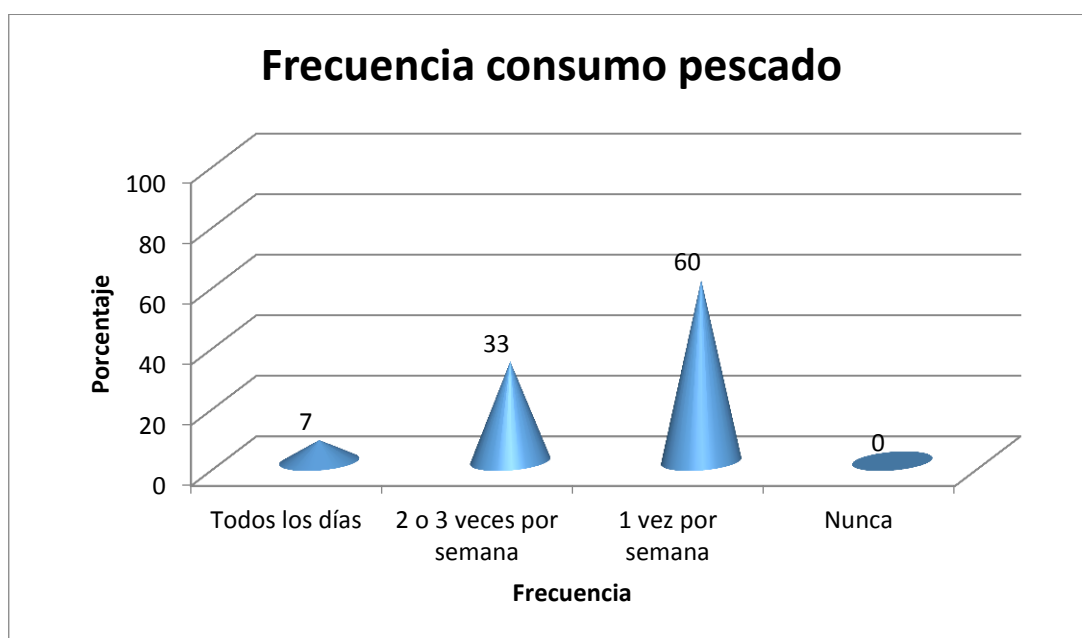


Gráfico No. 19.- Frecuencia de consumo de pescado

Fuente: Encuesta de hábitos alimenticios

En consumo de pescado la mayoría (60%) lo ingiere una vez por semana, lo cual está por debajo del promedio aceptado para niños de esta edad, y alrededor del 30% lo consume de 2 a 3 veces estando en la cantidad adecuada, y el 7% come todos los días pescado.

Resultado: Mal hábito alimentario.

Pregunta 20: Frecuencia del consumo de arroz, cereal y pan

Tabla 33: Frecuencia de consumo de arroz, cereal y pan

Opciones	Todos los días	2 o 3 veces por semana	1 vez por semana	Nunca
Frecuencia	80%	13%	7%	0%

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios

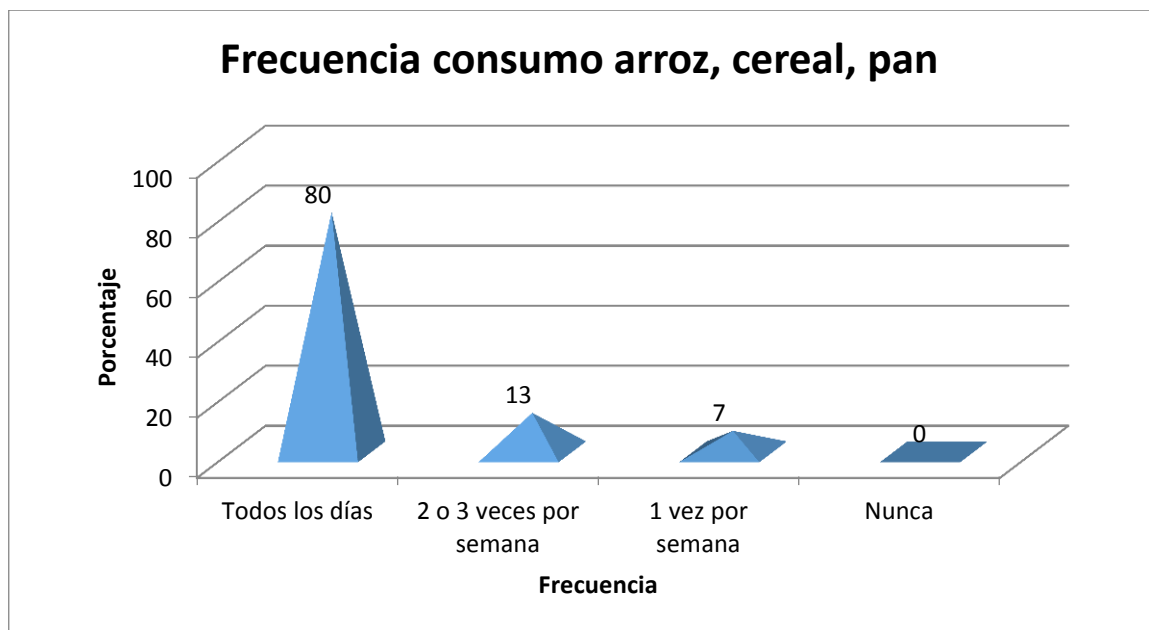


Gráfico No. 20.- Frecuencia de consumo de arroz, cereal y pan

Fuente: Encuesta de hábitos alimenticios

El 80% de los niños consumen arroz, cereal y pan todos los días, cantidad que es correcta porque los carbohidratos proveen energía; alrededor del 15% los ingiere pocas veces a la semana y el restante sólo una vez

Resultado: Regular hábito alimentario

Pregunta 21: Frecuencia del consumo de legumbres

Tabla 34: Frecuencia de consumo de legumbres

Opciones	Todos los días	2 o 3 veces por semana	1 vez por semana	Nunca
Frecuencia	87%	135	0%	0%

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios

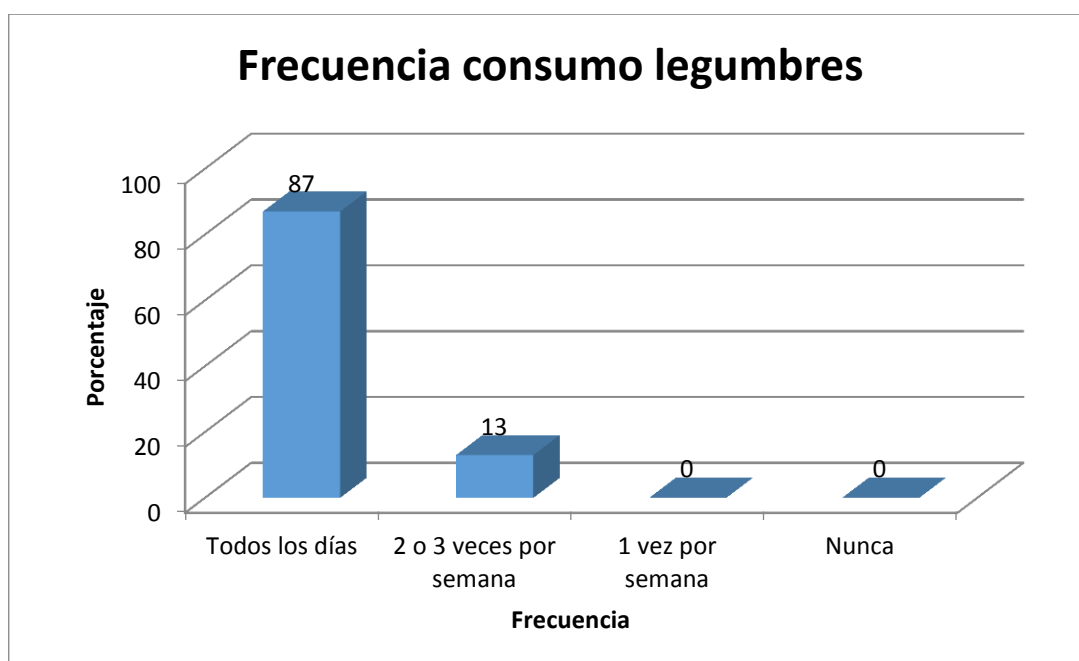


Gráfico No. 21.- Frecuencia de consumo legumbres

Fuente: Encuesta de hábitos alimenticios

El 87% de niños consumen legumbres todos los días. Las legumbres aportan con proteína, fibra y varias vitaminas y minerales como el hierro por lo que se recomienda combinarlas con las carnes y por ello su consumo recomendado es de algunas veces por semana tal como lo hace el 13% de los niños encuestados.

Resultado: Buen hábito alimentario.

Pregunta 22: Frecuencia de consumo de dulces y golosinas

Tabla 35: Frecuencia de consumo de dulces y golosinas

Opciones	Todos los días	2 o 3 veces por semana	1 vez por semana	Nunca
Frecuencia	27%	40%	20%	13%

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios

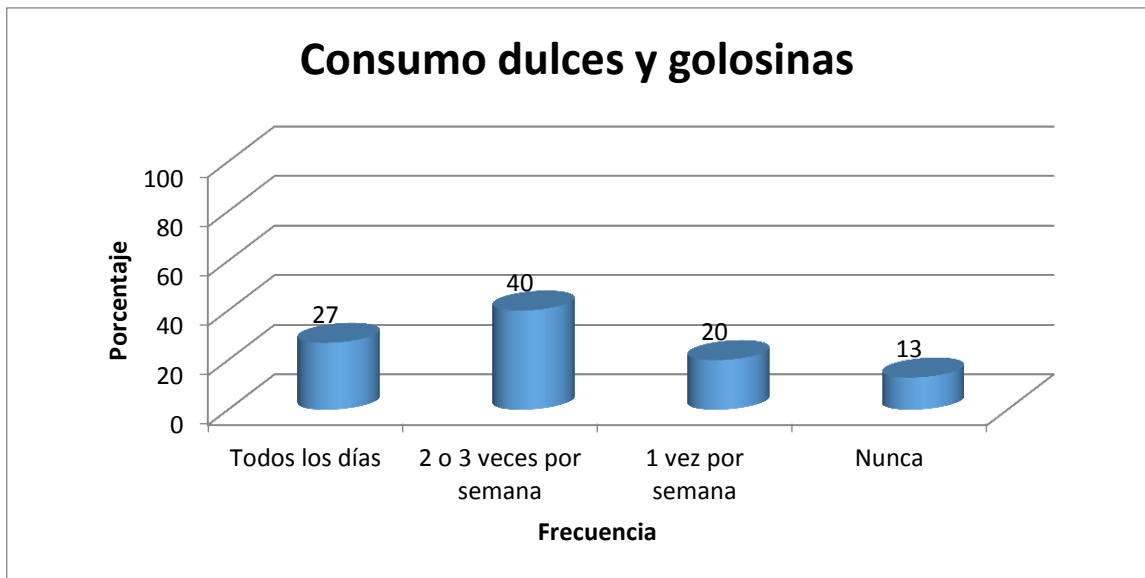


Gráfico No. 22.- Frecuencia de consumo dulces y golosinas

Fuente: Encuesta de hábitos alimenticios

En dulces y golosinas el 40% las consumen 2 o 3 veces por semana y el 20% una vez, sin embargo se tiene un 27% que lo hace todos los días y eso es casi un tercio de los niños; por eso cabe un cambio de hábitos en esa parte de la población de este estudio.

Resultado: Mal hábito alimentario.

Pregunta 23: Frecuencia de consumo de papitas, k´chitos u otros

Tabla 36: Frecuencia consumo snacks

Opciones	Todos los días	2 o 3 veces por semana	1 vez por semana	Nunca
Frecuencia	13%	7%	47%	33%

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios

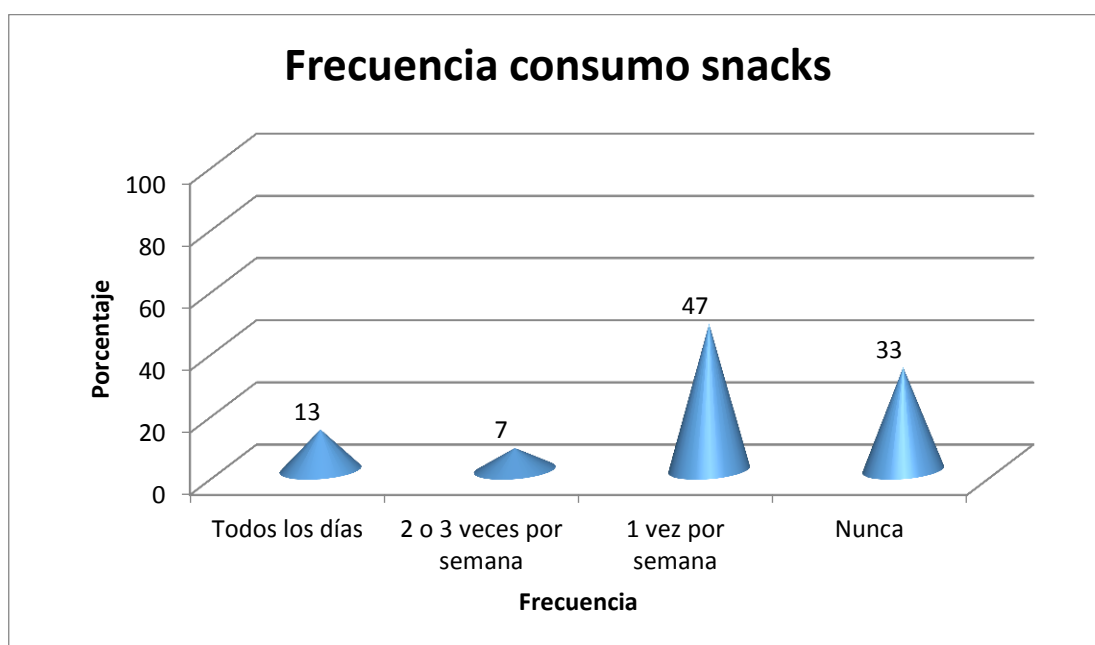


Gráfico No. 23.- Frecuencia de consumo snacks

Fuente: Encuesta de hábitos alimenticios

Sobre la ingesta de snacks es decir las fundas de papitas, kchitos y demás cabe indicar que casi la mitad los consume sólo una vez por semana y 7% pocas veces pero un 13% las consume todos los días. También aquí se debe trabajar en educar a los niños y a los padres sobre los productos de bajo valor nutritivo como los snacks.

Resultado: Regular hábito alimentario

Pregunta 24: Tipo de cocción para la elaboración de alimentos

Tabla 37: Tipo de cocción en casa

Opciones	Frito, seco, parrilla	Al vapor, a la plancha, al horno
Frecuencia	80%	20%

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios

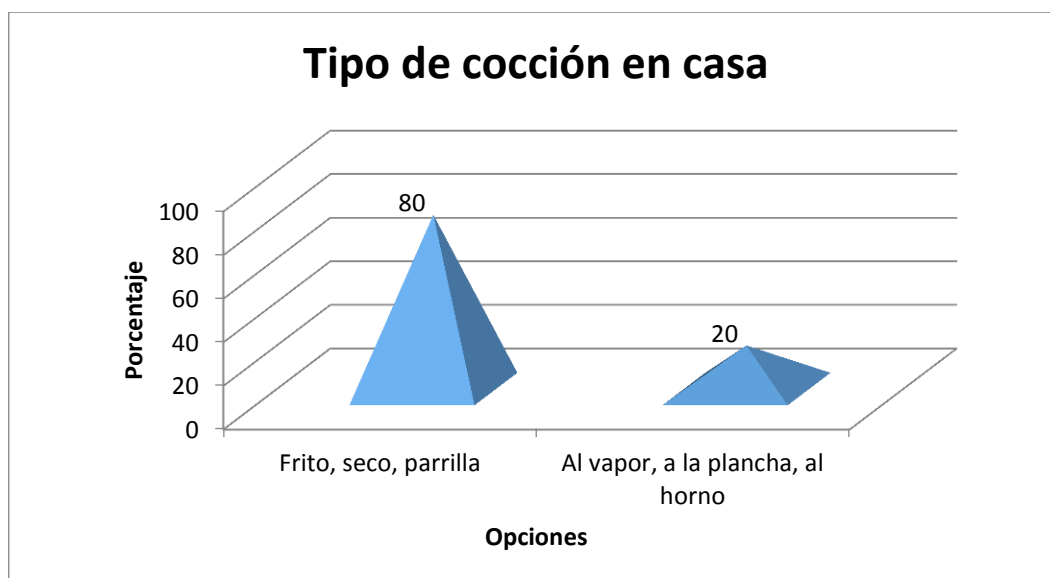


Gráfico No. 24.- Tipo de cocción en casa

Fuente: Encuesta de hábitos alimenticios

En cuanto al tipo de cocción que prefieren en los hogares se impone con un 80% la cocción con frituras, a la parrilla y en seco, mientras que un 20% acostumbra a cocinar al vapor, a la plancha o al horno. Cabe decir que las comidas deben tener variedad de preparaciones pero a la vez cuidar el exceso de grasa y de condimentación.

Resultado: Regular hábito alimentario.

Pregunta 25: Realiza actividad física?

Tabla 38: Realiza actividad física?

Opciones	Sí	No
Frecuencia	100%	0%

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios

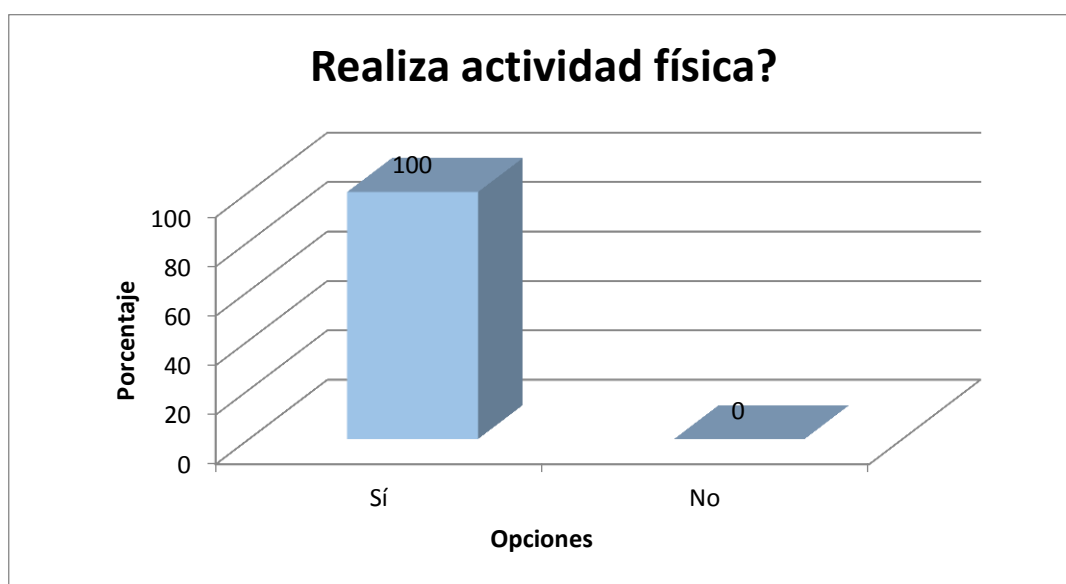


Gráfico No. 25.- Realiza actividad física?

Fuente: Encuesta de hábitos alimenticios

En el aspecto de la actividad física se observa la respuesta favorable de que todos los niños practican alguna actividad, esto es satisfactorio ya que el ejercicio es un pilar de la buena salud tanto por el control del peso cuanto por los beneficios de salud mental.

Resultado: Buen hábito

Pregunta 26: El niño come mientras mira televisión?

Tabla 39: Come mientras mira tv?

Opciones	Sí	No
Frecuencia	33%	67%

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios

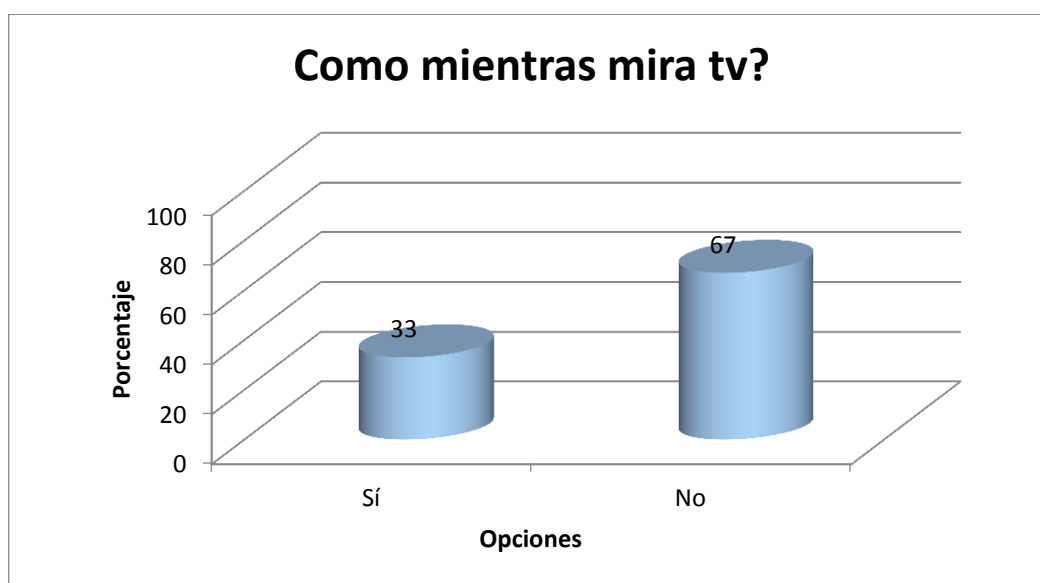


Gráfico No. 26.- Come mientras mira tv?

Fuente: Encuesta de hábitos alimenticios

El 33% de encuestados comen mientras ven televisión lo cual es desfavorable para el niño debido a que por una parte es un mal hábito en el hogar y por otra contribuye al sobrepeso y a la ingesta de alimentos de poco valor nutricional.

El restante 67% afortunadamente no tiene este hábito.

Resultado: Regular hábito alimentario.

Pregunta 27: Considera que tiene una situación económica estable?

Tabla 40: Situación económica familiar estable

Opciones	Sí	No
Frecuencia	80%	20%

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios

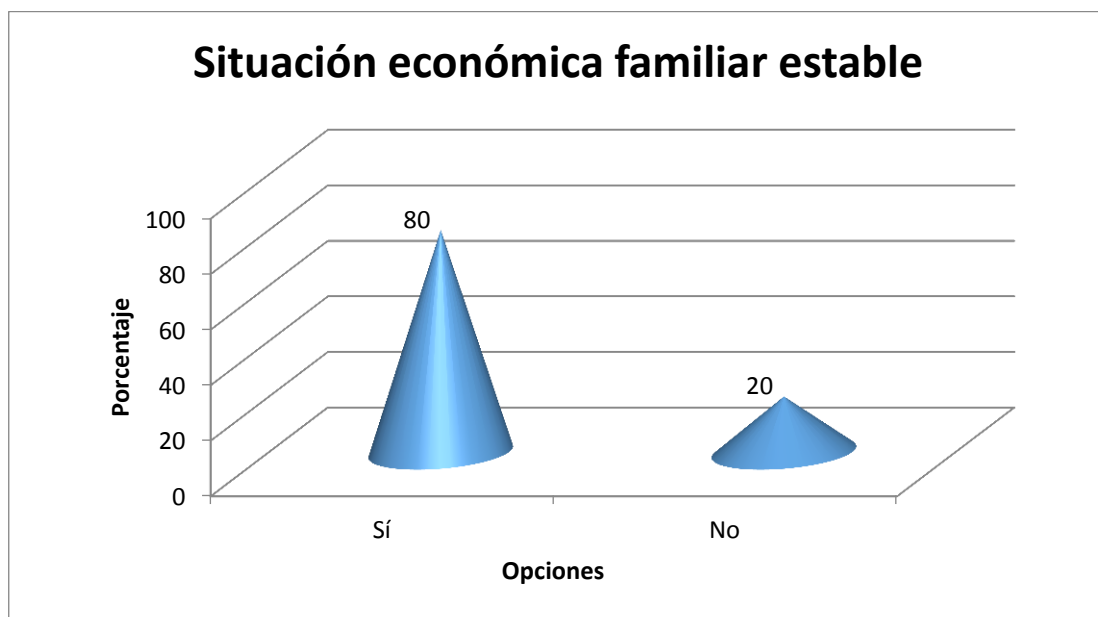


Gráfico No. 27.- Situación económica familiar estable

Fuente: Encuesta de hábitos alimenticios

El 80% de hogares tienen, según estos resultados, una situación económica estable y esto es uno de los factores que influyen en una buena alimentación; por otra parte, el 20% reconoce no tener esa estabilidad económica.

Resultado: Regular hábito alimentario.

Pregunta 28: Considera que la situación económica puede estar afectando la alimentación en el niño?

Tabla 41: Situación económica afecta a la alimentación

Opciones	Sí	No
Frecuencia	20%	80%

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios

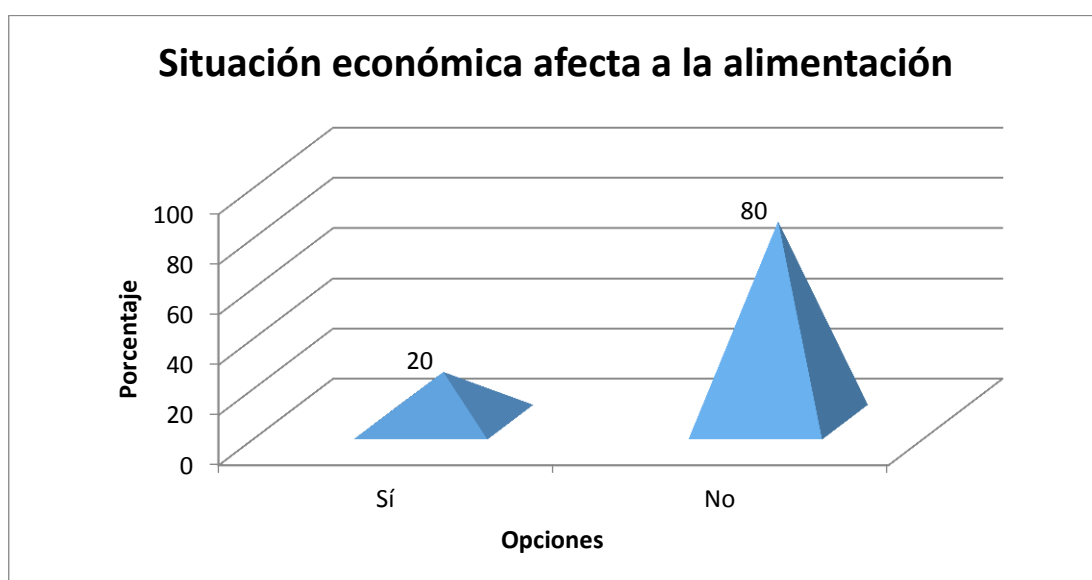


Gráfico No. 28.- Situación económica afecta a la alimentación

Fuente: Encuesta de hábitos alimenticios

En esta pregunta, el 20% de personas afirma que la situación puede estar causando problemas alimentarios en los niños mientras el 80% descarta esa posibilidad.

Resultado: Regular hábito alimentario.

Pregunta 29: Usted está informado, lee o pregunta sobre la alimentación de niños de 1 a 3 años?

Tabla 42: Conoce de nutrición de 1 a 3 años

Opciones	Sí	No
Frecuencia	80%	20%

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios

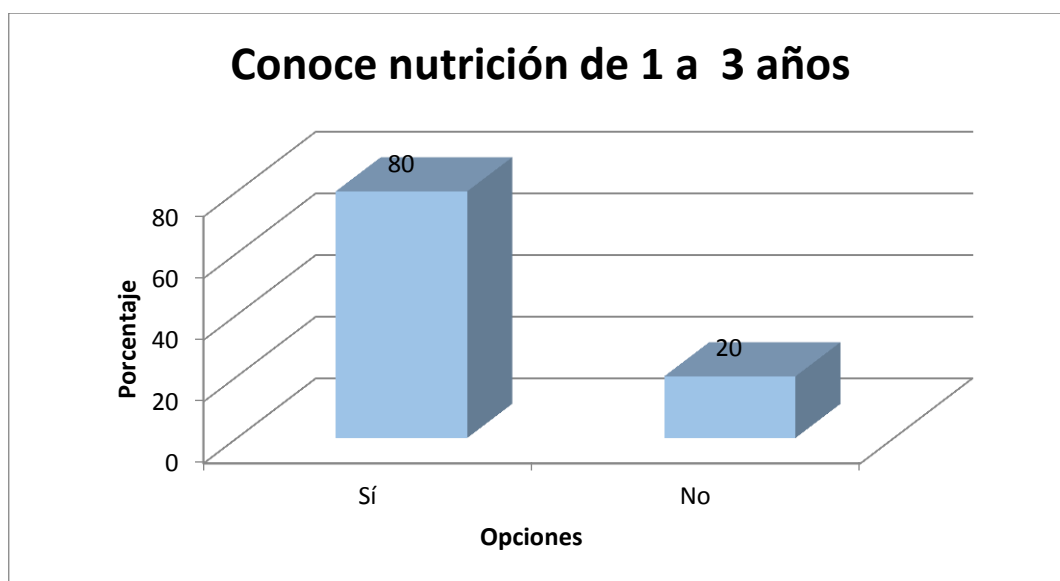


Gráfico No. 29.- Conoce de nutrición de 1 a 3 años

Fuente: Encuesta de hábitos alimenticios

El 80% de las personas encuestadas afirman estar en conocimiento sobre la alimentación de niños de 1 a 3 años, mientras el resto indica que no tiene esa información. La educación en alimentación dirigida a los padres es fundamental en el estado nutricional y de salud del niño.

Resultado: Regular hábito alimentario.

Pregunta 30: Considera usted que la falta de conocimiento sobre alimentación de niños de 1 a 3 años está influyendo en el estado nutricional de su niño?

Tabla 43: Falta de conocimiento influye en alimentación?

Opciones	Sí	No
Frecuencia	67%	33%

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios

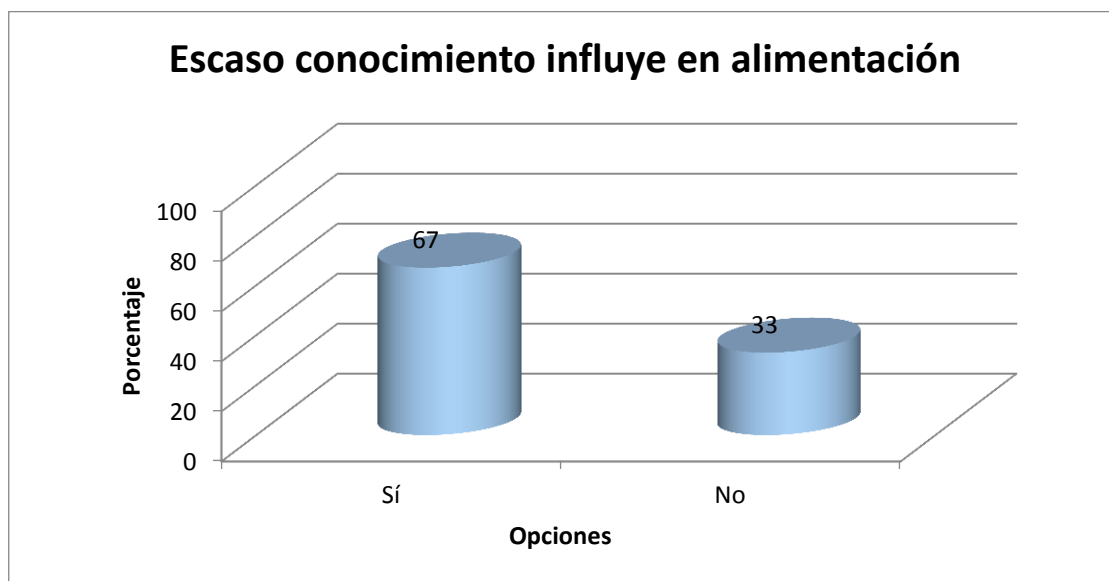


Gráfico No. 30.- Falta de conocimiento influye en alimentación

Fuente: Encuesta de hábitos alimenticios

Alrededor del 70% de las personas indican que la falta de un correcto conocimiento sobre alimentación para niños de 1 a 3 años puede estar influyendo sobre su situación nutricional.

Resultado: Mal hábito alimentario

Pregunta 31: Lleva al niño al Pediatra a realizar los controles médicos?

Tabla 44: El niño recibe controles médicos

Opciones	Sí	No
Frecuencia	93%	7%

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios

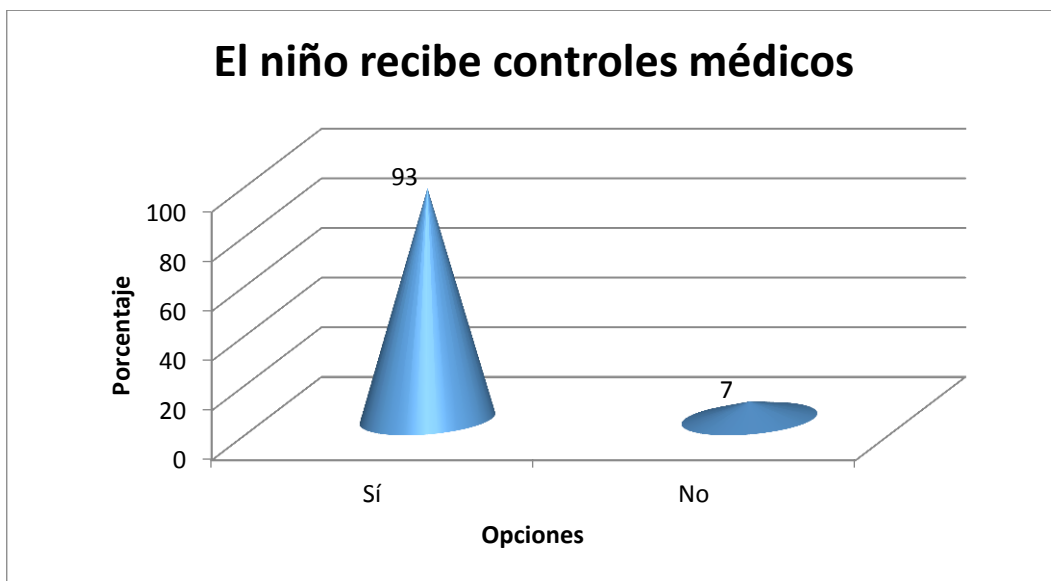


Gráfico No. 31.- El niño recibe controles médicos

Fuente: Encuesta de hábitos alimenticios

Un 93% de los encuestados afirma que su hijo recibe los controles médicos regulares lo cual es un indicador importante de la situación alimentaria del niño.

Resultado: Buen hábito

Pregunta 32: Con qué frecuencia lo lleva a los controles médicos?

Tabla 45: Frecuencia de controles médicos

Opciones	Siempre	A veces	Nunca
Frecuencia	67%	33%	0%

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios

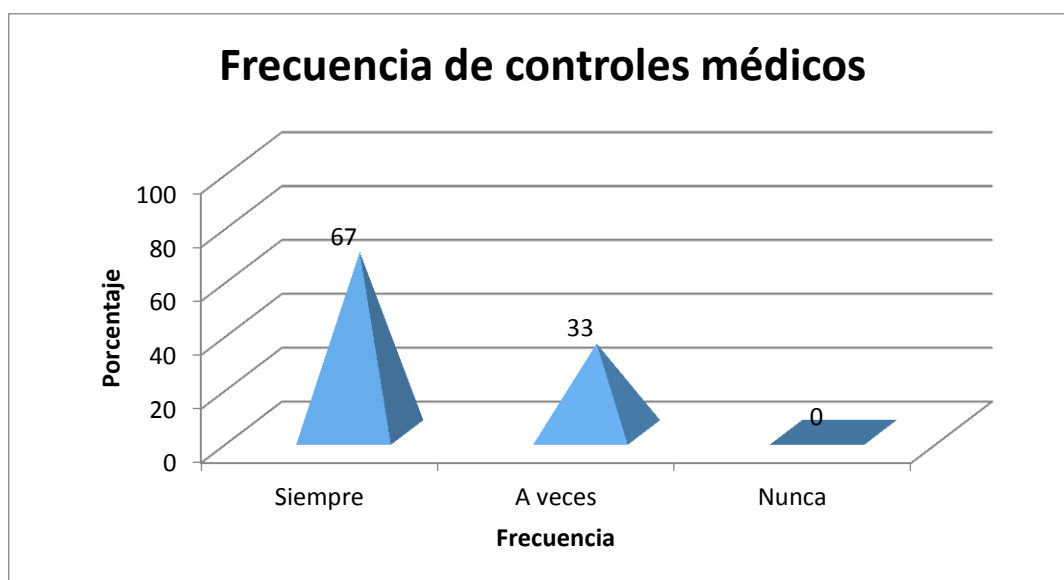


Gráfico No. 32.- Frecuencia de controles médicos

Fuente: Encuesta de hábitos alimenticios

Sólo el 67% afirma que lleva a su niño a los controles médicos de forma permanente y el resto que lo hace a veces. Aquí tenemos una razón para hallar deficiencias nutricionales en varios niños.

Resultado: Mal hábito.

Encuesta aplicada a niños del Centro Infantil Particular “Acuarela”

Pregunta 1: Cuantas comidas ingiere al día?

Tabla 46: Comidas por día

Opciones	1	2	3	4 a 5
Frecuencia	0%	14%	29%	57%

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios

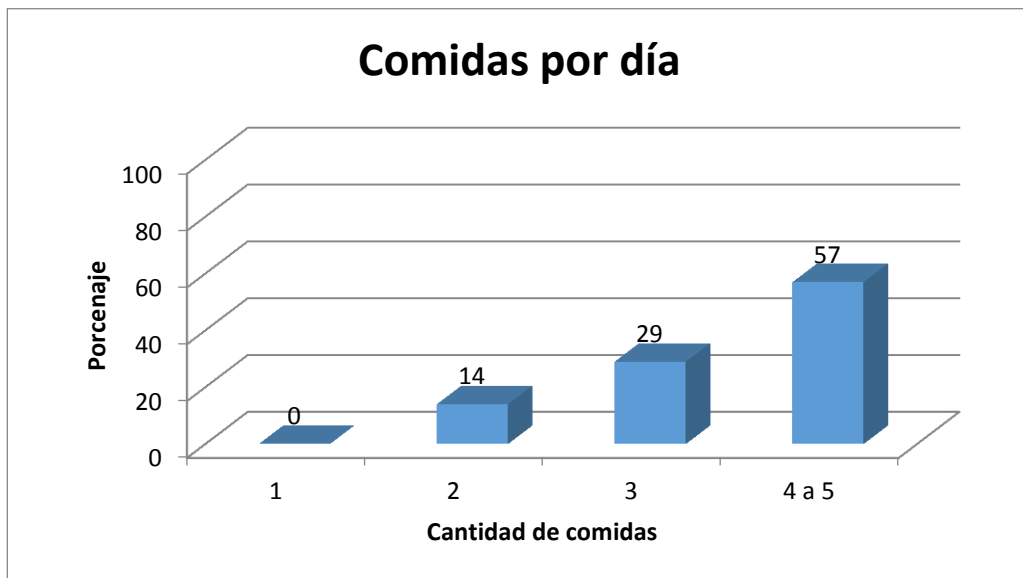


Gráfico No. 33.- Comidas por día

Fuente: Encuesta de hábitos alimenticios

En la cantidad de comidas al día el 57% cumplen satisfactoriamente las recomendaciones nutricionales, el 29% ingiere una cantidad aceptable de comidas, y el resto de niños está por debajo de los estándares aceptados.

Resultado: Regular hábito alimentario.

Pregunta 2: Tiene el niño/a horario de comidas?

Tabla 47: Tiene horario de comidas?

Opciones	Si	No
Frecuencia	79%	21%

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios

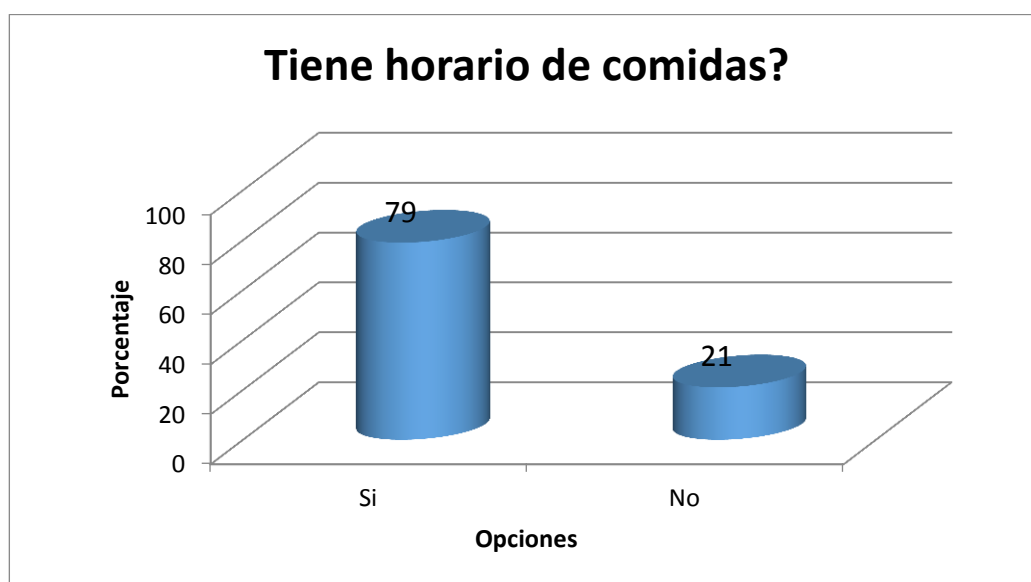


Gráfico No. 34.- Tiene horario de comidas?

Fuente: Encuesta de hábitos alimenticios

En horario de las comidas se verifica que alrededor del 80% las tiene y el 20% presenta inconvenientes de recibir las comidas debidamente planificadas.

Resultado: Regular hábito alimentario.

Pregunta 3: El niño se sienta a comer?

Tabla 48: El niño se sienta a comer?

Opciones	Si	No
Frecuencia	100%	0%

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios



Gráfico No. 35.- El niño se sienta a comer?

Fuente: Encuesta de hábitos alimenticios

La totalidad de los niños se sientan a comer en la mesa junto con los compañeros y en el hogar, lo cual es un buen hábito porque es una forma de urbanidad, se aprovecha mejor los alimentos, se evita regar la comida y es un elemento de una alimentación saludable.

Resultado: Buen hábito alimentario

Pregunta 4: Ha notado que su hijo ha disminuido el apetito?

Tabla 49: Ha disminuido el apetito?

Opciones	Sí	No
Porcentaje	50%	50%

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios

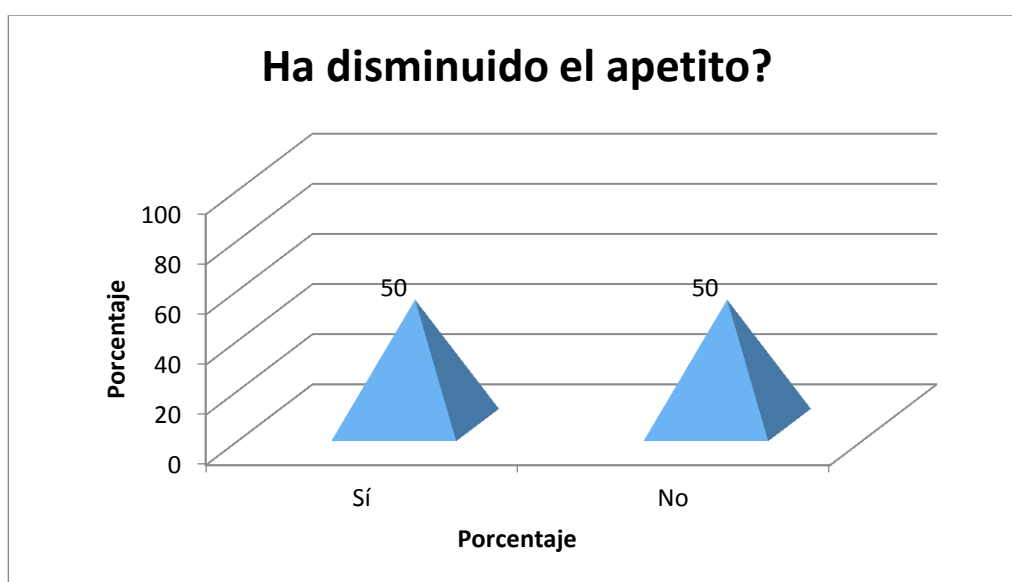


Gráfico No. 36.- Ha disminuido el apetito?

Fuente: Encuesta de hábitos alimenticios

La mitad de los encuestados reconoce que ha notado en sus niños pérdida de apetito, lo cual es una cantidad muy considerable y hay que hacer una indagación de esto ya que puede significar problemas de salud o circunstancias emocionales que estén afectando.

Hay que considerar la anoréxica fisiológica en los niños donde la pérdida de apetito es normal.

Resultado: Mal hábito alimentario.

Pregunta 5: Su niño recibió o recibe leche materna?

Tabla 50: Consumo de leche materna

Opciones	Sí	No
Frecuencia	86%	14%

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios

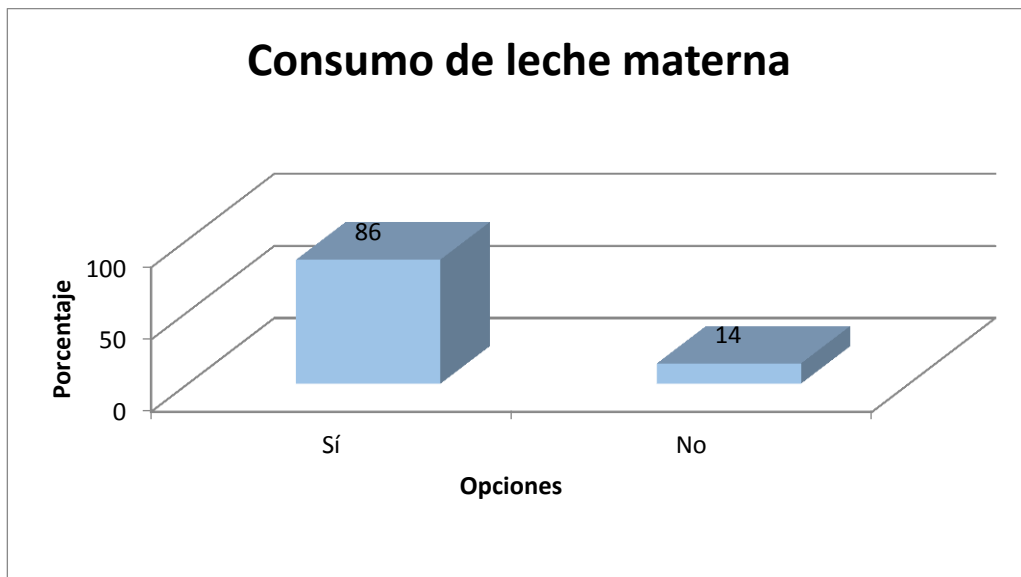


Gráfico No. 37.- Consumo de leche materna

Fuente: Encuesta de hábitos alimenticios

El 86% de consultados manifestaron que sus hijos sí ha recibido leche materna y esto es importante porque le aporta una alimentación altamente nutritiva y protectora, pero hay un 14% que según los encuestados no la ha consumido.

Resultado: Buen hábito alimentario.

Pregunta 6: Hasta qué edad en meses recibió leche materna?

Tabla 51: Hasta qué edad consumió leche materna?

Opciones	5	8	9	12	14	15	18	21	24
Frecuencia	30%	20%	20%	20%	0%	10%	0	0	0

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios

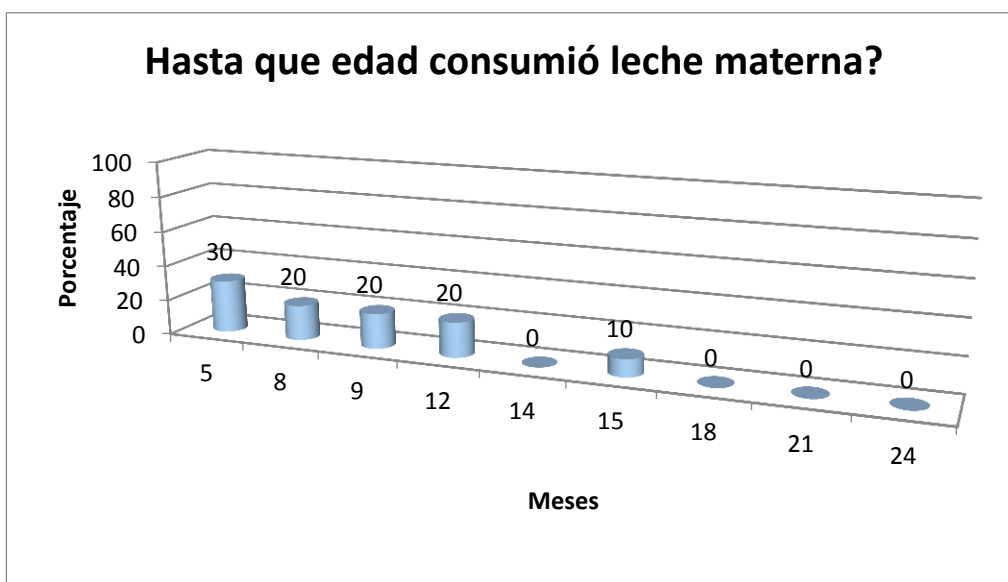


Gráfico No. 38.- Hasta qué edad consumió leche materna?

Fuente: Encuesta de hábitos alimenticios

En este aspecto se observa múltiples respuestas pero llama la atención que el 90% de los niños recibió leche materna dentro de un período máximo de un año de edad y sólo un 10% hasta 1 año con 3 meses.

Resultado: Buen hábito alimentario.

Pregunta 7: Antes de ir a la guardería qué se asemeja más a su desayuno?

Tabla 52: Tipo de desayuno

Opciones	Vaso de leche o zumo	Vaso de leche o zumo con cereales, tostadas o pan/galletas	Otros	Nada
Frecuencia	57%	43%	0%	0%

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios

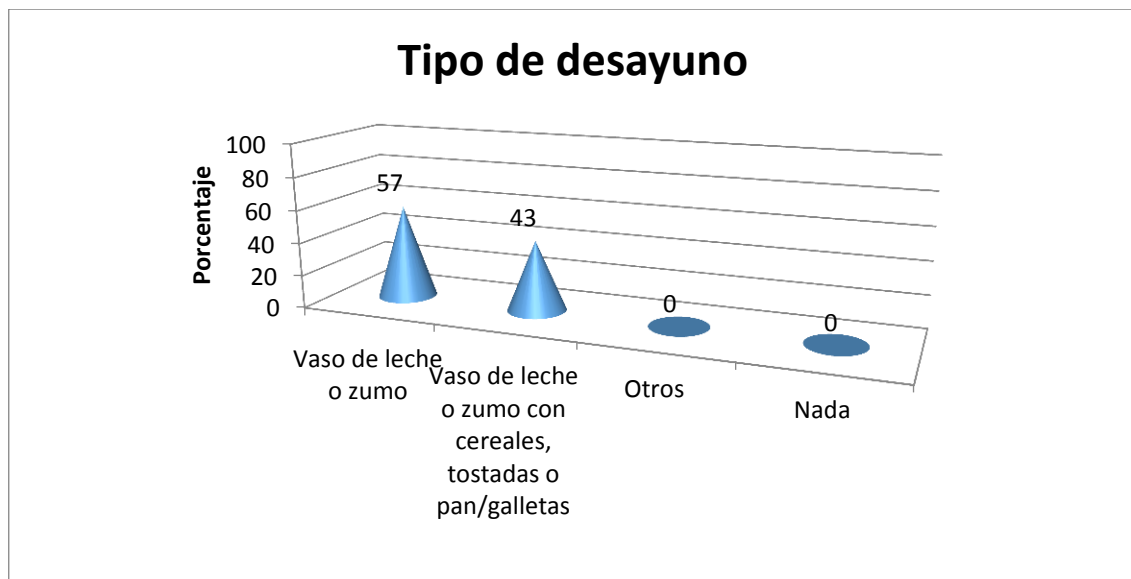


Gráfico No. 39.- Tipo de desayuno

Fuente: Encuesta de hábitos alimenticios

Se verifica que la mayoría de niños (57%) toman un desayuno no equilibrado al tomar un vaso de leche o de jugo, y el 40% restante toma un desayuno que se asemeja a una menú más balanceado y completo..

Resultado: Mal hábito alimentario

Pregunta 8: El niño todavía toma biberón?

Tabla 53: Toma biberón

Opciones	Sí	No
Frecuencia	64%	36%

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios

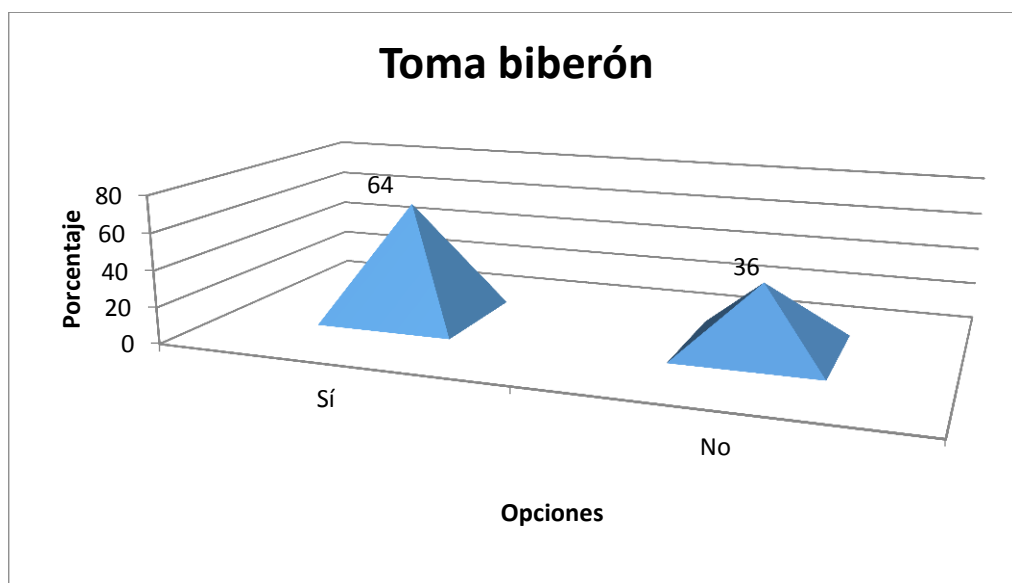


Gráfico No. 40.- Toma biberón

Fuente: Encuesta de hábitos alimenticios

Aún alrededor de un 65% de niños toma biberón y hay que verificar de que edades son ya que se recomienda que deje el biberón entre el 1 y 2 años ya que esto le da algunos beneficios como la salud bucodental, desarrollo de la motricidad y psicológico.

Resultado: Mal hábito alimentario.

Pregunta 9: El niño utiliza la cuchara y el cubierto o uno de los dos?

Tabla 54: Utiliza cubiertos

Opciones	Sí	No
Frecuencia	100%	0%

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios

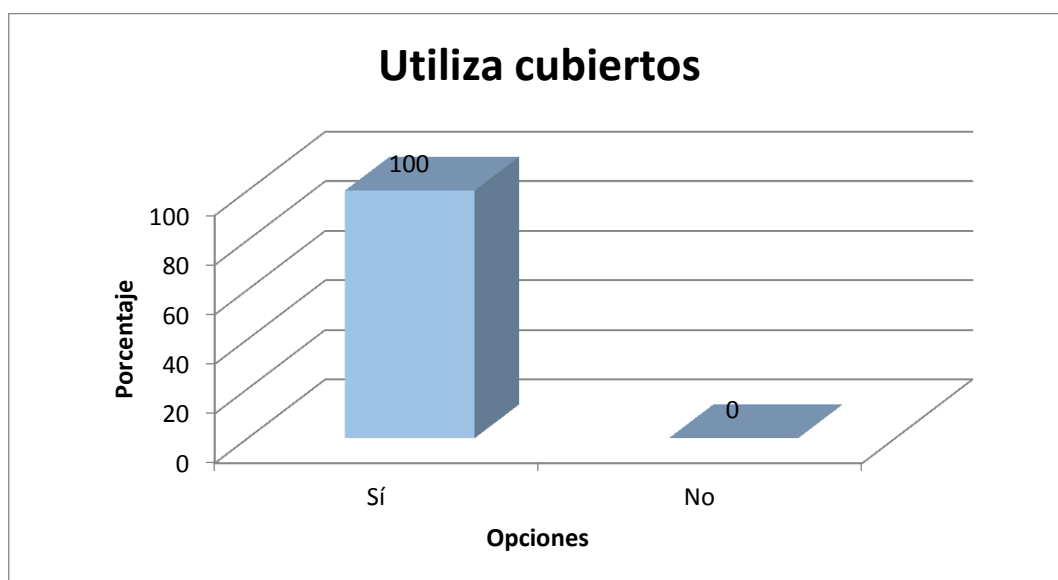


Gráfico No. 41.- Utiliza los cubiertos

Fuente: Encuesta de hábitos alimenticios

Otro aspecto importante en los hábitos alimentarios en el niño es aprender a comer con los cubiertos tanto porque es una forma de buena educación cuanto porque evita contraer enfermedades y desperdiciar los alimentos. En esta investigación se determina que el 100% de niños utiliza unos de estos dos utensilios.

Resultado: Buen hábito alimentario

Pregunta 10: El niño come en la mesa junto a la familia?

Tabla 55: Come en la mesa

Opciones	Sí	No
Frecuencia	100%	0%

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios



Gráfico No. 42.- Come en la mesa

Fuente: Encuesta de hábitos alimenticios

En cuanto a comer en la mesa junto al resto de la familia se tiene que todos los niños lo hacen, y esto es una buena costumbre porque con la guía de los padres el niño aprende a comer correctamente.

Resultado: Buen hábito alimentario.

Pregunta 11: En su casa se encuentra disponibles alimentos saludables?

Tabla 56: Tiene alimentos saludables en casa

Opciones	Siempre	A veces	Nunca
Frecuencia	50%	50%	0%

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios

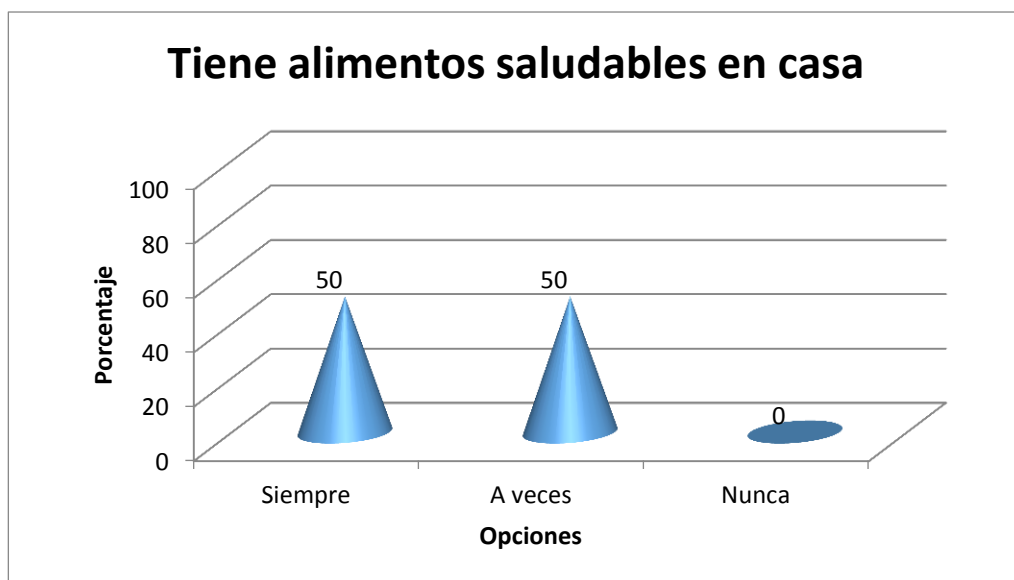


Gráfico No. 43.- Tiene alimentos saludables en casa

Fuente: Encuesta de hábitos alimenticios

El 50% segura tener en el hogar alimentos saludables como frutas, legumbres y verduras, lo mismo que es una cifra preocupante que puede significar que haya deficiencias de micronutrientes en los niños.

Resultado: Mal hábito alimentario.

Pregunta 12: En su casa se encuentran disponibles refrescos azucarados?

Tabla 57: Tiene refrescos azucarados en casa

Opciones	Siempre	A veces	Nunca
Frecuencia	0%	93%	7%

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios

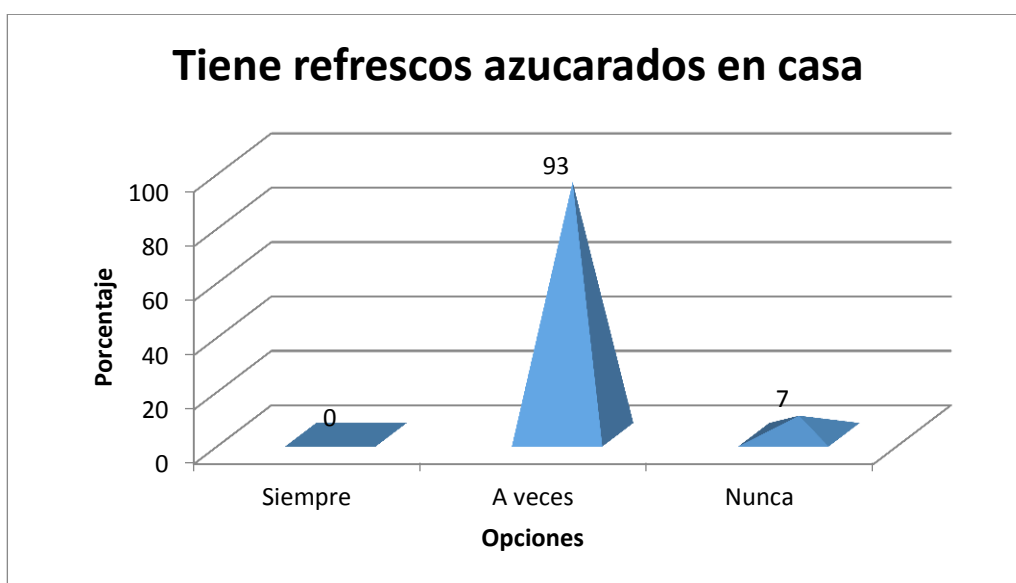


Gráfico No. 44.- Tiene refrescos azucarados en casa

Fuente: Encuesta de hábitos alimenticios

En esta pregunta se encuentra que el 93% tiene estos refrescos a veces la cual no es del todo satisfactoria y el restante 7% nunca las tiene. Eso es negativo por lo que un exceso de bebidas azucaradas contribuye a que el niño tenga sobrepeso, que desplace el consumo de leche y que se favorezca la aparición de caries dentales. (APP, 2004)

Resultado: Buen hábito alimentario.

Pregunta 13: Cuántas frutas como al día?

Tabla 58: Frutas que consume por día

Opciones	1 a 2	3 a 4	Nada
Frecuencia	79%	7%	14%

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios

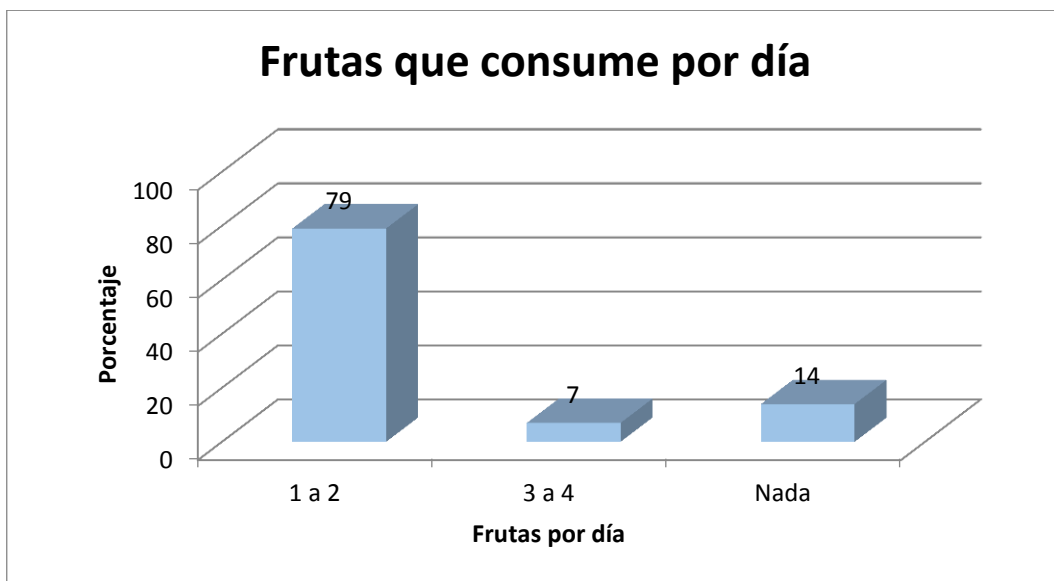


Gráfico No. 45.- Frutas que consume por día

Fuente: Encuesta de hábitos alimenticios

En este aspecto, es positivo observar que el 86% de los niños consumen frutas todos los días, pero preocupa que haya casi un 15% que nunca las ingiere y entonces habrá que observar su situación con las mediciones.

Resultado: Buen hábito alimentario.

Pregunta 14: Con qué frecuencia consume leche de vaca?

Tabla 59: Frecuencia de consumo de leche

Opciones	Nunca	Todos los días	Una o dos veces por semana
Frecuencia	21%	71%	8%

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios

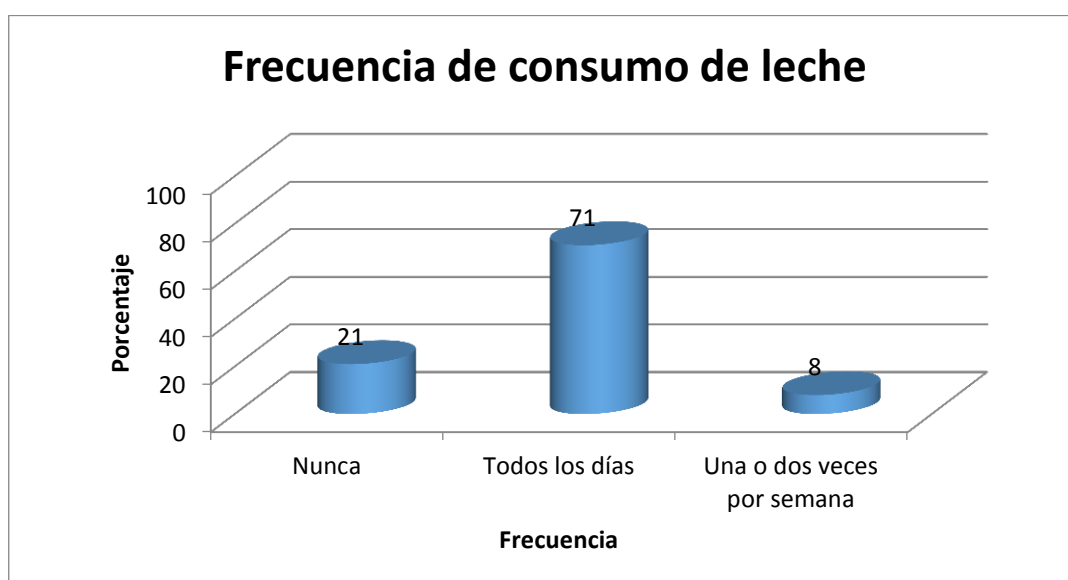


Gráfico No. 46.- Frecuencia de consumo de leche

Fuente: Encuesta de hábitos alimenticios

El 71% de niños consume leche todos los días y esto es lo recomendable, 8% solamente la toma una o dos veces por semana en lo cual se ve un déficit nutricional y un importante 21% nunca la consume.

Resultado: Regular hábito alimentario.

Pregunta 15: Frecuencia del consumo de alimentos fuera de casa como hamburguesa y pizza

Tabla 60: Frecuencia del consumo fuera de casa

Opciones	Nunca	Todos los días	Una o dos veces por semana
Frecuencia	29%	0%	71%

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios

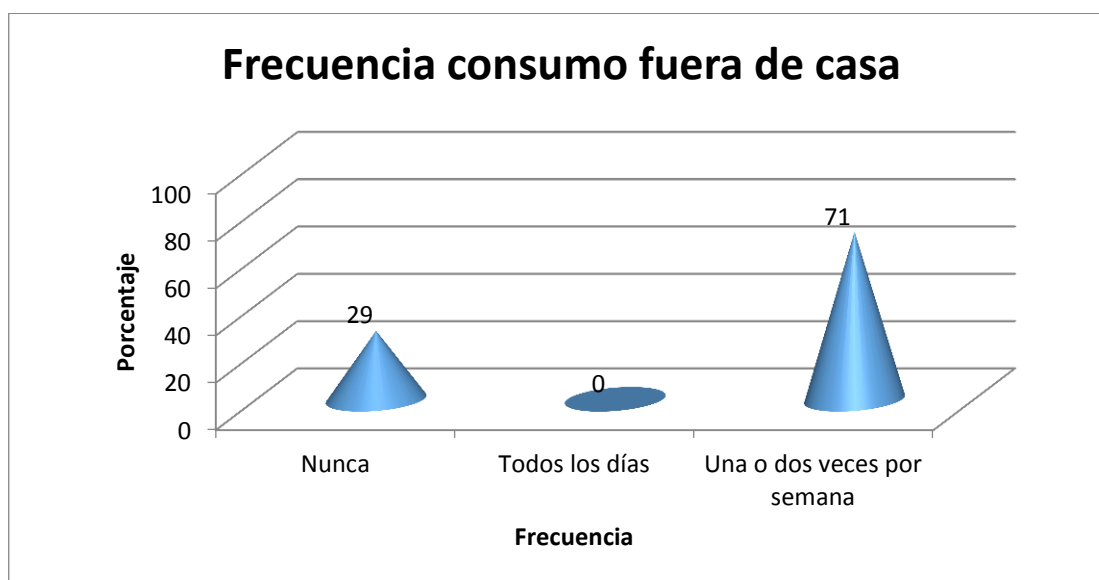


Gráfico No. 47.- Frecuencia del consumo fuera de casa

Fuente: Encuesta de hábitos alimenticios

En el consumo de las comidas fuera de casa se establece que alrededor del 70% ingiere hamburguesas, pizzas y otras comidas de bajo valor nutritivo una o dos veces por semana lo que es preocupante ya que debe ser ocasional, y el grupo restante nunca los consume que es lo ideal.

Resultado: Regular hábito alimentario.

Pregunta 16: Frecuencia del consumo de verduras y ensaladas

Tabla 61: Frecuencia del consumo de verduras y ensaladas

Opciones	Nunca	Todos los días	Una o dos veces por semana
Frecuencia	14%	29%	57%

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios

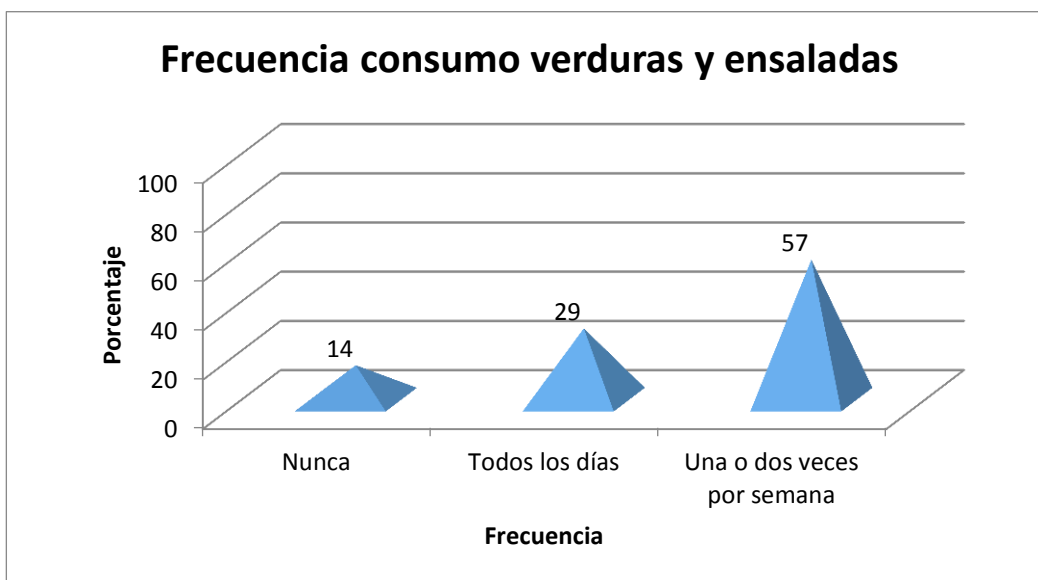


Gráfico No. 48.- Frecuencia del consumo de verduras y ensaladas

Fuente: Encuesta de hábitos alimenticios

El consumo de verduras y ensaladas se corresponde con la cantidad de ellas que tiene la mitad de los hogares. En esta pregunta se demuestra que el 57% las consume sólo unas pocas veces por semana, alrededor del 30% todos los días y el 14% nunca. Aquí se percibe la posible presencia de deficiencias de micronutrientes en la mayoría de niños.

Resultado: Mal hábito alimentario.

Pregunta 17: Frecuencia del consumo de pollo

Tabla 62: Frecuencia del consumo de pollo

Opciones	Todos los días	2 o 3 veces por semana	1 vez por semana	Nunca
Frecuencia	29%	64%	0%	7%

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios

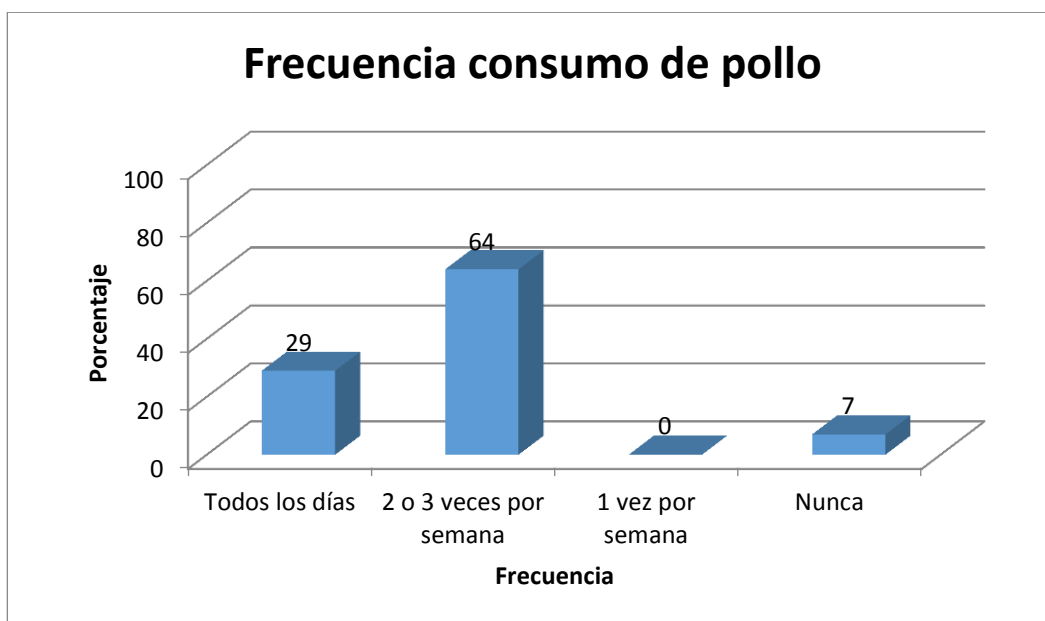


Gráfico No. 49.- Frecuencia del consumo de pollo

Fuente: Encuesta de hábitos alimenticios

La mayoría de niños (64%) están ingiriendo pollo con la frecuencia recomendada, luego el 29% lo consume todos los días lo cual no es recomendable porque se abstiene de recibir otros tipos de carnes con nutrientes diversos, y el 7% nunca la come.

Regular: Regular hábito alimentario.

Pregunta 18: Frecuencia de consumo de carne roja

Tabla 63: Frecuencia de consumo de carne roja

Opciones	Todos los días	2 o 3 veces por semana	1 vez por semana	Nunca
Frecuencia	0%	43%	57%	0%

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios

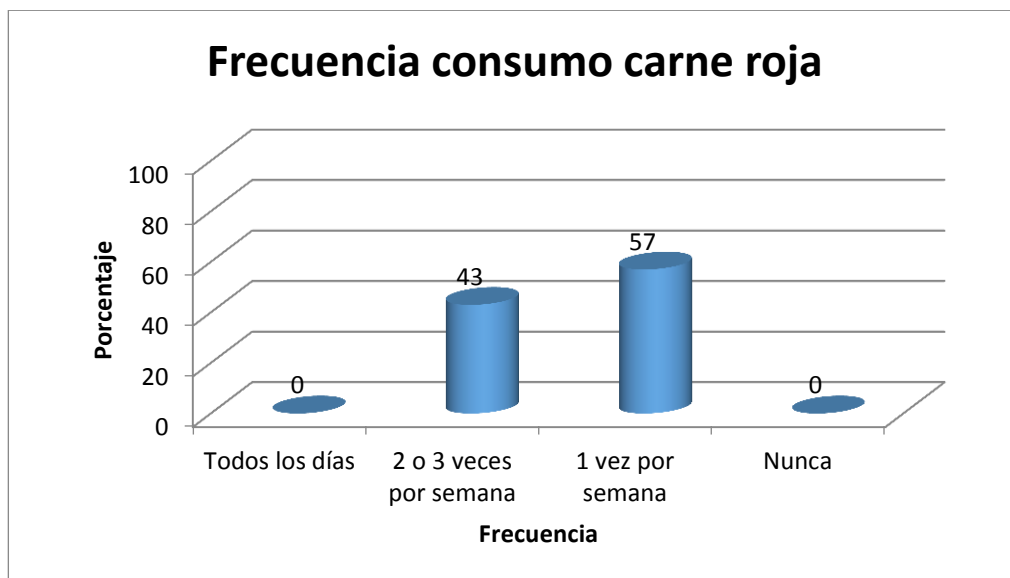


Gráfico No. 50.- Frecuencia de consumo de carne roja

Fuente: Encuesta de hábitos alimenticios

En el consumo de carne roja se evidencia también que la mayoría (57%) la consume 1 vez por semana, mientras el 43% lo hace 2 o 3 veces a la semana que es lo sugerido.

Resultado: Mal hábito alimentario.

Pregunta 19: Frecuencia de consumo de pescado

Tabla 64: Frecuencia de consumo de pescado

Opciones	Todos los días	2 o 3 veces por semana	1 vez por semana	Nunca
Frecuencia	0%	43%	57%	0%

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios

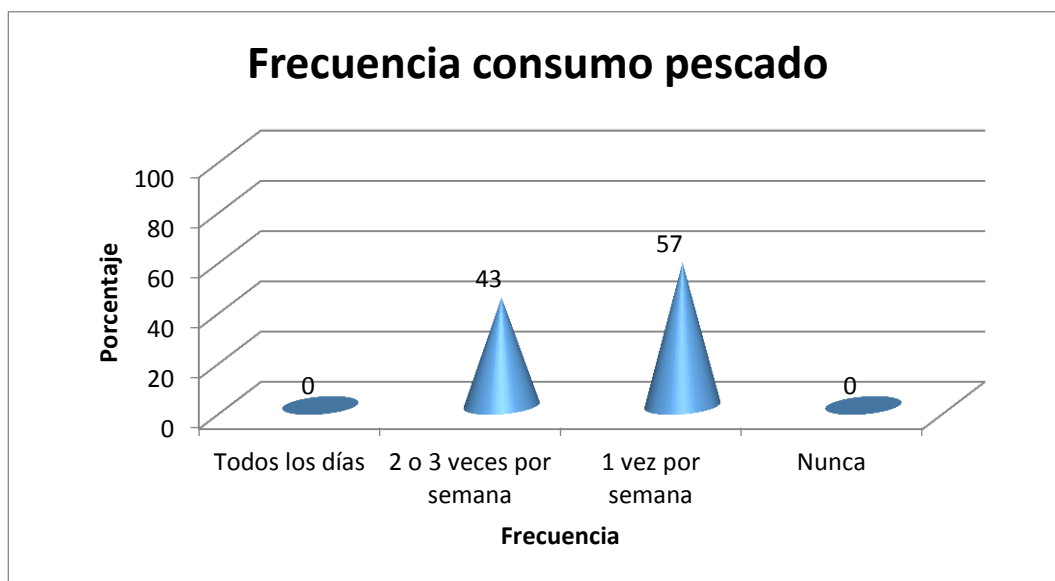


Gráfico No. 51.- Frecuencia de consumo de pescado

Fuente: Encuesta de hábitos alimenticios

Alrededor del 60% lo consume un día a la semana, eso es por debajo de lo recomendado y el restante grupo poblacional lo consume varias veces por semana lo cual es lo adecuado.

Resultado: Mal hábito alimentario.

Pregunta 20: Frecuencia del consumo de arroz, cereal y pan

Tabla 65: Frecuencia de consumo de arroz, cereal y pan

Opciones	Todos los días	2 o 3 veces por semana	1 vez por semana	Nunca
Frecuencia	93%	7%	0%	0%

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios

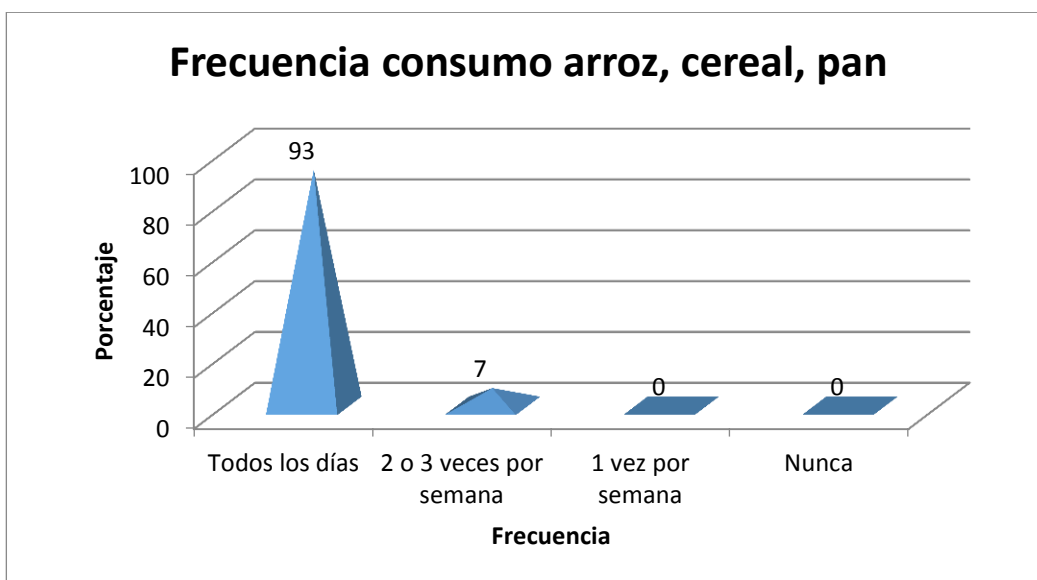


Gráfico No. 52.- Frecuencia de consumo de arroz, cereal y pan

Fuente: Encuesta de hábitos alimenticios

El 93% de encuestados indican que sus niños ingieren arroz, cereal, pan y otros carbohidratos todos los días y es lo adecuado, mientras un discreto 7% dice que los consume dos o tres veces a la semana lo que es insuficiente.

Resultado: Buen hábito alimentario.

Pregunta 21: Frecuencia del consumo de legumbres

Tabla 66: Frecuencia de consumo de legumbres

Opciones	Todos los días	2 o 3 veces por semana	1 vez por semana	Nunca
Frecuencia	36%	36%	14%	14%

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios

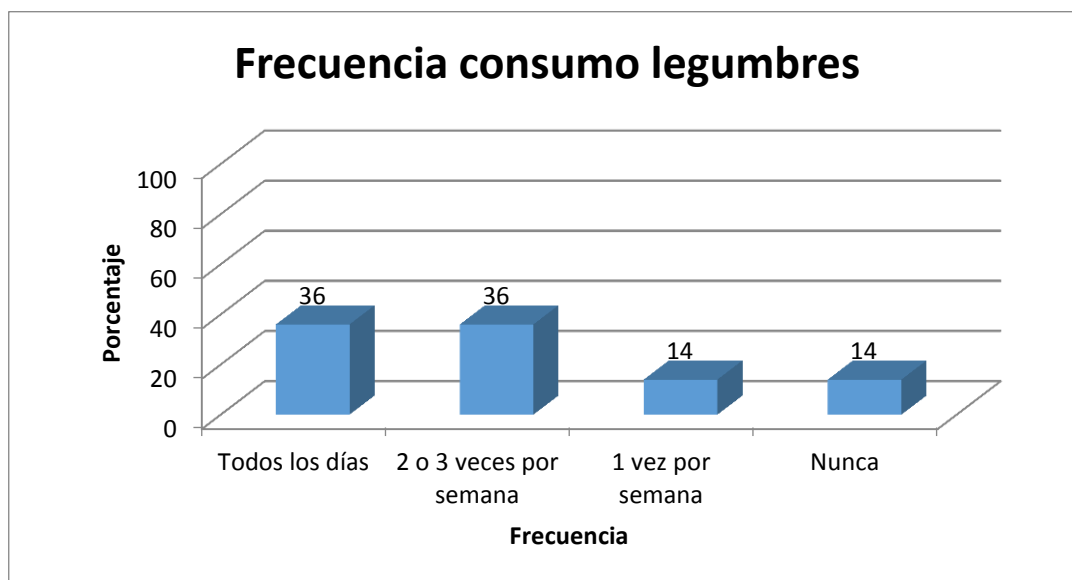


Gráfico No. 53.- Frecuencia de consumo legumbres

Fuente: Encuesta de hábitos alimenticios

Cerca del 40% consume legumbres todos los días y esto es un exceso, el 36% lo hace pocas veces por semana lo mismo que es lo adecuado, y el restante grupo lo hace un solo día o nunca lo que se evidencia que es insuficiente.

Resultado: Regular hábito alimentario.

Pregunta 22: Frecuencia de consumo de dulces y golosinas

Tabla 67: Frecuencia de consumo de dulces y golosinas

Opciones	Todos los días	2 o 3 veces por semana	1 vez por semana	Nunca
Frecuencia	7%	58%	21%	14%

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios

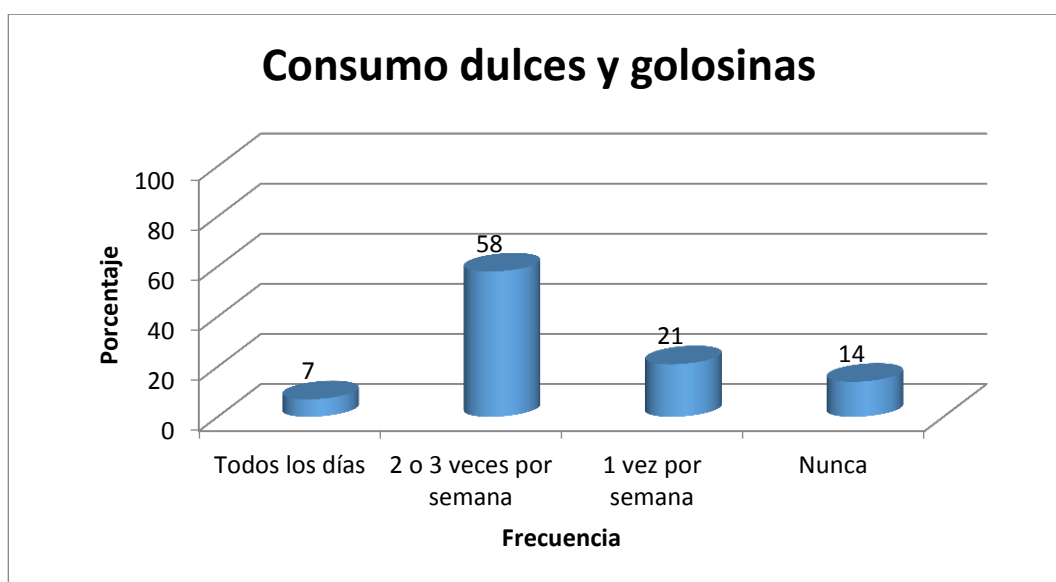


Gráfico No. 54.- Frecuencia de consumo dulces y golosinas

Fuente: Encuesta de hábitos alimenticios

En dulces y golosinas la mayoría (58%) los consume 2 o 3 veces por semana lo cual no es bueno, el 21% apenas una vez y el resto nunca.

Resultado: Regular hábito alimentario.

Pregunta 23: Frecuencia de consumo de papitas, k´chitos u otros

Tabla 68: Frecuencia consumo snacks

Opciones	Todos los días	2 o 3 veces por semana	1 vez por semana	Nunca
Frecuencia	0%	7%	64%	29%

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios

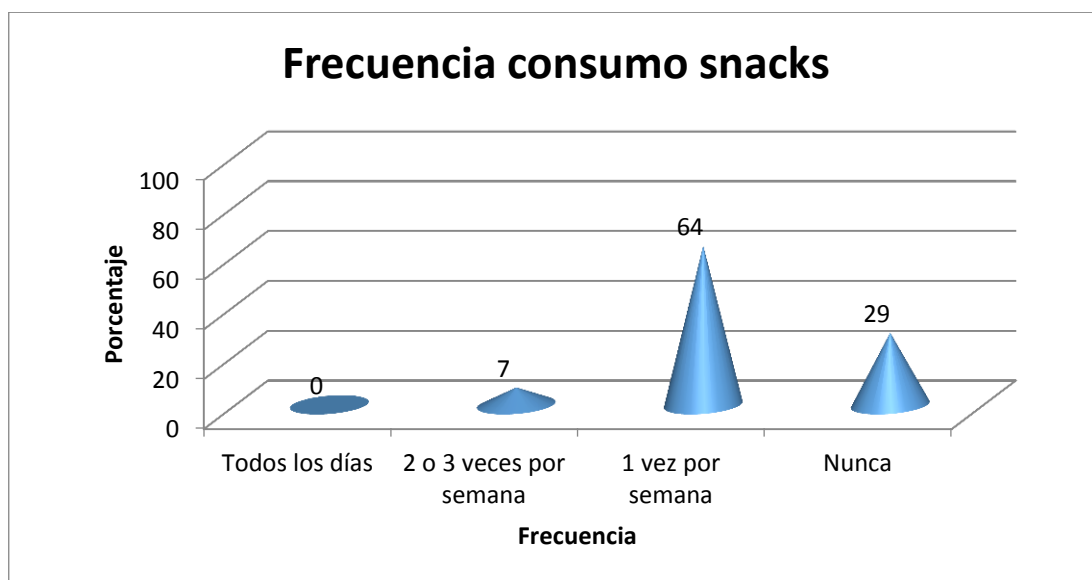


Gráfico No. 55.- Frecuencia de consumo snacks

Fuente: Encuesta de hábitos alimenticios

Se observa hábitos aceptables en la ingesta de snacks como kchitos y papas en funda. El 64% afirma que el niño las consume un día por semana, el 7% las consume 2 o 3 veces por semana y el resto nunca.

Resultado: Buen hábito alimentario.

Pregunta 24: Tipo de cocción para la elaboración de alimentos

Tabla 69: Tipo de cocción en casa

Opciones	Frito, seco, parrilla	Al vapor, a la plancha, al horno
Frecuencia	50%	50%

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios

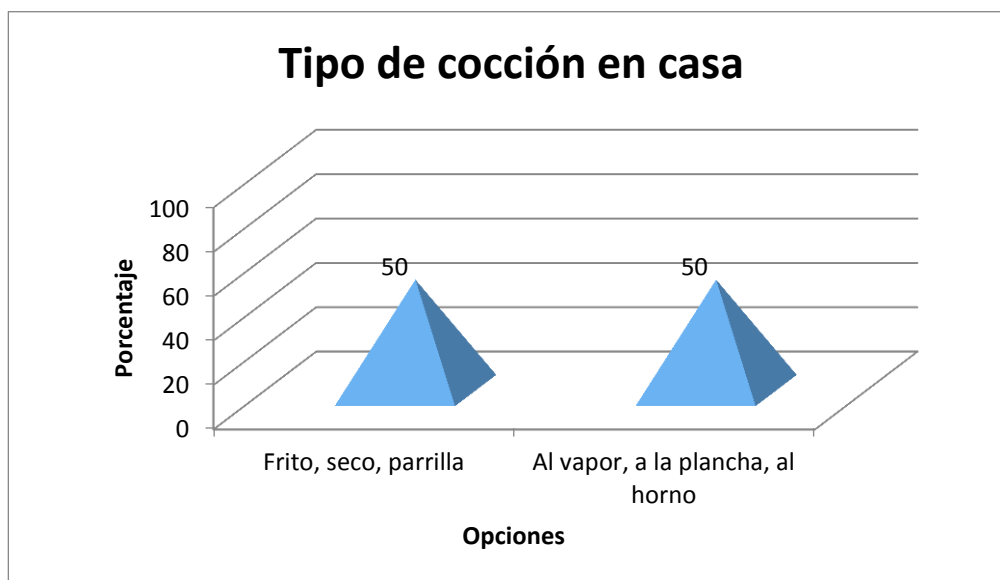


Gráfico No. 56.- Tipo de cocción en casa

Fuente: Encuesta de hábitos alimenticios

En referencia a la cocción de preferencia, se verifica que hay una opinión dividida exactamente por la mitad. Aquí cabe indicar que todas las formas de cocción son adecuadas sin incurrir en exceso de grasas y condimentación, más bien procurando que la cocción no reduzca las propiedades nutricionales de los alimentos.

Resultado: Mal hábito alimentario.

Pregunta 25: Realiza actividad física?

Tabla 70: Realiza actividad física?

Opciones	Sí	No
Frecuencia	50%	50%

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios

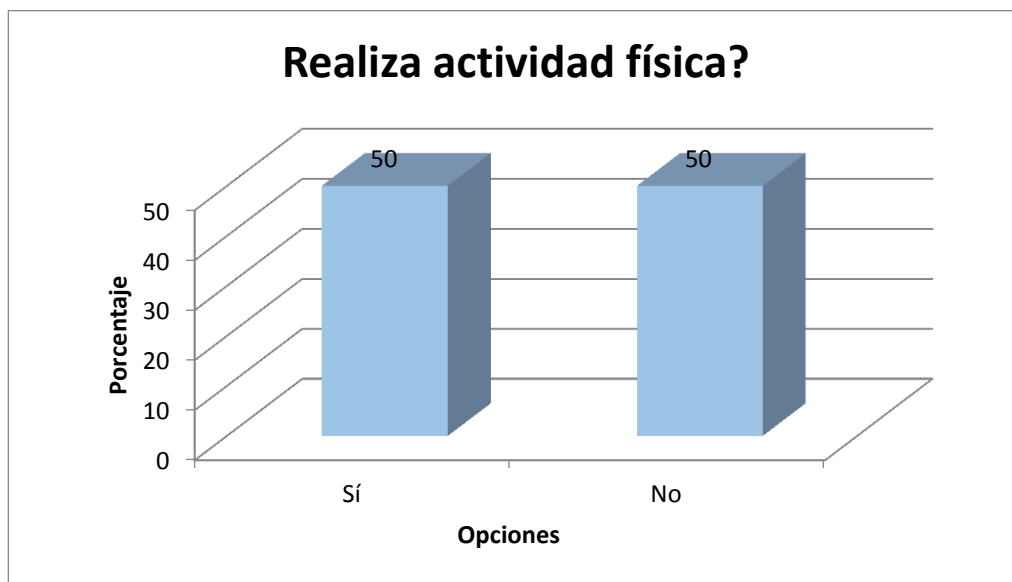


Gráfico No. 57.- Realiza actividad física?

Fuente: Encuesta de hábitos alimenticios

En cuanto a la actividad física la mitad de consultados respondieron que sus niños no hacen ejercicio por lo que se estima que ese grupo tiene propensión al incremento de peso, no tiene buena eliminación de toxinas y se priva de los beneficios de salud mental que da la ejercitación.

Resultado: Mal hábito alimentario.

Pregunta 26: El niño come mientras mira televisión?

Tabla 71: Come mientras mira tv?

Opciones	Sí	No
Frecuencia	57%	43%

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios

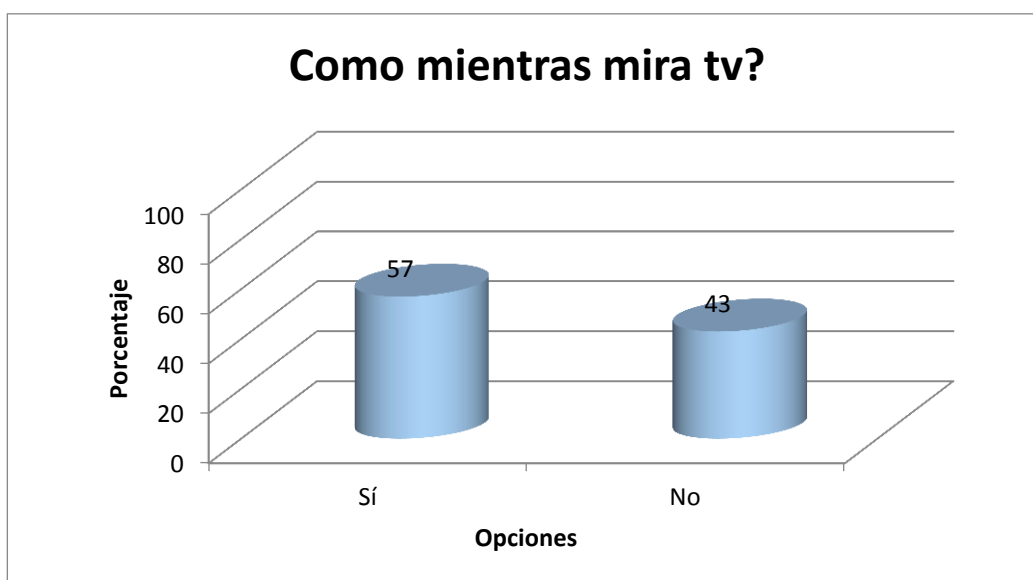


Gráfico No. 58.- Come mientras mira tv?

Fuente: Encuesta de hábitos alimenticios

Prácticamente el 60% de niños tiene el hábito de comer mientras ve televisión; esto les perjudica porque contribuye a la ingesta excesiva y a consumir alimentos poco nutritivos como los snacks, refrescos envasados, entre otros.

Resultado: Mal hábito alimentario

Pregunta 27: Considera que tiene una situación económica estable?

Tabla 72: Situación económica familiar estable

Opciones	Sí	No
Frecuencia	100%	0%

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios

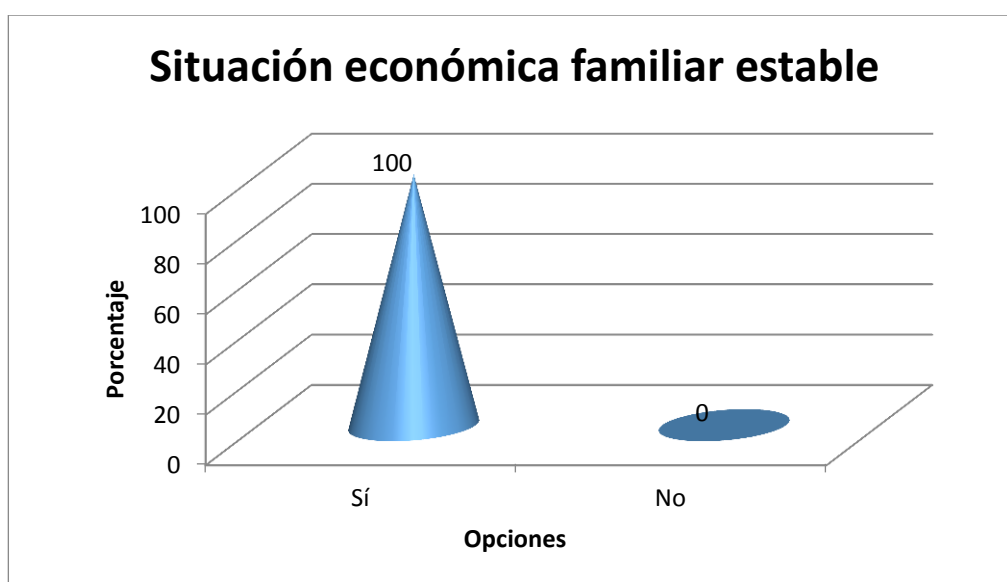


Gráfico No. 59.- Situación económica familiar estable

Fuente: Encuesta de hábitos alimenticios

El 100% de encuestados afirman que su hogar tiene una situación económica estable y esto es satisfactorio considerando que poseen accesibilidad a los alimentos.

Resultado: Buen hábito.

Pregunta 28: Considera que la situación económica puede estar afectando la alimentación en el niño?

Tabla 73: Situación económica afecta a la alimentación

Opciones	Sí	No
Frecuencia	0	100%

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios

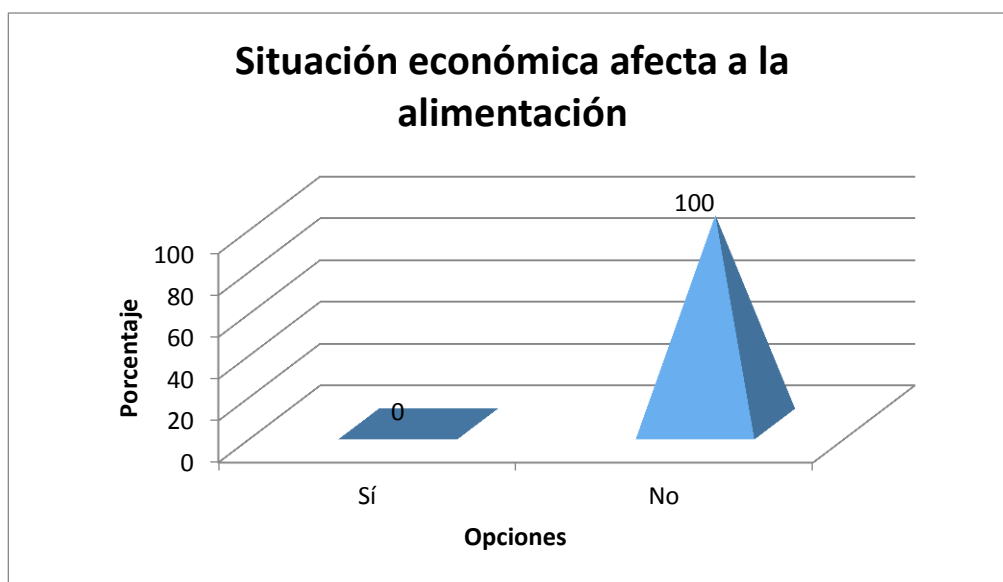


Gráfico No. 60.- Situación económica afecta a la alimentación

Fuente: Encuesta de hábitos alimenticios

Al consultar sobre la incidencia que puede estar teniendo la situación económica de sus hogares en la alimentación de los niños, el 100% respondió que no consideran esta posibilidad por lo que resulta ser un bastión del desarrollo de estos niños.

Resultado: Buen hábito alimentario.

Pregunta 29: Usted está informado, lee o pregunta sobre la alimentación de niños de 1 a 3 años?

Tabla 74: Conoce de nutrición de 1 a 3 años

Opciones	Sí	No
Frecuencia	100%	0%

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios

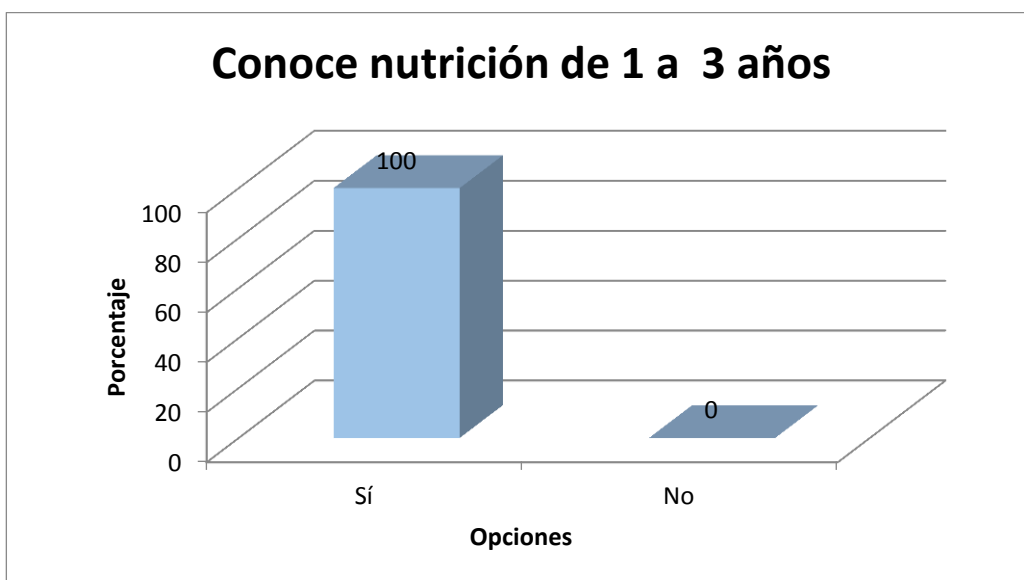


Gráfico No. 61.- Conoce de nutrición de 1 a 3 años

Fuente: Encuesta de hábitos alimenticios

También satisface saber que los padres y cuidadores son conocedores de este aspecto, y entonces se puede determinar que el Centro infantil les ha capacitado, han recibido información del pediatra y también por cuenta propia. El 100% respondió conocer de nutrición para niños de 1 a 3 años.

Resultado: Buen hábito alimentario.

Pregunta 30: Considera usted que la falta de conocimiento sobre alimentación de niños de 1 a 3 años está influyendo en el estado nutricional de su niño?

Tabla No.75 Tabla 75: Falta de conocimiento influye en alimentación?

Opciones	Sí	No
Frecuencia	21%	79%

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios

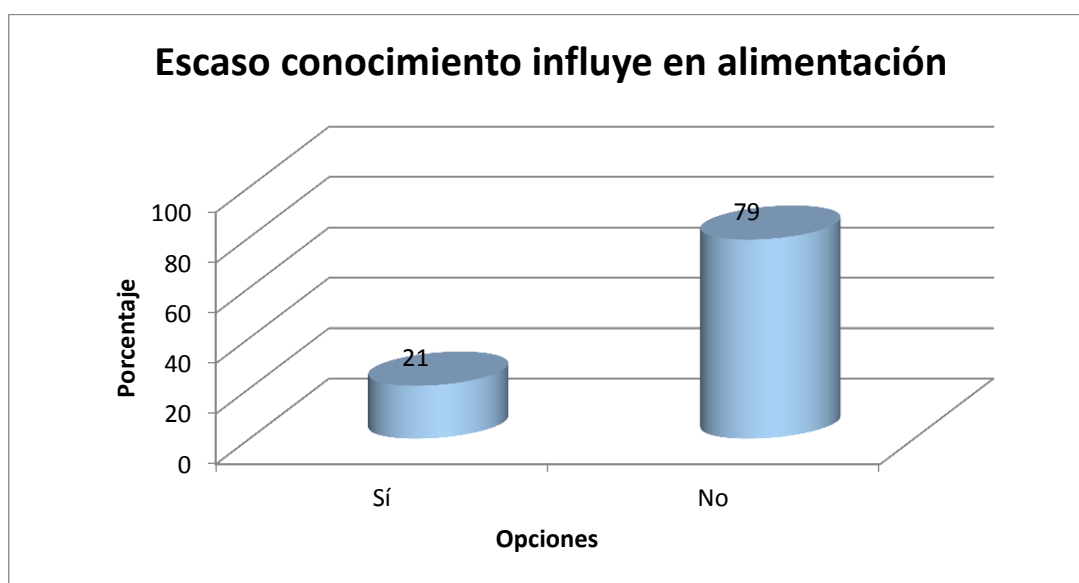


Gráfico No. 62.- Falta de conocimiento influye en alimentación

Fuente: Encuesta de hábitos alimenticios

Alrededor del 80% de las personas indican que la falta de un correcto conocimiento sobre alimentación para niños de 1 a 3 años no está influyendo sobre la situación nutricional de sus niños.

Resultado: Regular hábito alimentario.

Pregunta 31: Lleva al niño al Pediatra a realizar los controles médicos?

Tabla 76: El niño recibe controles médicos

Opciones	Sí	No
Frecuencia	100%	0%

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios

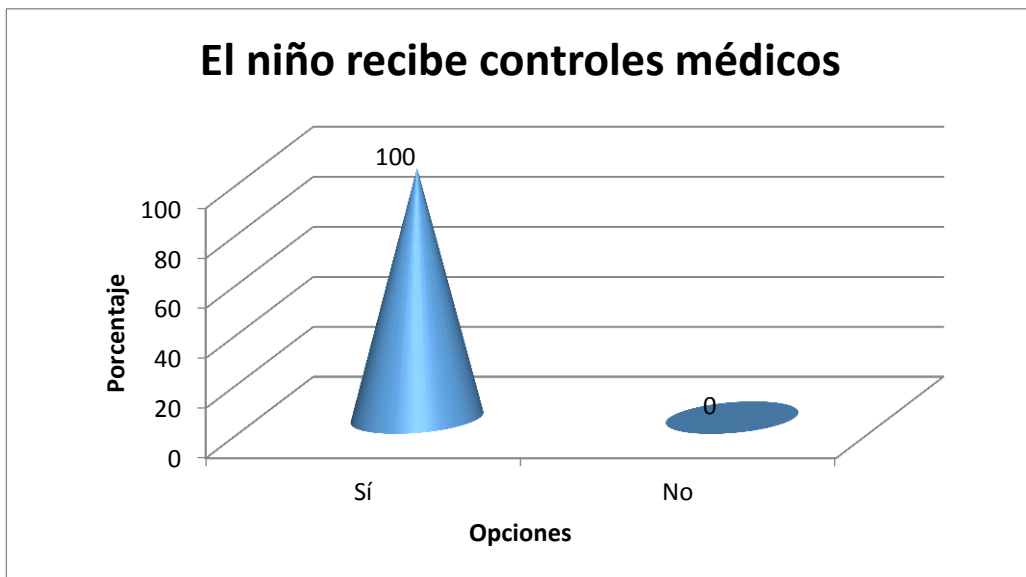


Gráfico No. 63.- El niño recibe controles médicos

Fuente: Encuesta de hábitos alimenticios

Aquí también se evidencia el nivel de conciencia de los padres y educadoras del centro infantil sobre la importancia de que el niño reciba los controles. La totalidad de consultados dijo que lleva a sus niños a los controles con el Pediatra.

Resultado: Buen hábito.

Pregunta 32: Con qué frecuencia lo lleva a los controles médicos?

Tabla 77: Frecuencia de controles médicos

Opciones	Siempre	A veces	Nunca
Frecuencia	50%	50%	0%

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios

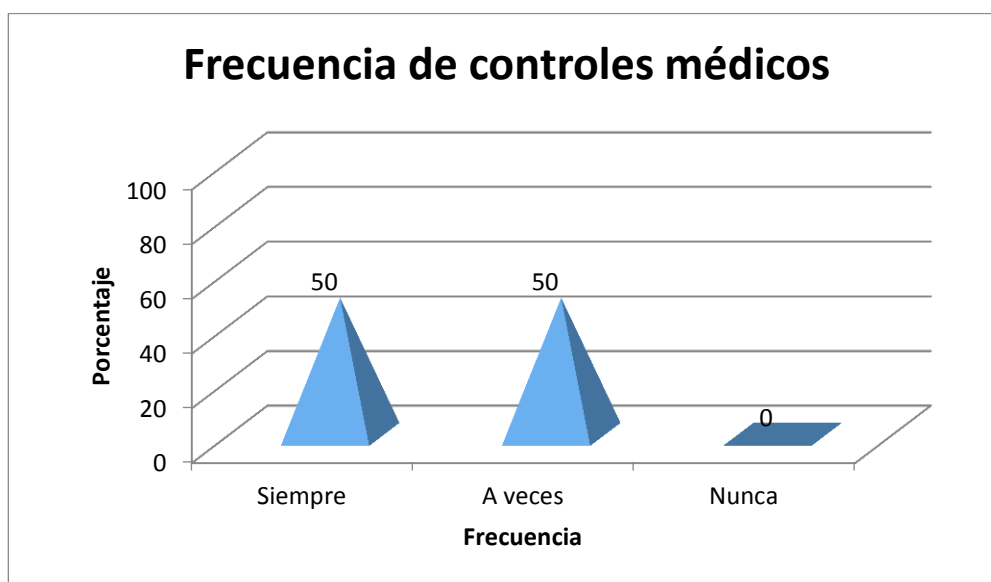


Gráfico No. 64.- Frecuencia de controles médicos

Fuente: Encuesta de hábitos alimenticios

Sin embargo de la pregunta anterior, solamente el 50% dice llevar a su hijo siempre al pediatra, es decir de forma periódica y esto es preocupante porque el seguimiento del estado nutricional y de salud del niño es un aspecto muy importante del desarrollo evolutivo. El otro 50% indicó que solamente a veces lo lleva a los controles.

Resultado: Mal hábito.

4.2 Análisis comparativo de hábitos alimenticios entre niños de ambos Centros infantiles

En la primera pregunta se indaga sobre la cantidad de comidas que ingiere el niño y el resultado indica que son los niños del Centro infantil fiscal los que obtienen la cantidad ideal de raciones por día con un 100% de ellos ingiriendo de 4 a 5 comidas por día, y frente a ellos se observa una situación menos satisfactoria en los del Centro particular los mismos que en un 86% ingieren al menos 3 comidas al día y se tiene un 14% que acceden únicamente a 2 raciones por día lo cual es ya una cifra insuficiente y preocupante.

Luego, en el asunto del horario de comidas también los niños del Centro fiscal están en mejor situación porque el 100% de ellos tienen el hábito de recibir sus raciones en horarios establecidos, mientras en el particular solamente el 79% tiene horarios. Este aspecto es importante porque permite planificar adecuadamente las menús semanales y diarios con la combinación correcta de nutrientes y cantidades para cada caso.

Es importante conocer si el niño se sienta en calma para ingerir las comidas porque es un hábito de educación que además le facilita la ingesta de los alimentos y evita que se derramen o se pierdan. En este aspecto satisface que en ambos Centros la totalidad de niños se sientan a comer.

Verificando la situación del apetito se determina que casi el 30% de los niños del Centro fiscal han disminuido el apetito, lo cual es una cifra preocupante y que será evidenciada con la medición antropométrica mientras los del Centro particular están incluso en condiciones más desfavorables ya que el 50% de ellos ha disminuido el apetito.

Observado el consumo de leche materna, se verifica que en el Centro fiscal están en mejor situación porque el 100% han consumido leche materna, mientras que en el particular solamente el 86% lo han hecho lo cual evidencia una deficiencia de micronutrientes pero a la vez de proteínas, grasas y carbohidratos.

En cuanto al tipo de desayuno las cifras indican que en ambos casos existe una ingesta deficitaria porque en el Centro fiscal sólo el 13% de niños toma un desayuno altamente nutritivo, mientras que en el particular apenas el 43% lo ingiere. Esto es insatisfactorio ya que el desayuno es una de las comidas más importantes del día al contribuir con el desarrollo del niño y al mismo tiempo a proveerle de energía para su buen desenvolvimiento en la jornada educativa.

En el Centro fiscal el 87% ya dejó el biberón y esto es positivo porque se recomienda que a partir del año de edad comience a dejarlo para adquirir nuevas habilidades motrices y además prevenir la salud bucal, sin embargo en el otro Centro sólo el 36% de niños lo han dejado.

En referencia a la utilización de cubiertos, en ambos Centros la totalidad de niños los utiliza; es una circunstancia positiva porque es una forma de urbanidad y también porque se evita contraer enfermedades principalmente las transmitidas por alimentos (ETA) al impedir el contacto de los alimentos con las manos.

Al indagar sobre el hábito de comer en la mesa junto a la familia se observa que también el 100% de niños de los dos Centros lo hacen, y esto es importante porque de esa forma los niños aprenden de los padres y los hermanos mayores las buenas normas de ingesta de alimentos y la importancia de una alimentación balanceada.

Al preguntar a los consultados si se encuentran en sus casas alimentos saludables como frutas, verduras y legumbres, el 67% de los encuestados en el Centro fiscal indicó que siempre los tienen y en el otro Centro sólo el 50% lo tienen de forma permanente. En ambos casos se evidencia una provisión insuficiente ya que estos alimentos proveen de vitaminas y minerales por lo que su consumo debe ser periódico para evitar deficiencias nutricionales que impidan el normal crecimiento del niño.

En cambio, sobre la disponibilidad de refrescos azucarados en casa las cifras son más alentadoras. En el Centro fiscal, el 67% las tiene de vez en cuando y el 20% siempre; en el Centro privado el 93% las tiene a veces y el restante 7% nunca. Aquí se evidencia que mejores hábitos en este aspecto tienen los niños y padres de la particular lo cual puede ser por la influencia de los cursos y talleres recibidos, y por el mayor acceso a información digital y documental.

En el tema del consumo de frutas, satisface saber que en la totalidad de niños de los dos Centros las consumen a diario al menos una vez pero con la diferencia de que en el Centro fiscal más niños las consumen en mayor cantidad, esto es el 47% de niños ingieren de 3 a 4 frutas por día, mientras que en el particular sólo 7% las ingieren en esa cantidad.

Sobre el consumo de leche se puede afirmar que en el Centro particular los niños están en mejor situación porque el 71% la consumen todos los días frente al 60% del fiscal que la ingieren a diario. En los dos casos, el hecho de tener un porcentaje tan alto que la consumen pocas o ninguna ocasión por semana es una situación problemática por la cantidad y calidad de nutrientes que aporta este alimento.

En referencia al consumo de comidas rápidas como hamburguesas y piza se tiene que los niños del Centro particular tiene mejores hábitos ya que ninguno las consumen todos los días y el 71% sólo esporádicamente, mientras que los del fiscal hay un 7% que las ingiere todos los días y un 93% que lo hace pocas veces o nunca. En todo caso en los dos Centros una gran mayoría lo consumen una o dos veces, y para niños de esta edad debería establecerse esta frecuencia en una sola por semana.

El consumo de verduras y ensaladas es un importante aportante al desarrollo por su contenido de vitaminas y minerales; en este punto se observa mejores hábitos en los niños del Centro fiscal con un consumo diario de parte de casi el 90% de niños, contrario a esto, sólo el 29% de niños del particular las consumen a diario, el 57% sólo a veces y un importante 14% nunca.

Sobre el consumo semanal de pollo se establece que los niños de ambos Centros alrededor del 60% lo ingieren en las cantidades recomendadas, pero también es considerable la cantidad de niños que la consumen todos los días, esto es en el Centro fiscal el 40% y en el particular el 29%. De forma general se denota que en el Centro particular tienen mejores hábitos ya que combina mejor los diversos nutrientes del resto de tipos de carnes.

El consumo de carne roja presenta resultados satisfactorios porque en ambos casos una predominante mayoría que sobrepasa el 90% la consume la cantidad de veces adecuada, esto es hasta 3 veces por semana, pero también es de anotar que el 7% de los niños del Centro fiscal la consumen todos los días y esto es un hábito no deseado.

En ingesta de pescado también ambos grupos de niños practican buenos hábitos, sin embargo se puede indicar que los del Centro particular los superan ya que el 100% de ellos consumen pescado hasta 3 ocasiones en la semana, mientras que en el fiscal hay un 7% de niños que lo comen a diario y esto no es

muy aconsejable porque se debe alternar con carnes que aportan otros tipos de vitaminas y minerales.

Los niños del Centro particular tienen mejores hábitos de ingesta de carbohidratos, los mismos que deberían consumirse todos los días por su aporte de energía y de fibras, proteínas, minerales y vitaminas. El 93% de niños del particular lo consumen a diario frente a un 80% de niños del otro grupo, lo cual evidencia que hay un número significativo de niños del Centro fiscal que los están consumiendo de forma deficitaria.

Analizando el tema de las legumbres, siendo que se sugiere consumirlas de 2 a 3 veces por semana debido a que en la dieta se las combina con proteína animal, se observa que en el Centro particular los niños la reciben de forma más equilibrada con 36% que la consumen según la recomendación, y otro 36% lo hace todos los días; mientras tanto en el Centro fiscal prácticamente el 90% de niños la reciben todos los días y el resto hasta 3 raciones por semana.

Es también preciso anotar que se tiene un 14% de niños del Centro particular que nunca las consumen privándose del aporte principalmente de vitamina B, ácido fólico y varios minerales.

Sobre los dulces y golosinas, a pesar que en ambos grupos hay gran cantidad de niños que las consumen con exceso, esto es de 2 veces por semana en adelante, pues cabe indicar que estarían en mejor situación los del Centro particular porque un 35% de ellos los consumen máximo un ocasión frente a un 33% de niños del fiscal que lo hacen una ocasión.

En la ingesta de los denominados “snacks” también lleva la delantera el Centro particular con un 93% de niños que consumen estos productos máximo un día por semana frente al 80% de niños del otro grupo de estudio que la consumen así. Junto a eso se observa que el 20% de niños fiscales los

ingieren varias veces por semana frente a un 7% del particular que lo hacen algunas veces durante la semana.

Sobre el tipo de cocción predilecta en los hogares de los niños, se evidencia que hay más equilibrio de preparación de alimentos en el Centro particular porque la mitad utiliza el frito, seco y a la parrilla, y junto a ello la otra mitad prefiere cocinar los alimentos al vapor, a la plancha y al horno. Por el contrario en los hogares de los niños del Centro fiscal el tipo de cocción que predomina es la que incluye frituras, secos y parrilladas lo que deja entrever que estos últimos consumen en alto grado las grasas saturadas.

En cambio en el tema de la actividad física, es de indicar que los niños del Centro fiscal superan a los del otro Centro porque el total de ellos se ejercitan de forma frecuente, mientras que los consultados del particular indican que sólo el 50% de sus hijos tienen actividad física regular.

En referencia al hábito de servirse los alimentos mientras miran televisión, se determina que los niños del Centro fiscal tienen mejores hábitos ya que solamente el 33% de ellos lo hacen y en el otro grupo en cambio un porcentaje cercano al doble (57%) tiene esa costumbre. Se recuerda que el hábito permanente de ingerir las comidas mientras se mira televisión colabora con el sobrepeso y con la ingesta de comidas de poco valor alimenticio.

Sobre la situación económica de las familias, se puede apreciar que más familias del Centro privado (100%) tienen una situación económica estable frente a 80% del otro grupo. Esto significa que las primeras familias están en mejores condiciones para dar al niño una alimentación de mejor calidad por variedad y cantidad de alimentos.

Consultados sobre si la situación económica puede estar afectando de sus niños, el 100% de los del Centro privado dijeron que no sucede esto, mientras

que las del fiscal respondieron en un 80% que no sucede esto. Como se puede percibir, las familias del Centro particular están atendiendo mejor a sus niños tanto en nutrición como en salud.

En el tema de conocimientos sobre nutrición de 1 a 3 años, el 100% de los encuestados del Centro privado dicen conocer de esto por capacitaciones y autoeducación, y frente a ellos, el 80% de los del Centro fiscal afirman conocer de este asunto. Esto se da por el trabajo de educación del Centro infantil “Acuarela” hacia las familias y por la posibilidad de acceso de los padres al internet, ellos están en mejor nivel de conocimientos para dirigir y planificar mejor los alimentos y menús que ofrecen a sus niños.

Referente al impacto que puede tener los escasos conocimientos de nutrición en el estado del niño, las familias del Centro particular afirman en alrededor del 80% que esto no les afecta y las del otro grupo cerca del 30% indican que no les afecta. Esto es una muy considerable diferencia que confirma las respuestas de las 2 anteriores preguntas.

En cuanto a los controles médicos, los niños del particular los reciben en su totalidad y los del fiscal en un 93%. Aquí se ve un problema porque el monitoreo y asistencia del Pediatra en el desarrollo del niño es importante para realizar el control del niño sano en el aspecto de salud preventiva y curativa, nutrición, desarrollo cognitivo y psicoafectivo.

Sin embargo de lo anterior, los niños del particular son llevados al Pediatra de forma periódica sólo en un 50% de ellos y los del fiscal en 67%. En ambos casos son cifras deficientes ya que en la edad de uno a tres años se precisa llevarlo cada tres meses.

4.3 Contenido resultados y discusión.

Tabla 78. Hábitos de ambos centros.

Habitros				
		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Buenos	10	35.7	35.7
	Regulares	14	50.0	85.7
	Malos	4	14.3	100.0
	Total	28	100.0	

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios

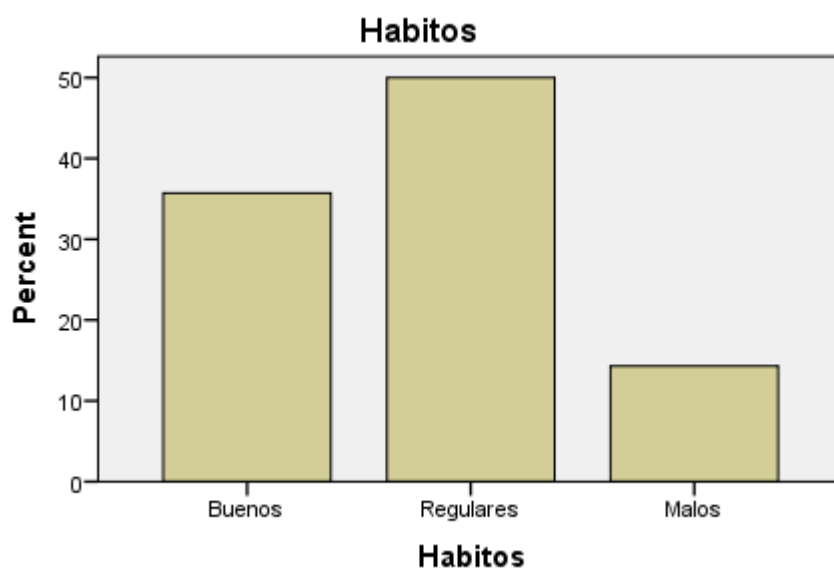


Gráfico No. 65.- Hábitos de ambos centros

Fuente: Encuesta de hábitos alimenticios

En los niños de 1 a 3 años del centro de desarrollo infantil de buen vivir y del centro de desarrollo infantil particular, se encontró que el 35,7%, es decir apenas un tercio de la población de estudio, tiene hábitos alimentarios buenos, el 50% tienen hábitos regulares y el 14.3% poseen hábitos alimentarios malos.

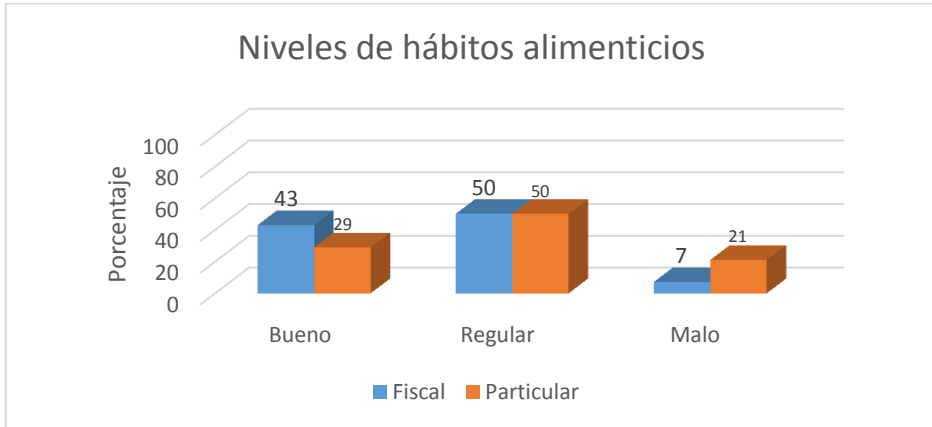


Gráfico No. 66.- Comparación de hábitos del centro fiscal y particular.

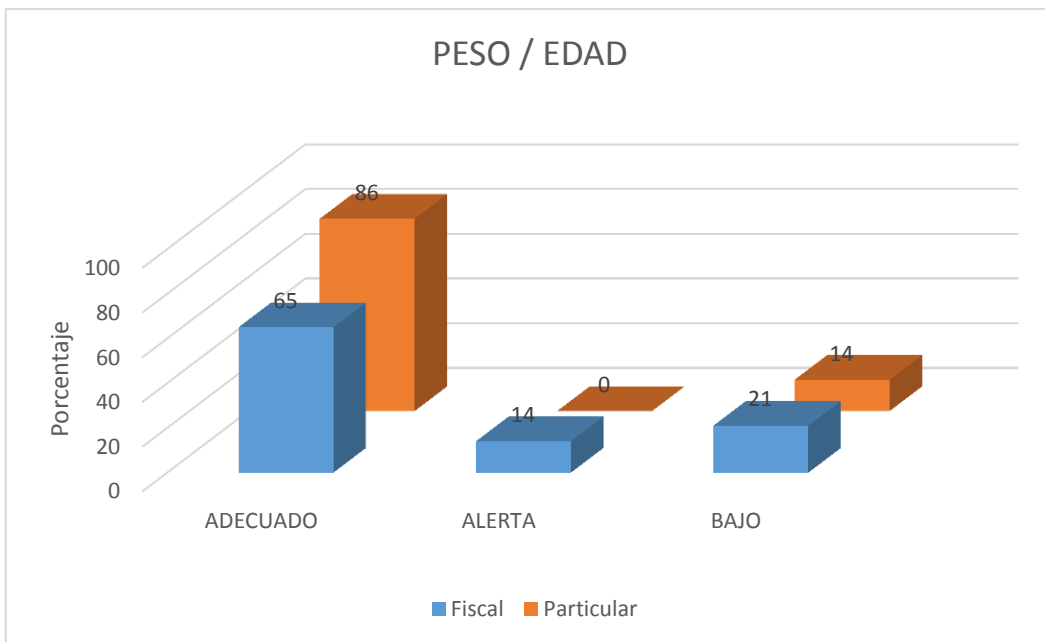


Gráfico No. 67.- Indicador Peso para Edad

- El 86% de los niños del Centro particular tiene un peso para la edad adecuado mientras en el Fiscal un 65% tiene un peso/edad adecuado.
- El 14% de los niños del Fiscal tienen índice de alerta en peso para edad y en el Particular ningún niño tiene este nivel en este indicador.

- El 21% de los niños del Centro fiscal tienen un peso/edad bajo frente a 14% del otro grupo que tienen peso/edad bajo.

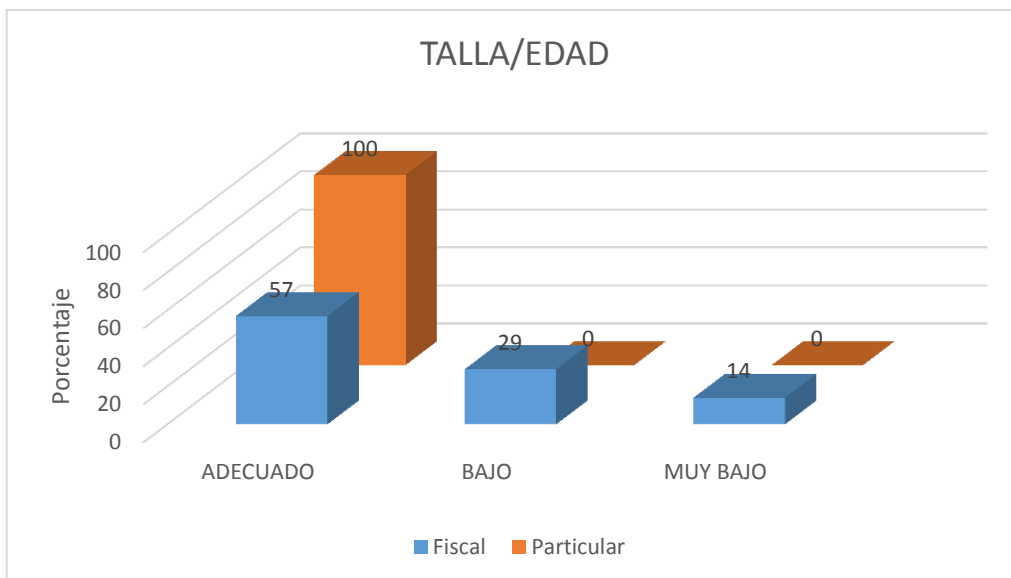
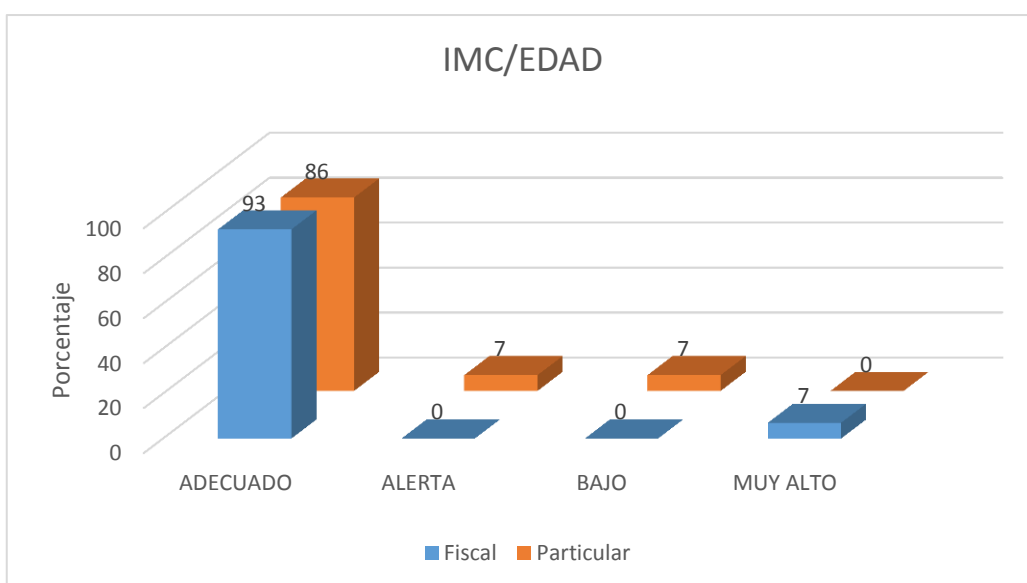


Gráfico No. 68.- Indicador Talla para Edad

- El total de niños del Centro particular tiene una talla para la edad adecuada y el 57% del Fiscal tiene la talla/edad adecuada.
- El 29% de niños del Centro fiscal tiene talla para edad baja.
- El 14% de niños del Centro Fiscal tiene talla/edad muy baja.



- El 93% de los niños del Centro fiscal y el 86% de los del Particular tienen un IMC para la edad adecuado.
- El 7% de los niños del Particular y ninguno del Fiscal tienen un IMC/edad en nivel de alerta.
- El 7% de los niños del Particular y ninguno del Fiscal tienen un IMC/edad bajo.
- El 7% de los niños del Fiscal y ninguno del Particular tienen un IMC/edad muy alto.

Gráfico No. 69.- Indicador IMC para Edad

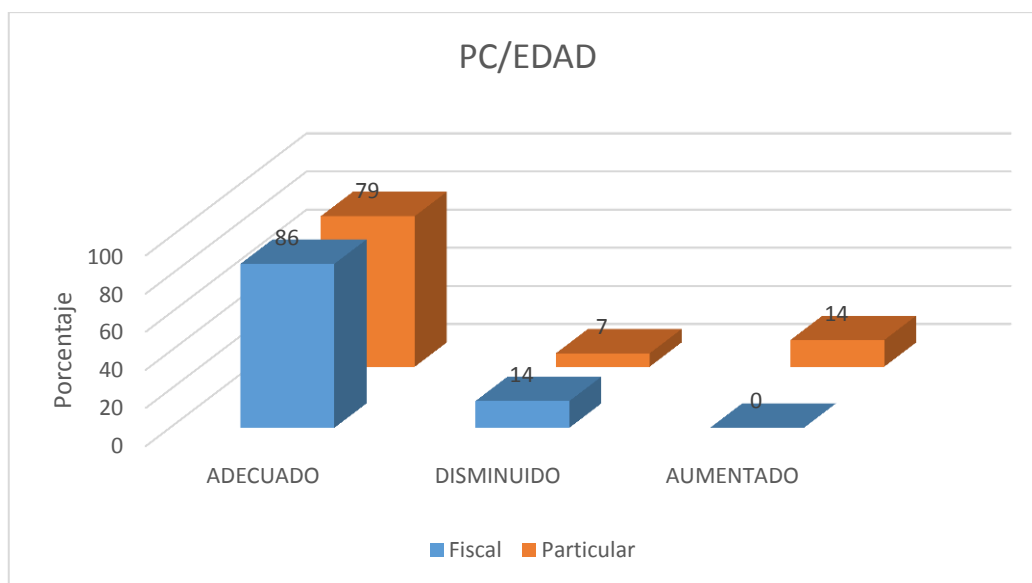


Gráfico No. 70.- Indicador Perímetro cefálico para Edad

- El 79% de los niños del Centro particular y el 86% del fiscal presentan un índice de perímetro cefálico para la edad adecuado.
- El 7% de niños del Centro particular y el 14% de niños del Centro fiscal tienen un perímetro cefálico para edad disminuido.
- El 14% de niños del Centro particular y el 7% de niños del Centro particular tienen un perímetro cefálico para edad disminuido.

Tabla 79.- Tabla cruzada IMC/Edad y hábitos alimentarios

IMC/Edad ^ Habitos Crosstabulation

% within IMC/Edad

		Habitos			Total
		Buenos	Regulares	Malos	
IMC/Edad	Adecuado	40.0%	56.0%	4.0%	100.0%
	Alerta			100.0%	100.0%
	Bajo			100.0%	100.0%
	Muy alto			100.0%	100.0%
Total		35.7%	50.0%	14.3%	100.0%

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios

Según el análisis de la tabla cruzada entre IMC/Edad y hábitos alimentarios muestra:

- El 40% de los niños de ambos centros de desarrollo infantil con IMC para la edad adecuado, tienen buenos hábitos
- El 56% de los niños de ambos centros con IMC para la edad adecuado tienen regulares hábitos.
- Es decir el 96% de los niños con IMC/Edad adecuado tienen buenos y regulares hábitos alimentarios, y el restante 4% de ese grupo tienen malos hábitos.
- Mientras que el 100 % de los niños con niveles de alerta, bajo y muy alto en el IMC/edad tienen hábitos malos.

Tabla 80.- Prueba de Chi cuadrado IMC/EDAD y hábitos alimentarios.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	20.160	6	.003
N of Valid Cases	28		

Fuente: Reporte SPSS

El valor p de la prueba chi cuadrado es 0.003, con una significancia del 5% por lo tanto se rechaza la hipótesis nula y se concluye que las variables IMC/edad y hábitos son dependientes, es decir los hábitos alimentarios de los niños afectan el IMC/edad.

Se realizó la prueba con Talla/Edad, Peso/Edad y PC/E pero como no hay una significancia menor al 5% no se puede rechazar la hipótesis nula, por lo que se concluye que los hábitos de los niños y los indicadores son independientes, es decir no se relacionan.

Tabla 81.-Tabla cruzada IMC/EDAD y consumo de snacks.

IMC/Edad * Consumo de snacks Crosstabulation

			Consumo de snacks				Total
			Todos los días	2 a 3 veces por semana	Una vez por semana	Nunca	
IMC/Edad	Adecuado	Count	0	2	16	7	25
		% of Total	0.0%	7.1%	57.1%	25.0%	89.3%
	Alerta	Count	0	0	0	1	1
		% of Total	0.0%	0.0%	0.0%	3.6%	3.6%
	Bajo	Count	0	0	1	0	1
		% of Total	0.0%	0.0%	3.6%	0.0%	3.6%
	Muy alto	Count	1	0	0	0	1
		% of Total	3.6%	0.0%	0.0%	0.0%	3.6%
Total		Count	1	2	17	8	28
		% of Total	3.6%	7.1%	60.7%	28.6%	100.0%

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios

Según el análisis de la tabla cruzada entre IMC/EDAD y consumo de snacks muestra:

- El 7.1% de los niños que están con IMC para la edad adecuado, consumen snacks dos a tres veces por semana.
- El 57,1% de los niños con IMC para la edad adecuado, consumen snacks una vez por semana.
- El 7% de los niños con IMC para la edad adecuado nunca consumen snacks.

- Mientras que solo un niño que tiene un IMC muy alto, consume todos los días.

Tabla 82.- Prueba de Chi cuadrado IMC/EDAD y consumo de snacks

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	31.113	9	.000
N of Valid Cases	28		

Fuente: Reporte SPSS

El valor p de la prueba chi cuadrado es .000 con una significancia del 1%, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se toma como verdadera la hipótesis H1 alternativa, es decir el IMC/edad sí depende del consumo de snacks.

Tabla 83.-Tabla cruzada PESO/EDAD y consumo de snacks

Peso/Edad * Consumo de snacks Crosstabulation							
			Consumo de snacks				Total
			Todos los días	2 a 3 veces por semana	Una vez por semana	Nunca	
Peso/Edad	Adecuado	Count	0	2	14	5	21
		% of Total	0.0%	7.1%	50.0%	17.9%	75.0%
	Alerta	Count	1	0	0	1	2
		% of Total	3.6%	0.0%	0.0%	3.6%	7.1%
	Bajo	Count	0	0	3	2	5
		% of Total	0.0%	0.0%	10.7%	7.1%	17.9%
Total		Count	1	2	17	8	28
		% of Total	3.6%	7.1%	60.7%	28.6%	100.0%

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios

Según el análisis de la tabla cruzada entre Peso/Edad y la frecuencia del consumo de snacks muestra:

- El 7.1% de los niños que están con peso para la edad adecuado, consumen snacks dos a tres veces por semana. Mientras que el 50%

que también están con peso para la edad adecuado los consumen una vez por semana y el 17,9% de los adecuados no los consumen.

- El 10.7% de los niños que están con IMC para la edad bajo, consumen snacks una vez por semana, mientras que un 7.1% de los bajos, nunca consumen snacks.

Tabla 84.- Prueba Chi cuadrado PESO/EDAD y consumo de snacks.

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	15.721	6	.015
N of Valid Cases	28		

Fuente: Reporte SPSS

El valor p de la prueba chi cuadrado es 0.015 por lo tanto con una significancia del 5% se rechaza la hipótesis nula y se puede concluir que las variables Peso para la edad y consumo de snacks son dependientes.

Tabla 85.- Tabla Cruzada consumo de carne roja y TALLA/ EDAD

Consumo de carne roja*Talla/Edad tabulación cruzada						
			Talla/Edad			Total
			Adecuado	Bajo	Muy bajo	
Consumo de carne roja	Todos los días	Recuento	1	0	1	2
		% del total	3,6%	0,0%	3,6%	7,1%
	2 a 3 veces por semana	Recuento	10	4	1	15
		% del total	35,7%	14,3%	3,6%	53,6%
	Una vez por semana	Recuento	11	0	0	11
		% del total	39,3%	0,0%	0,0%	39,3%
Total	Recuento	22	4	2	28	
	% del total	78,6%	14,3%	7,1%	100,0%	

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios

Según el análisis de la tabla cruzada entre consumo de carne roja y Talla/Edad muestra:

- El 35,7% de los niños que consumen carne roja dos a tres por semana, están en adecuada talla para la edad, mientras que el 14,3% están en talla baja para la edad.
- El 39,3% de los niños que consumen carne roja una vez por semana, están adecuados en talla para la edad.

Tabla 86.- Prueba Chi cuadrado consumo de carne roja y TALLA/ EDAD

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	10,521 ^a	4	,033
N de casos válidos	28		

a. 7 casillas (77,8%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,14.

Fuente: Reporte SPSS

La hipótesis nula se rechaza con un valor p de 0,33 por una significancia menor al 5% y se toma como verdadera la hipótesis H1 alternativa, es decir la talla para la edad sí depende del consumo de carne roja.

Tabla 87.- Tabla cruzada comidas al día y Perímetro cefálico/Edad

Comidas al día*PC/Edad tabulación cruzada

			PC/Edad			Total
			Adecuado	Disminuido	Aumentado	
Comidas al día	1	Recuento	0	1	0	1
		% del total	0,0%	3,6%	0,0%	3,6%
	2 a 3	Recuento	4	1	1	6
		% del total	14,3%	3,6%	3,6%	21,4%
	4 a 5	Recuento	19	1	1	21
		% del total	67,9%	3,6%	3,6%	75,0%
Total	Recuento	23	3	2	28	
	% del total	82,1%	10,7%	7,1%	100,0%	

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios

Según el análisis de la tabla cruzada entre las comidas al día y el Perímetro cefálico para la edad muestra:

- El 3,6% que come una vez al día está disminuido el perímetro cefálico para la edad.
- El 14,3% de los niños que comen dos a tres veces al día, están con perímetro cefálico adecuado.
- El 67,9% de los niños que comen de cuatro a cinco veces al día, están con perímetro cefálico adecuado.

Tabla 88.- Prueba Chi cuadrado comidas al día y Perímetro cefálico/Edad

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	10,507 ^a	4	,033
N de casos válidos	28		

a. 8 casillas (88,9%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,07.

Fuente: Reporte SPSS

La hipótesis nula se rechaza con un valor p de 0,33 por una significancia menor al 5% y se toma como verdadera la hipótesis H_1 alternativa, es el

perímetro cefálico para la edad depende de las comidas al día que el niño ingiere

Tabla 89.- Tabla cruzada refrescos azucarados y Perímetro cefálico/Edad

refrescos azucarados*PC/Edad tabulación cruzada

			PC/Edad			Total
			Adecuado	Disminuido	Aumentado	
refrescos azucarados	Siempre	Recuento	1	2	0	3
		% del total	3,6%	7,1%	0,0%	10,7%
	A veces	Recuento	21	1	1	23
		% del total	75,0%	3,6%	3,6%	82,1%
	Nunca	Recuento	1	0	1	2
		% del total	3,6%	0,0%	3,6%	7,1%
Total		Recuento	23	3	2	28
		% del total	82,1%	10,7%	7,1%	100,0%

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios

Según el análisis de la tabla cruzada entre el consumo de refrescos azucarados y el Perímetro cefálico para la edad muestra:

- El 3,6% que los consume siempre, está con un perímetro cefálico para la edad normal.
- El 7,1% de los niños que consume siempre los refrescos, están con perímetro cefálico disminuido.
- El 75,0% de los niños que consumen a veces este tipo de refrescos, están con un perímetro cefálico normal para su edad.
- El 3,6% que nunca los consume, esta con perímetro cefálico normal, el mismo porcentaje que nunca lo consume, presenta un perímetro cefálico aumentado para la edad.

Tabla 90.- Prueba Chi cuadrado refrescos azucarados y Perímetro cefálico/Edad

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	16,816 ^a	4	,002
N de casos válidos	28		

a. 8 casillas (88,9%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,14.

Fuente: Reporte SPSS

La hipótesis nula se rechaza con un p de 0,002 por una significancia menor al 5% y se toma como verdadera la hipótesis H_1 alternativa, indicando que el consumo de refrescos azucarados influye en el perímetro cefálico para la edad.

Tabla 91.- Tabla cruzada consumo de legumbres e IMC/EDAD

Consumo de legumbres*IMC/Edad tabulación cruzada

			IMC/Edad				Total
			Adecuado	Alerta	Bajo	Muy alto	
Consumo de legumbres	Todos los días	Recuento	15	0	0	1	16
		% del total	53,6%	0,0%	0,0%	3,6%	57,1%
	2 a 3 veces por semana	Recuento	7	0	0	0	7
		% del total	25,0%	0,0%	0,0%	0,0%	25,0%
	Una vez por semana	Recuento	2	1	0	0	3
		% del total	7,1%	3,6%	0,0%	0,0%	10,7%
	Nunca	Recuento	1	0	1	0	2
		% del total	3,6%	0,0%	3,6%	0,0%	7,1%
Total		Recuento	25	1	1	1	28
		% del total	89,3%	3,6%	3,6%	3,6%	100,0%

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios

Según el análisis de la tabla cruzada entre el consumo de legumbres e Índice de masa corporal para la edad muestra:

- El 53,6% de los niños que ingieren legumbres todos los días, están con un IMC para la edad adecuado. Solo un 3,6% que también los consumen todos los días, presenta un IMC/edad muy alto.
- El 25% de los niños que consumen legumbres de dos a tres veces por semana, están con IMC para la edad adecuado.

- El 7,1% de los niños que consumen legumbres una vez por semana, están con IMC para la edad adecuado, y el 3,6% que también las consumen una vez por semana tienen un IMC para edad en alerta.
- Aunque hay un 3,6% que no consume nunca y esta con IMC para la edad adecuado, mientras que la misma cifra no ingiere nunca y está con IMC para la edad bajo.

Tabla 92.- Prueba Chi cuadrado consumo de legumbres e IMC/EDAD

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	22,727 ^a	9	,007
N de casos válidos	28		

a. 14 casillas (87,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,07.

Fuente: Reporte SPSS

La hipótesis nula se rechaza con un p de 0,007 por una significancia menor al 5% y se toma como verdadera la hipótesis H_1 alternativa, indicando que el IMC para la edad sí depende del consumo de legumbres.

Tabla 93 Tabla cruzada alimentos saludables e IMC/EDAD

Alimentos saludables*IMC/Edad tabulación cruzada

			IMC/Edad				Total
			Adecuado	Alerta	Bajo	Muy alto	
Alimentos saludables	Siempre	Recuento	16	0	1	0	17
		% del total	57,1%	0,0%	3,6%	0,0%	60,7%
	Aveces	Recuento	9	1	0	0	10
		% del total	32,1%	3,6%	0,0%	0,0%	35,7%
	Nunca	Recuento	0	0	0	1	1
		% del total	0,0%	0,0%	0,0%	3,6%	3,6%
Total		Recuento	25	1	1	1	28
		% del total	89,3%	3,6%	3,6%	3,6%	100,0%

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios

Según el análisis de la tabla cruzada entre la disponibilidad de alimentos saludables y el Índice de masa corporal para la edad muestra:

- El 57,1% de los niños que disponen de ellos siempre, tienen un IMC para la edad adecuado, y solo un 3,6% que también los tienen siempre, presenta un IMC/edad bajo.
- El 32,1% de los niños que disponen de ellos a veces, están con IMC para la edad adecuado, mientras junto a ellos un 3,6% que los consume a veces tiene un IMC para la edad de en alerta.
-

Tabla 94.- Prueba Chi cuadrado alimentos saludables e IMC/EDAD

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	30,385 ^a	6	,000
N de casos válidos	28		

a. 10 casillas (83,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,04.

Fuente: Reporte SPSS

La hipótesis nula se rechaza con un p de 0,000 por una significancia menor al 5% y se toma como verdadera la hipótesis H_1 alternativa, indicando que la

disponibilidad de alimentos saludables influye en el Índice de masa corporal para la edad.

Tabla 95.- Tabla cruzada alimentos saludables y TALLA/EDAD

Alimentos saludables*Talla/Edad tabulación cruzada

			Talla/Edad			Total
			Adecuado	Bajo	Muy bajo	
Alimentos saludables	Siempre	Recuento	13	3	1	17
		% del total	46,4%	10,7%	3,6%	60,7%
	Aveces	Recuento	9	1	0	10
		% del total	32,1%	3,6%	0,0%	35,7%
	Nunca	Recuento	0	0	1	1
		% del total	0,0%	0,0%	3,6%	3,6%
Total		Recuento	22	4	2	28
		% del total	78,6%	14,3%	7,1%	100,0%

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios

Según el análisis de la tabla cruzada entre la disponibilidad de alimentos saludables y Talla para la Edad muestra:

- El 46,4% de los niños que disponen de estos alimentos siempre, tienen una talla para la edad adecuada. Sin embargo un 10,7% que también los tienen siempre, presenta una talla/edad baja, y el 3,6% de ese mismo grupo tiene una talla/edad muy baja.
- El 32,1% de los niños que disponen de ellos a veces, están con talla para edad adecuada, y el 3,6% de este grupo tiene una talla/edad baja.
- El 3,6% de los niños que nunca disponen de ellos tiene una talla para la edad muy baja.

Tabla 96.- Prueba Chi cuadrado alimentos saludables y TALLA/EDAD

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	14,191 ^a	4	,007
N de casos válidos	28		

a. 7 casillas (77,8%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,07.

Fuente: Reporte SPSS

La hipótesis nula se rechaza con un p de 0,007 por una significancia menor al 5% y se toma como verdadera la hipótesis H_1 alternativa, indicando que la disponibilidad de alimentos saludables influye en la talla para la edad.

Tabla 97.- Tabla cruzada alimentos saludables y PESO/EDAD

Alimentos saludables*Peso/Edad tabulación cruzada

			Peso/Edad			Total
			Adecuado	Alerta	Bajo	
Alimentos saludables	Siempre	Recuento	13	1	3	17
		% del total	46,4%	3,6%	10,7%	60,7%
	Aveces	Recuento	8	0	2	10
		% del total	28,6%	0,0%	7,1%	35,7%
	Nunca	Recuento	0	1	0	1
		% del total	0,0%	3,6%	0,0%	3,6%
Total		Recuento	21	2	5	28
		% del total	75,0%	7,1%	17,9%	100,0%

Fuente: Encuestas de hábitos alimenticios

Según el análisis de la tabla cruzada entre la disponibilidad de alimentos saludables y Peso para la Edad muestra:

- El 46,4% de los niños que disponen de estos alimentos siempre, tienen un Peso para la edad adecuado. Sin embargo un 10,7% que también los tienen siempre, presenta un Peso/edad bajo.

- El 28,6% de los niños que disponen de ellos a veces, están con un peso para edad adecuado, y el 7,1% que de igual forma disponen de ellos a veces están con un peso/edad bajo.

Tabla 98.- Prueba Chi cuadrado alimentos saludables y PESO/EDAD

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	13,816 ^a	4	,008
N de casos válidos	28		

a. 7 casillas (77,8%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,07.

Fuente: Reporte SPSS

La hipótesis nula se rechaza con un p de 0,008 por una significancia menor al 5% y se toma como verdadera la hipótesis H_1 alternativa, indicando que la disponibilidad de alimentos saludables influye en el peso para la edad.

Entre los dos centros infantiles se encontró en su gran mayoría hábitos regulares (50%), seguido por hábitos buenos y malos.

En el análisis de hábitos entre las guarderías se observó que los niños del Centro Infantil del Buen Vivir tienen mejores hábitos que los niños del centro particular "Acuarela". Eso se debe a que los CIBV tienen un menú establecido y sí toman atención en alimentación de los niños, debido a ello como los niños pasan la mayor parte de su día en el centro resulta beneficioso a pesar de que en casa no se alimenten adecuadamente. Mientras que en el centro particular, los padres son los que les envían los alimentos durante la jornada, se notó la irresponsabilidad y la falta de atención en la alimentación de sus hijos tanto en el momento de enviarles su refrigerio y en su hogar.

Mediante las pruebas realizadas se encontró relación entre el IMC/EDAD con los hábitos alimentarios, es decir el 40% de los niños con índice de masa corporal para la edad adecuada tienen buenos hábitos alimentarios, el 56% también de los niños adecuados, poseen hábitos alimentarios regulares. Todos los que están con IMC/EDAD en alerta de bajo y bajo tienen malos hábitos. Por lo que los hábitos alimentarios sí influyen en el estado nutricional del niño de 1 a 3 años de edad.

Con respecto a las distintas variables de los hábitos se tomó como correcta las hipótesis alternativas indicando que existe relación directa entre: La frecuencia de consumo de snacks con IMC para la Edad y el Peso para la Edad; la frecuencia de consumo de carne roja y la talla para la edad; comidas al día y Perímetro cefálico para la edad; la disponibilidad de refrescos azucarados y Perímetro cefálico para la edad; la frecuencia de consumo de legumbres e IMC para la edad y disponibilidad de alimentos saludables con Talla para la Edad, IMC para la Edad y el Peso para la Edad.

CONCLUSIONES

- Los niños del Centro del buen vivir tienen mejores hábitos alimentarios que los del Centro particular y aun así presentan alteraciones de los indicadores antropométricos principalmente peso bajo y talla baja que refleja desnutrición global y desnutrición crónica. Esto puede ser debido a la parte genética y a las infecciones que pueden presentar debido a un sistema inmune deprimido. Mientras que el centro particular prevalece la desnutrición aguda.
- Se concluye que los hábitos alimentarios que los niños poseen si se relacionan con el estado nutricional, lo afirma la asociación IMC/edad con los hábitos.
- En ambos centros de desarrollo infantil se encontró relación directa entre variables independientes de los hábitos con el estado nutricional. Se encontró que la frecuencia de consumo de snacks influye en el IMC para la edad y el peso para la edad.
- También se encontró que la frecuencia de consumo de carne roja y la talla para la edad se encuentran relacionados.
- Así mismo el hábito de las comidas al día, está relacionada con el perímetro cefálico.
- Otras variables de hábitos que influyen en el estado nutricional son: la disponibilidad de refrescos azucarados y Perímetro cefálico para la edad; la frecuencia de consumo de legumbres e IMC para la edad y disponibilidad de alimentos saludables con Talla para la Edad, IMC para la Edad y el Peso para la Edad.

RECOMENDACIONES

- En ambos Centros se debe trabajar educando a los padres de familia y personas encargadas de cuidar al niño en casa sobre todas las temáticas del desarrollo infantil y de forma particular en la más importante de todas como es la alimentación nutritiva de 1 a 3 años, los correctos hábitos alimenticios y la frecuencia recomendada de cada tipo de alimento.
- En ambos Centros se debe realizar al menos una vez por año la encuesta a los padres de familia sobre todos los aspectos de los hábitos alimenticios en casa para poder contribuir con recomendaciones y charlas de nutrición y salud en los puntos donde se encuentre falencias.
- Ofrecer talleres sobre las falencias en la forma de alimentación que pueden afectar el estado nutricional: como el consumo excesivo de jugos industrializados, consumo de snacks, la omisión o escaso desayuno, la escasa disponibilidad de alimentos saludables, la ingesta insuficiente de alimentos entre otros.
- Iniciar procesos de capacitación continua a las Educadoras que trabajan en los Centros infantiles dando atención directa a los niños para que puedan hacer el monitoreo de su estado nutricional y puedan hacer recomendaciones a los padres en este aspecto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dalmau J, Vitorla I. *Nutrición y prevención de enfermedad*. En: Tratado de Nutrición. 2010
2. Organización Mundial de la salud. *Estrategia para la salud y del desarrollo del niño y el adolescente*. 2002.
http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB111/seb1117.pdf
3. Moreno V, Machicado J, Miranda N, Gordillo A, Mora S et al. 2006.
Identidades 10. Pag 63
4. Organización de las Naciones Unidas. Alerta por desnutrición infantil en Ecuador. 2009. <http://www.eldiario.ec/noticias-manabi-ecuador>
5. UNICEF. *Estado mundial de la infancia*. 2009
Siteresources.worldbank.org/NUTRITION/Resources/281846-1271963823772/EcuadorSPA41211web.pdf
6. Organización Mundial de la salud. *Combatamos la obesidad infantil para ayudar a prevenir la diabetes*. 2004.
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr81/es/>
7. UNICEF ECUADOR. UNICEF *resaltó la necesidad de promover una alimentación saludable para combatir la obesidad y la desnutrición infantil*. 2014. https://www.unicef.org/ecuador/media_27842.htm
8. Guerrero N, Campos O. I, Luengo J. *Estudios sobre hábitos alimentarios racionales de los niños y jóvenes, con especial incidencia en la población inmigrante*. Confederación de Consumidores y Usuarios (CECU), España, 2005.
9. Macías M, Adriana; Gordillo S, Lucero; Camacho R, Esteban. Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. *Revista Chilena de nutrición*.N3 Vol.39
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182012000300006
10. Diez G, Lucia; Galán L, Iñaki; León D, Carmen; Zorilla T, Belén G. Encuesta de Nutrición infantil de la comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de la Sanidad de la Comunidad y Madrid. 2008.

11. CESNI. Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil. *Investigación de desnutrición en niños en diferentes localizaciones de Argentina y de distintos niveles socioeconómicos*. 2004
12. Feldman S, Robert. *Desarrollo en la infancia*. Por Pearson Educación de México, Cuarta edición. 2008
13. Polanco, A. Alimentación del niño en edad preescolar y escolar. *Anales de pediatría*. Vol.3. 2005. www.analesdepediatria.org
14. MSP. Ministerio de Salud Pública. *Normas y protocolos de alimentación para niñas y niños menores de 2 años*. 2014
15. Caorsi, Laura. Como alimentar a niños de 1 a 3 años. Eroski consumer trabajo y alimentación. 2010.
<http://trabajoyalimentacion.consumer.es/ninos-de-1-3-anos/caracteristicas-fisiologicas>
16. Andreu, M. XII Congreso de Internacional de la educación. Plasticidad Cerebral y Experiencia. *Fundamentos Neurobiológicos*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona. 2011
17. Servicios Centros Infantiles del Buen Vivir. Guía Teórica- Metodológica CIBV. 2013.
<http://www.xforodesarrollosocial.com/descargas/MODE/Servicios%20Centros%20Infantiles%20del%20Buen%20Vivir%20CIBV.pdf>
18. Legarda, Ma; Miketta A. *Estimulación Temprana Inteligencia Emocional y Cognitiva*. Vol.3. Cultural. Estados Unidos.
19. Ramos, Carmen. Pediatra. Centro de salud Cerro del Aire. Madrid. 2013.
20. Casanueva, E. et al. Nutriología médica. Medica Panamericana. México. 2000.
21. Ministerio de Inclusión Económica y Social MIES. *Desarrollo Infantil Integral*. 2013.
<http://www.xforodesarrollosocial.com/descargas/MODE/Servicios%20Centros%20Infantiles%20del%20Buen%20Vivir%20CIBV.pdf>
22. Organización Panamericana de la Salud. *Alimentación y Nutrición del niño pequeño: Memoria de la Reunión Subregional de los Países de Sudamérica*. Perú. 2008

- PatriceEngle[https://www.unicef.org/lac/Reunion_Sudamericana_de_Alimentacion_y_Nutricion_del_Nino_Pequeno\(2\).pdf](https://www.unicef.org/lac/Reunion_Sudamericana_de_Alimentacion_y_Nutricion_del_Nino_Pequeno(2).pdf)
23. Brown, Judith. *Nutrición en las diferentes etapas de la vida*. Mc Graw Hill. Quinta edición. 2014.
 24. Food and Nutrition Board: Dietary Reference Intakes. Institute of Medicine. National Academy of Sciences. National Academy Press. Washington. 2002-2005. <http://www.nap.edu/topics.php?topic=380>
 25. Hernández T, Manuel. *Recomendaciones nutricionales para el ser humano*. Instituto de Nutrición e Higiene de los alimentos. 2004.
 26. *Nutrición en el niño de corta edad (1-3 años)*. Alimentación Infantil. 2004. https://dieteticaieselgetares.files.wordpress.com/2013/04/nutricic3b3n-del-nic3b1o-de-corta-edad-1_3-ac3b1os.pdf
 27. FAO/WHO/UNU. *Expert Consultation Report on Human Energy Requirements*. Interim Report. 2001.
 28. Otero, Belén. RED DEL TERCER MILENIO. *Nutrición*. 2012. <http://www.aliat.org.mx/BibliotecasDigitales/salud/Nutricion.pdf>
 29. Dalmau, Jaime. *Nutrición en la infancia y en la adolescencia*. Manual practica de Nutrición y salud. 2011.
 30. Carbajal A, Ángeles. *Manual de Nutrición y Dietética*. Universidad Complutense de Madrid. 2013. <http://eprints.ucm.es/22755/1/Manual-nutricion-dietetica-CARBAJAL.pdf>
 31. Gidding, SS et al. *Dietary Recommendations for children and Adolescents*. American Academy of Pediatrics. 2006
 32. FAO. *Alimentar la mente para crecer y vivir sanos*. 2010. <http://www.fao.org/docrep/013/am288s/am288s00.pdf>
 33. Lama RA. *Metodología para evaluar el estado nutricional*. *Anales de pediatría*. 2011.
 34. Reilly, JJ; Armstrong, J; Dorosty, AR; Emmett, PM; Ness, A; Rogers, I; et al. *Early life risk factors for obesity in childhood*. 2005.
 35. UNICEF. *Evaluación del crecimiento de niños y niñas*. 2012. https://www.unicef.org/argentina/spanish/Nutricion_24julio.pdf

36. UNICEF, OPS, OMS. Nutrición de un vistazo ECUADOR. *Banco Mundial*. 2010
37. UNICEF. UNICEF, PMA Y OPS trabajan juntos contra la desnutrición infantil. 2016. https://www.unicef.org/ecuador/media_9001.htm
38. Organización Panamericana de la Salud OPS. *La desnutrición en lactantes y niños pequeños en América Latina y El Caribe: alcanzando los objetivos del desarrollo del milenio*. 2008.
www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/MalnutritionSpa.pdf
39. Organización mundial de salud. Reducción de la mortalidad en la niñez. 2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/es/>
40. Ferreira, Wanderley. Obesidad y Pobreza: marco conceptual para su análisis en latinoamérica . 2009. <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n1/11.pdf>
41. Achor, Maria; Benítez, Nestor; Brac, Evangelina; Barslund, Silvia. OBESIDAD INFANTIL. *Revista de Posgrado de Vía Cátedra de Medica*. N 168. 2007. http://med.unne.edu.ar/revista/revista168/6_168.pdf
42. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Normas de Nutrición para la prevención primaria y control del sobrepeso y la obesidad en niñas, niños y adolescentes. 2011.
43. Depósitos de documentos de la FAO. Carencia de vitamina C. Nutrición humana en el mundo en Desarrollo. 2002.
<http://www.fao.org/docrep/006/w0073s/w0073s0n.htm#TopOfPage>
44. Depósitos de documentos de la FAO. Carencia de vitamina A. Nutrición humana en el mundo en Desarrollo. 2002.
<http://www.fao.org/docrep/006/w0073s/w0073s0j.htm>
45. Consejo de salubridad general. Guía de Práctica clínica Deficiencia de niacina. 2009.
46. Durán, Pablo. Anemia por deficiencia de hierro: estrategias disponibles y controversias por resolver. *Revista Argentina Pediatría*. 2005
47. World Health Organization. Complementary feeding and the control for Europe. 2000
48. Osario, J; Weisstaub, G. Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia. *Revista Chile Nutrición*. 2002
49. Lutz, Carroll; Przytulshi, Kren. *Nutrición y Dietoterapia*. Editorial: Mac Graw Hill. Quinta edición. 2010
50. López E, Antonio; Magaña G, Claudia. *Hábitos alimentarios: Psicobiología y socioantropología de la alimentación*. Edición: Mc Graw Hill. Mexico, Bogota, Buenos Aires, Caracas, Guatemala, Madrid, Nueva York. 2014.

51. Generalitat de Catalunya. Departamento de Salud. Recomendaciones para la alimentación en la primera infancia de 0 a 3 años.2016.
52. Congreso de Asociación Española de Pediatría. Los pediatras recomiendan no llevar a los niños a la guardería hasta los dos años. 2013
53. *Vincezi A, Tudesco F.* La educación como proceso de mejoramiento de la calidad de vida de los individuos y de la comunidad. *Revista Iberoamérica Educ* 2007.
54. Lucas, B; Feucht, S. Nutrición en la infancia. Dieto terapia de Krause. España. 2009.
55. Bolaños P. Evolución de los hábitos alimentarios. De la salud a la enfermedad por medio de la alimentación. *Trast Condu Alime.* 2009.
56. Busdiecker B. Sara, Castillo D. Carlos, Salas A. Isabel. Cambios en los hábitos de alimentación durante la infancia. *Revista Chile Pediatría.* 2000.
57. Boada C, Nathaly. Estudio comparativo de hábitos alimentarios de los niños de segundo y tercero de básica en la escuela fiscal masculina Camilo Ponce Enríquez y en el Centro Educativo Dr. Luis Orbe en el periodo 2011-2012. Título de Licenciatura en Nutrición humana. repositorio.puce.edu.ec

ANEXOS

Encuesta

Esta encuesta se realiza con fines académicos para la elaboración de un estudio acerca de hábitos alimenticios de los niños de 1 a 3 años de edad, se agradece la veracidad para contestar las preguntas, además sepan que esta información será usada de forma confidencial. Por favor elija solo una opción.

Edad de su hijo: _____

1. Cuantas comidas ingiere al día
1___ 2___ 3___ 4-5___
2. Tiene horario de comidas
Si___ No___
3. El niño se sienta para comer
Si___ No___
4. Ha notado que su hijo ha disminuido su apetito?
Si___ No___
5. Su niño recibe o recibió leche materna?
Si___ No___ Si la recibió hasta que edad _____(en meses)
6. Antes de ir a la guardería que se asemeja más a su desayuno
Vaso de le leche o zumo___ nada___ vaso de leche o zumo con cereales,
tostadas o pan/galletas___ otros (indique el
desayuno)_____
7. El niño todavía toma biberón
Si___ No___
8. El niño usa la cuchara y el cubierto o uno de los dos.
Si___ No___
9. El niño come en la mesa junto a la familia
Si___ No___
10. En su casa se encuentran disponibles alimentos saludables (frutas, verduras, cereales
integrales y leguminosas)
Siempre___ a veces___ nunca___
11. En su casa se encuentran disponibles refrescos azucarados (gaseosas, jugos
procesados)
Siempre___ a veces___ nunca___
12. Cuantas frutas come al día
1-2___ 3-4___ no come___
13. Frecuencia del consumo de leche de vaca
Nunca___ todos los días___ una o dos veces por semana___
14. Frecuencia de consumo de alimentos fuera de casa como hamburguesas y pizza
Nunca___ todos los días___ una vez a la semana___
15. Frecuencia del consumo de verduras y ensaladas
Nunca___ todos los días___ una a dos veces por semana___

16. Frecuencia de consumo de pollo
 Todos los días__ dos o tres veces por semana__ una vez a la semana__
 nunca_____
17. Frecuencia de consumo de carne roja
 Todos los días__ dos o tres veces por semana__ una vez a la semana__ nunca_____
18. Frecuencia de consumo de pescado
 Todos los días__ dos a tres veces por semana__ una vez a la semana__ nunca_____
19. Frecuencia del consumo de arroz, cereal y pan
 Todos los días__ dos o tres veces por semana__ una vez a a la semana__
 nunca_____
20. Frecuencia del consumo de legumbres
 Todos los días__ dos o tres veces por semana__ una vez por semana__ nunca_____
21. Consumo de dulces y golosinas
 Todos los días__ 2 o 3 veces por semana__ una vez por semana__ nunca_____
22. Consumo de papitas, k"chitos en funda u otros
 Todos los días__ dos a tres veces por semana__ una vez a la semana__
23. Que tipo de cocción utiliza para la elaboración de los alimentos
 Frito, seco, parilla __ al vapor, a la plancha, al horno_____
24. Realiza actividad física (deporte o ejercicios)
 Si__ No__
25. El niño come mientras ve televisión
 Si__ No _____
26. Considera que tiene una situación económica aceptable
 Si__ No_____
27. Considera que la situación económica puede estar afectando la alimentación en el
 niño.
 Si__ No__
28. Usted está informado, lee o pregunta sobre la alimentación de niños de 1 a 3 años?
 Si_____ no_____
29. Considera usted que la falta de conocimientos sobre alimentación de niños de 1 a 3
 años está influyendo en el estado nutricional de su niño?
 Si_____ no_____
30. Lleva al niño al pediatra a realizar los controles médicos?
 Si_____ no_____
31. Con que frecuencia lo lleva a los controles médicos?
 Siempre_____ a veces_____ nunca_____



Tomando el perímetro cefálico





Tomando el peso y la talla





Charla nutricional y encuestas a las madres del CIVB
“SEBRANDO TERNURA”

