

# DEDICATORIA

CINDI FABIOLA MATIAS BERNARDO

## AGRADEZCO A DIOS:

Por la oportunidad que me da para despertar cada mañana al brindarme el regalo de un día más, por permitirme estar al lado de mi familia al otorgarme salud y bienestar, guiándome en mi camino para alcanzar las metas que me he propuesto a lo largo de la vida que me permita estar en esta tierra.

## AGRADEZCO A MIS PADRES:

Por apoyarme sin dudar de mi potencial en toda mi formación académica al demostrarme cada día su amor incondicional, luchando por salir adelante y poder pagar mis estudios, al ser padres que dan todo por sus hijos, por sacrificar su tiempo y esfuerzo en educarme e instruirme en el camino de Dios impulsándome a no doblegarme en los momentos difíciles y luchar para alcanzar mis sueños. A quienes la ilusión de su vida y su más grande orgullo ha sido convertirme en una persona de bien y de provecho.

## A MIS HERMANOS:

Por darme ánimos en los momentos difíciles de mi formación académica, su apoyo incondicional, brindándome ayuda en las situaciones donde se ha requerido y por su comprensión en todo este trayecto, quienes estando lejos o cerca se preocupan por mi bienestar.

## A MI COMPAÑERO DE TESIS:

Por su comprensión, empeño y por el tiempo que dedicó a este trabajo de investigación, por su amabilidad al hospedarme y brindarme alimento en su hogar cuando fue requerido, por su arduo trabajo y apoyo en este trayecto de nuestra carrera.

A MI ASESORA:

De igual forma a mi maestra por su apoyo en la elaboración de este proyecto al resolver cada una de nuestras dudas, por su paciencia, dedicación y empeño que ofreció para nuestra formación académica.

YONI OEL MARTINEZ LÓPEZ

Agradezco a Dios primeramente por la oportunidad que nos brinda de poder mantener salud y vida para poder sostener nuestras metas y complementarlas con satisfacción y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A MIS PADRES:

Agradezco a mi madre y a mi padre que me apoyaron en este sueño que he podido realizar por su comprensión y constancia al momento de motivarme en las diferentes maneras.

A MI ASESOR:

También agradezco a mi asesor por su integración en cuantos a sus conocimientos y su interés por realizar un trabajo completo y satisfactorio.

A MI COMPAÑERA:

Agradezco la cooperación de mi compañera por el trabajo de equipo, mostrando siempre su gran interés, compromiso y determinación individual para alcanzar este objetivo.

En especial hacemos un agradecimiento a la vida, por brindarnos la oportunidad de hacer frente a nuevos retos y poder darlos como concluidos.

A todo ellos infinitas gracias

## **INDICE**

<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO 1 .....</b>	<b>4</b>
<b>1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA. ....</b>	<b>4</b>
<b>CAPÍTULO II.....</b>	<b>21</b>
2. MARCO DE REFERENCIA.....	21
2.1 MARCO HISTÓRICO.....	21
2.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	25
2.3 MARCO TEÓRICO.....	31
2.3.1 CONCEPTO DE DESNUTRICIÓN INFANTIL.....	31
2.3.2 FISIOPATOLOGÍA DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LOS NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS. ....	32
2.3.3 ETIOLOGÍA.....	34
2.3.4 EPIDEMIOLOGIA.....	35
2.3.5 CLASIFICACIÓN .....	36
2.3.6 CLASIFICACIÓN DE NUTRIENTES DE ACUERDO A SU FUNCIÓN. ....	38
2.3.7 DIAGNÓSTICO: .....	44
2.3.8 TRATAMIENTO.....	46
2.3.9 PREVENCIÓN.....	49
2.4 MARCO CONCEPTUAL. ....	51
<b>CAPÍTULO III.....</b>	<b>55</b>
3. DISEÑO METODOLÓGICO.....	55
3.1 FORMAS DE INVESTIGACIÓN.....	56
3.1.1 INVESTIGACION PURA .....	56
3.1.2 INVESTIGACIÓN APLICADA .....	56
3.2 TIPOS DE ESTUDIO .....	57
3.2.1 ESTUDIO CORRELACIONAL.....	57
3.2.2 ESTUDIO DESCRIPTIVO.....	58
3.2.3 ESTUDIO EXPLICATIVO.....	58
3.2.4 ESTUDIO EXPLORATORIO .....	59
3.3 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	59
3.3.1 INVESTIGACIÓN EXPERIMENTAL .....	59
3.3.2 INVESTIGACIÓN NO EXPERIMENTAL .....	60
3.3.2.1 INVESTIGACIÓN TRANSVERSAL.....	60

3.3.2.2 INVESTIGACIÓN LONGITUDINAL .....	61
3.4 ENFOQUES .....	61
3.4.1 ENFOQUE CUALITATIVO.....	61
3.4.2 ENFOQUE CUANTITATIVO .....	62
3.4.3 ENFOQUE MIXTO .....	62
3.5 UNIVERSO O POBLACIÓN .....	63
3.5.1 DELIMITACIÓN ESPACIAL.....	64
3.6 MUESTRA .....	64
3.6.1 TIPOS DE MUESTREO .....	65
3.6.1.1 PROBABILÍSTICO .....	65
3.6.1.1.1 ALEATORIO SIMPLE .....	66
3.6.1.1.2 ESTRATIFICADO .....	66
3.6.1.1.3 SISTEMÁTICO.....	66
3.6.1.1.4 POR CONGLOMERADO .....	66
3.6.1.2 NO PROBABILÍSTICO.....	67
3.6.1.2.1 MUESTREO POR CONVENIENCIA .....	67
3.6.1.2.2 MUESTREO POR CUOTAS.....	67
3.6.1.2.3 ACCIDENTAL O BOLA DE NIEVE .....	68
3.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	68
3.7.1 OBSERVACIÓN .....	68
3.7.2 ENCUESTA.....	69
3.8 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	69
3.8.1 CUESTIONARIO .....	69
<b>CAPÍTULO IV .....</b>	<b>78</b>
4. RESULTADOS .....	78
4.1 RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MARCO METODOLÓGICO ...	78
4.2 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	79
<b>SUGERENCIAS .....</b>	<b>127</b>
<b>PROPUESTA.....</b>	<b>128</b>
<b>CONCLUSIÓN.....</b>	<b>130</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>132</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>136</b>



## INTRODUCCIÓN

La desnutrición infantil es un problema frecuente en México principalmente en la población de 1 a 5 años de edad debido a que los niños consumen alimentos en cantidades deficientes, inadecuadas o sustituyéndolos con productos que no aportan ningún beneficio a su salud, como consecuencia se presentan complicaciones en su crecimiento y desarrollo lo cual es un problema en esta etapa tan importante de su vida, de igual forma la desnutrición es una de las causas más frecuentes de muerte infantil no solo en nuestro país, sino en todo el mundo. Otro de los factores que influyen en la adquisición de este trastorno es la falta de información y/o conocimiento sobre una dieta adecuada por parte de los padres de familia al ser los que proporcionan el alimento a sus hijos y por lo tanto ignoran que alimentos se incluyen en las comidas básicas que debe realizar su hijo.

Por lo tanto los profesionales de enfermería juegan un rol importante en la detección de algunos problemas de niños menores de cinco años como es el de la desnutrición, debido a que el profesional de enfermería es quien tiene mayor contacto con los niños, madres o sus familias durante los primeros años de la vida. Es importante que el profesional de enfermería informe a las madres de familia a través de la promoción de la salud sobre qué tan importante es la participación activa y consecutiva de acudir a la clínica más cercana para realizar el control de crecimiento y desarrollo de sus menores hijos, quienes finalmente deben ser las responsables de la atención y cuidado de sus hijos.

El presente trabajo de investigación ha sido elaborado en el marco del Plan de Estudios de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Universidad del Sureste, específicamente Campus de la Frontera, en Frontera Comalapa, Chiapas; con la finalidad de conocer con mayor profundidad el problema de la desnutrición infantil y su relación con los hábitos alimenticios en niños que se encuentran en el rango de 1 a 5 años, puntualmente en Potrerillo, Amatenango

de la Frontera, Chiapas, para que derivado de los resultados obtenidos, sea posible la construcción de un plan de capacitación dirigido a los padres de familia para promocionar buenos hábitos alimenticios con el motivo de prevenir la desnutrición infantil.

El trabajo se presenta en cuatro grandes capítulos, independientemente la información general relacionada a las dedicatorias, índice, introducción, sugerencias y/o propuestas, conclusión, anexos y la bibliografía.

Los cuatro capítulos antes referidos comprenden:

**Capítulo I.** Planteamiento del problema. En este apartado se exponen los datos relevantes que existen sobre el problema en distintos niveles, se definen las interrogantes que han de guiar la investigación, la idea central, el objetivo general, los objetivos específicos, la hipótesis, la justificación de la necesidad de investigar el tema en cuestión, así como la delimitación del estudio.

**Capítulo II.** Marco de referencia. Aquí se presenta información del tema a partir de un marco antropológico que ilustra los antecedentes del problema desde tiempos remotos; también encontramos un marco teórico donde podemos conocer las bases teóricas que sustentan nuestra tesis a partir de diversos autores; un marco legal que brinda los sustentos jurídicos y finalmente un marco conceptual que nos da luz en los distintos términos técnicos relacionados al tema y a nuestra profesión.

**Capítulo III.** Metodología. En este capítulo se habla del tipo de estudio y metodología aplicada en el proceso de investigación y de manera más concreta se muestran los instrumentos, características y procedimientos utilizados para obtener nuestra información documental y de campo.

**Capítulo IV.** Finalmente en este capítulo se muestran los resultados de la investigación, los análisis e interpretación de los datos en función a los cuadros y gráficas resultantes.

# CAPÍTULO 1

## 1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

### **“HÁBITOS ALIMENTICIOS COMO FACTOR DE RIESGO EN LA DESNUTRICIÓN INFANTIL EN POTRERILLO, AMATENANGO DE LA FRONTERA“**

#### 1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.

La desnutrición infantil es uno de los factores causado por el consumo insuficiente de alimentos y de la aparición de ciertas enfermedades infecciosas. La desnutrición implica pesar menos de lo normal para la edad, tener una estatura inferior a la que corresponde a la edad (retraso en el crecimiento), estar peligrosamente delgado (emaciación) y por la falta de vitaminas y minerales.

(Ramos, 1969) Menciona:

La desnutrición proteico-calórica es un estado patológico, inespecífico, sistémico y potencialmente reversible, que se origina como resultado de la deficiente incorporación de los nutrimentos a las células del organismo y se presenta con diversos grados de intensidad y variadas manifestaciones clínicas de acuerdo con factores ecológicos (p.8)

(Wisbaum, 2011) Señala:

Cerca de 200 millones de niños menores de 5 años sufren desnutrición crónica. Un 90% vive en Asia y África, donde las tasas son muy elevadas: 40% en Asia y 36% en África. El 80% de los niños con desnutrición crónica vive en 24 países. De los 10 países que más contribuyen a la cifra total, seis están en Asia: Bangladesh, China, Filipinas, India, Indonesia y Pakistán, debido en parte a la

elevada población que registran la mayor parte de ellos. Así, por ejemplo, se calcula que 3 de cada 10 niños desnutridos en el mundo en desarrollo viven en India. En 9 países, más del 50% de los niños menores de 5 años sufre desnutrición crónica. Guatemala, con un 54%, se sitúa en niveles semejantes a los de algunos países africanos y asiáticos. El resto de los países son: Afganistán, Yemen, Guatemala, Timor-Leste, Burundi, Madagascar, Malawi, Etiopía y Rwanda (de mayor a menor porcentaje). Un 13% de los niños menores de 5 años sufre desnutrición aguda, y un 5% de ellos desnutrición aguda grave. El 60% de los casos de desnutrición aguda se registra en sólo 10 países. Un total de 32 países tienen un 10% o más de niño menor de 5 años con desnutrición aguda grave, que requiere tratamiento urgente. (p.12)

(Coronado, 2006) Menciona:

La desnutrición infantil tiene una serie de consecuencias negativas en distintos ámbitos. Entre ellas destacan los impactos en morbilidad, educación y productividad, constituyéndose en uno de los principales mecanismos de transmisión intergeneracional de la pobreza y la desigualdad. La desnutrición en gestantes aumenta el riesgo de bajo peso al nacer, incrementando, a su vez, el riesgo de muerte neonatal. Los bebés que nacen con un peso de 2.000 a 2.499 gramos enfrentan un riesgo de muerte neonatal que cuadruplica el de aquellos que pesan entre 2.500 y 2.999 gramos, y es 10 a 14 veces superior respecto de los que pesan al nacer entre 3.000 y 3.499 gramos. En distintos estudios se observa que la desnutrición es el mayor contribuyente de la mortalidad infantil y de la niñez en edad preescolar (50-60%), mientras el porcentaje de casos de morbilidad atribuible a la desnutrición es de 61% para la diarrea, 57% para la malaria, 53% para la neumonía y 45% para el sarampión, e incrementa significativamente el riesgo de que en la edad adulta se desarrollen patologías crónicas, tales como enfermedades coronarias, hipertensión y diabetes y enfermedades transmisibles como la tuberculosis.(p.7)

(Fernandez, 2005) Identifica:

La desnutrición entre los menores de 5 años es uno de los efectos más directos del hambre y, a la luz de la evidencia empírica, su mitigación aún constituye un importante desafío en la región. El bajo peso al nacer –menos de 2.500 gramos– incrementa el riesgo de mortalidad infantil y de desnutrición durante todo el ciclo vital, afecta negativamente el desarrollo físico e intelectual, reduce la capacidad de aprendizaje y laboral en la etapa adulta y entre las mujeres incrementa la probabilidad de reproducir el fenómeno intergeneracional mente. En América Latina y el Caribe, el bajo peso al nacer alcanza 10% de los nacidos vivos. Entre los países miembros de la AEC, cabe mencionar algunos que registran tasas elevadas: República Dominicana (11%), Guyana (12%), Suriname (13%) y particularmente Haití (21%) y Trinidad y Tabago (23%). Estos dos últimos incluso superan los niveles del África subsahariana. En cambio, Cuba y Belice, presentan un bajo porcentaje de niños con bajo peso al nacer (6%), incluso inferior al promedio observado en los países más industrializados. La desnutrición global o ponderal entre los niños y niñas de la cuenca del Caribe muestra avances positivos entre los periodos 1988-1991 y 2000-2002. Sin embargo, como se aprecia en el gráfico I.4, los niveles actuales siguen siendo altos en muchos de los países, particularmente en Guatemala, San Vicente y las Granadinas, Haití, Honduras, Guyana, Suriname y El Salvador, donde la desnutrición global afecta entre 10% y 24% de los niños y niñas menores de 5 años. (p. 10)

(Cálculos del Banco Mundial, 2014) Señala:

La prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 5 años ecuatorianos fue de 23.1%. La desnutrición aguda alcanzo apenas al 1.7% y el 9.3% de los niños presentaron desnutrición global. La desnutrición crónica es mayor en poblaciones rurales que en poblaciones urbanas (31% versus 17%); mayor en la Sierra (32%) que la Costa (16%) o en la Amazonía (23%). La desnutrición crónica es mucho mayor en niños indígenas (47% desnutridos crónicos y 17%

desnutridos crónicos severos) que en aquellos de cualquier otro grupo étnico. (p.5)

(Instituto Nacional de Salud Pública, 2003) Indica:

La mala alimentación y la incidencia de enfermedades, son condiciones que se relacionan estrechamente con un estado de pobreza y una mala salud. De ahí que la prevalencia de la desnutrición sea más frecuente entre las poblaciones que padecen los niveles más altos de pobreza y marginación. En este sentido, la desnutrición en México se sigue presentando como un fenómeno predominantemente rural en donde la pobreza se suma a la falta de información y las dificultades de abasto que enfrentan las poblaciones más aisladas. Todos estos factores inciden en los altos niveles de desnutrición. La incidencia de la desnutrición en los niños menores de cinco años se encuentra estrechamente relacionada con la condición de pobreza de los hogares en los que viven, así como con el lugar de residencia de los hogares. Entre los hogares en condiciones de pobreza, el riesgo de que los niños presenten desmedro es tres veces mayor que en los hogares de más altos ingresos. Esto habla de las serias restricciones que enfrentan los hogares pobres para adquirir los alimentos necesarios para satisfacer sus necesidades nutricionales básicas. (p.17)

(McLaren, 1976) Estableció:

Los siguientes grados: I (leve), II (moderada) y III (grave), de acuerdo con el porcentaje de la pérdida de peso referido a talla y edad, en los casos leves la pérdida de peso se estima entre el 85-90% del ideal, en la moderada entre el 75-85% y en la severa cuando el peso es inferior al 75% del ideal para talla y edad. (p.17)

(Gutiérrez, 2015) Menciona:

México en los últimos 10 años se ha observado una disminución en los diferentes tipos de desnutrición infantil, la prevalencia de baja talla continúa siendo un grave problema de salud pública en menores de cinco años de edad. Actualmente en México, 1.5 millones de niños de esta edad (13.6%) sufren de desnutrición crónica (baja talla para la edad). Ésta, evaluada por indicadores como bajo peso para la edad, se ubica en 2.8%; es decir, 280,000 niños la padecen, y evaluada por el indicador de peso para la talla, en 1.6%, lo cual indica que aproximadamente 174,000 niños la presentan. (p.3)

(Rivera-Dommarco, 2013) Menciona:

En un análisis donde se evaluaron las tendencias de la desnutrición crónica y aguda en menores de 5 años, se pudo observar que la desnutrición crónica continua siendo mayor en la región rural y más aún en los hogares indígenas. En este mismo estudio se describe que la mayor presencia de desnutrición crónica se ubica en la región sur del país 19.2%, la cual, está conformada por estados como Chiapas, Guerrero, Oaxaca y Yucatán. Mismos que presentan las prevalencias más altas de baja talla por entidad federativa, siendo superiores al 20% en todos los casos (27%, 22.1%, 21.6% y 20.3%, respectivamente). Situación que como se mencionó anteriormente, se agrava en zonas rurales y entre población indígena. Las consecuencias para la salud de la desnutrición materna infantil a menudo se calculan en función de las muertes, la contribución a las tasas globales de enfermedad y la reducción en la cantidad de años de vida por enfermedad o discapacidad. La presencia de desnutrición en menores de 5 años tiene consecuencias que impactan a corto, mediano y largo plazo. Las cuales van desde una mayor presencia de enfermedades infecciosas, (2-7) hasta mayor propensión a presentar enfermedades crónicas, incapacidades y muerte. (p.6)

(La Secretaria de Salud de Chiapas, 2020) Divide:

A la desnutrición en tres niveles: leve, moderada y severa; en al menos dos de estos tres niveles de gravedad Chiapas presentó en 2019 un aumentó en casos con respecto al año anterior, de acuerdo al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Chiapas ha tenido un leve avance en lo que respecta a la desnutrición leve. En 2019, tuvo 2 mil 185 casos, correspondientes a mil 24 mujeres y mil 161 hombres, cifra menor a la de 2018, la cual fue de 2 mil 738 casos. En la desnutrición moderada, sí hubo un aumento. Mientras que, en 2018, la entidad presentó 432 casos, en 2019 hubo 240 casos en mujeres y 228, en hombres, sumando la cifra de 468. En cuanto a la desnutrición severa, hubo 89 casos más en 2019 con respecto a 2018. En 2019, 152 mujeres y 194 hombres presentaron este grado de mala nutrición; en 2018, únicamente 257 casos. (p.1)

(Vulnerabilidad de la Niñez en Chiapas, 2010) Indica:

En Chiapas, existen 490 058 menores de 5 años de edad, lo que representa el 11.4% del total de la población del estado de Chiapas. De ellos, 248 713 (50.7%) hombres y 241 345(49.2%) mujeres. De esta población el 44% se encuentran en edad preescolar (3 a 4 años de edad), Chiapas es el estado que ocupa el primer lugar de riesgo en los tres periodos. Su promedio estatal ponderado por población es de Muy Alto. Las zonas más afectadas son las que habitan los zoques, tseltales, tsotsiles, choles, mames y lacandones, entre otros. El estado ha ocupado el primer lugar de riesgo nutricional desde 1990, ya que más de la mitad de los municipios están clasificados en riesgo “muy alto”, con excepciones Tuxtla Gutiérrez y Reforma. (p.1)

(Wisbaum, 2011) Establece que:

La desnutrición infantil es el resultado de la ingesta insuficiente de alimentos (en cantidad y calidad), la falta de una atención adecuada y la aparición de

enfermedades infecciosas. Detrás de estas causas inmediatas, hay otras subyacentes como son la falta de acceso a los alimentos, la falta de atención sanitaria, la utilización de sistemas de agua y saneamiento insalubres, y las prácticas deficientes de cuidado y alimentación. En el origen de todo ello están las causas básicas que incluyen factores sociales, económicos y políticos como la pobreza, la desigualdad o una escasa educación de las madres. Se calcula que 7,6 millones de niños menores de 5 años, mueren cada año. Una tercera parte de estas muertes está relacionada con la desnutrición. El índice de desnutrición se determina mediante la observación directa, que permite identificar niños demasiado delgados o con las piernas hinchadas; y midiendo la talla, el peso, el perímetro del brazo y conociendo la edad del niño, que se comparan con unos estándares de referencia.

La desnutrición se manifiesta en el niño de diversas formas:

- ✓ Es más pequeño de lo que le corresponde para su edad.
- ✓ Pesa poco para su altura.
- ✓ Pesa menos de lo que le corresponde para su edad. Cada una de estas manifestaciones está relacionada con un tipo específico de carencias. La altura refleja carencias nutricionales durante un tiempo prolongado, mientras que el peso es un indicador de carencias agudas. De ahí las distintas categorías de desnutrición.

La desnutrición es un problema complejo que no está recibiendo los recursos necesarios ni para prevenir su aparición ni para su tratamiento. Sólo pasa a un primer plano cuando se llega a situaciones de emergencia, como la que se vive actualmente en el Cuerno de África. En estos casos, las actuaciones –que se centran en lograr la supervivencia de los niños que sufren desnutrición aguda– son difíciles y costosas. La desnutrición crónica, que es la que afecta a más niños en el mundo en desarrollo, resulta con frecuencia invisible. Además, requiere una actuación continuada cuyos resultados se ven en el medio y largo plazo. Esto

hace que pase a un segundo plano y sea una prioridad secundaria en los programas de Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD). (pág. 7)

(Organización Mundial de la Salud OMS, 2006) Publicó:

19 millones de niños en edad preescolar, la mayoría de la Región de África y la Región de Asia Sudoriental de la OMS, padecen emaciación severa. La desnutrición infantil es un problema de salud mundial muy importante que contribuye a la morbilidad y la mortalidad en la niñez, perjudica el desarrollo intelectual y, ya en la edad adulta, acarrea una menor capacidad de trabajo y un mayor riesgo de padecer enfermedades. De los 7,6 millones de muertes anuales de menores de 5 años, aproximadamente el 35% se deben a factores relacionados con la nutrición y se ha comprobado que el 4,4% de los fallecimientos son atribuibles en concreto a la emaciación severa. La desnutrición aguda severa sigue siendo una causa muy importante de mortalidad infantil en el mundo. Aunque en muchos casos la última etapa antes de la muerte es una neumonía o una diarrea, se estima que la emaciación severa cobra la vida de unos 400 000 niños cada año. La OMS publicó nuevos patrones de crecimiento infantil entre los 0 y los 5 años en los cuales basa todas sus actuales definiciones y estimaciones de la desnutrición (incluida la desnutrición aguda moderada o severa) y de la obesidad. En los niños de entre 6 y 59 meses, la desnutrición aguda severa se define como una puntuación Z del peso para la talla inferior a -31 respecto a la mediana de los patrones de crecimiento de la OMS, o la presencia de signos clínicos de edema bilateral de origen nutricional, aunque los otros parámetros estén por encima de los umbrales especificados. Desde la publicación del documento de la OMS Tratamiento de la desnutrición grave: manual para médicos y otros profesionales sanitarios superiores, una declaración conjunta de la Organización Mundial de la Salud, el Programa Mundial de Alimentos, el Comité Permanente de Nutrición del Sistema de las Naciones Unidas y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) reconoció que era factible que agentes de salud comunitarios o personas voluntarias

identificaran a los niños aquejados de desnutrición aguda severa utilizando unas sencillas cintas de plástico de colores concebidas para medir el perímetro braquial. En los niños de entre 6 y 59 meses de edad, un perímetro braquial inferior a 115 mm también es signo de desnutrición aguda severa y permite identificar precozmente a los miembros de la comunidad afectados antes de que aparezcan complicaciones. La desnutrición infantil suele aparecer entre los 6 y los 18 meses de edad, cuando el crecimiento del niño y el desarrollo de su cerebro son particularmente rápidos. Los niños pequeños que reciben alimentos complementarios con pocos nutrientes y con unos micronutrientes de baja biodisponibilidad están muy expuestos a padecer desnutrición. Además, el estado nutricional de los niños se deteriora aún más si los alimentos complementarios se introducen demasiado pronto o demasiado tarde, o si están contaminados. El estado nutricional del niño también puede verse afectado por infecciones crónicas, como la debida al VIH. Se estima que en el mundo hay más de dos millones de niños infectados por el VIH, de los que el 90% viven en el África subsahariana. En un informe en el que se describe a los niños ingresados en un hospital de África meridional, el 29% de los niños con desnutrición aguda severa estaban infectados por el VIH, y estos niños tenían más probabilidades de morir que los niños que estaban desnutridos, pero no infectados por el VIH. Se han notificado cifras de prevalencia del VIH más altas, de hasta el 50%, entre los niños con desnutrición aguda severa. Los niños con desnutrición aguda severa presentan profundas alteraciones de las funciones fisiológicas y el metabolismo, hasta el punto de que el hecho de iniciar la realimentación intensiva antes de que se hayan corregido los desequilibrios metabólicos e hidroelectrolíticos, se asocia a altas tasas de mortalidad. De ahí que la OMS elaborara unas directrices clínicas para el tratamiento de los niños con desnutrición aguda severa, las cuales se actualizaron parcialmente en ulteriores publicaciones de la OMS sobre la atención en régimen ambulatorio y el tratamiento hospitalario de los niños con desnutrición aguda severa. Cada vez es más frecuente tratar la desnutrición aguda severa no complicada en régimen ambulatorio, administrando alimentos terapéuticos listos para el consumo. Son

alimentos enriquecidos que se pueden consumir directamente, aportan muchas calorías y tienen un contenido en nutrientes por cada 100 kilocalorías similares al de la leche F-100, que es la alimentación terapéutica utilizada para tratar a los niños con desnutrición aguda severa hospitalizados. Sin embargo, a diferencia de la F-100, los alimentos terapéuticos listos para el consumo no necesitan que se les añada agua, por lo que son menos propicios para la proliferación bacteriana. En consecuencia, pueden utilizarse sin peligro en el hogar o en el hospital prescindiendo de la refrigeración e incluso en zonas en las que las condiciones de higiene no sean óptimas. Pueden consumirlos fácilmente los niños desde los 6 meses de edad y se ha comprobado que son eficaces en el tratamiento de los niños con desnutrición aguda severa en la comunidad o en el medio hospitalario tras la fase de estabilización. La tecnología para producir alimentos terapéuticos listos para el consumo es sencilla y puede transferirse a cualquier país que disponga de una mínima infraestructura industrial sin por ello incumplir el Código Internacional Recomendado de Prácticas de Higiene de los Alimentos para Lactantes y Niños Pequeños de la norma CAC/RCP 21-1979 del Codex Alimentarius. (pág. 1-2).

## **1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

1. ¿Realizan los padres de Potrerillo, Amatenango de la Frontera revisiones periódicas o espontáneas sobre la existencia de desnutrición infantil en sus hijos?
- 2.- ¿Cuáles son los hábitos alimenticios que pueden producir desnutrición en su hijo?
- 3.- ¿Distingue como padre o madre de familia cuando su hijo puede presentar síntomas de desnutrición?

4.- ¿Cómo padres de familia conocen el valor nutricional de los alimentos que consume su hijo?

5.- ¿Ejecutan los padres de familia planes, programas o campañas para evitar la desnutrición infantil en sus hijos?

6.- ¿Qué diferencia cree que existe entre alimentación y nutrición?

7.- ¿Su hijo realiza las cuatro comidas básicas (desayuno, almuerzo, merienda y cena) en el día?

8.- ¿Qué tan importante es el desayuno para evitar la desnutrición en su hijo?

### **1.3 OBJETIVOS**

#### **1.3.1. OBJETIVOS GENERALES**

- Diseñar un plan de capacitación para los padres de familia con el motivo de evitar y disminuir los factores de riesgo de la desnutrición infantil en Potrerillo municipio de Amatenango de la Frontera durante el periodo marzo-junio del 2021.

- Identificar el estado nutricional de los niños de 2 a 12 años de Potrerillo municipio de Amatenango de la Frontera Chiapas mediante la realización de encuestas, con la finalidad de prevenir desnutrición infantil.

### **1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Reconocer alimentos beneficiosos para una alimentación saludable en la población infantil de Potrerillo.
- Identificar si los padres de familia de Potrerillo conocen el tema de desnutrición infantil.
- Conocer la diferencia entre alimentación y nutrición en Potrerillo.
- Determinar la importancia de una dieta balanceada para la salud de la población infantil de Potrerillo.
- Proponer a los padres de familia de Potrerillo para realizar ejecuciones de planes, programas y campañas para combatir la desnutrición infantil.
- Establecer conductas que prioricen el hábito de desayunar en los niños de Potrerillo.

### **1.4 HIPÓTESIS**

- “A mayor vigilancia de los padres de familia de Potrerillo, Amatenango de la Frontera, Chiapas, mayor es el beneficio de evitar la desnutrición infantil”.

- “Si los padres de familia de Potrerillo, Amatenango de la Frontera, Chiapas, no implementan estrategias para mejorar la alimentación de sus hijos, entonces puede aumentar los casos de desnutrición infantil”.
- “A falta de información sobre una correcta alimentación en la población Potrerillo, Amatenango de la Frontera, Chiapas, mayores casos de desnutrición infantil”.
- “Si los padres de familia de la población de Potrerillo, Amatenango de la Frontera, Chiapas, vigilan la alimentación de sus hijos, entonces evitarán más casos de desnutrición infantil”.

## 1.5 JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo de investigación se basa en la importancia de conocer como los hábitos alimenticios son un factor de riesgo en la desnutrición, y quienes son los más predominantes a ser afectados por este trastorno. Se priorizó la realización de esta investigación sobre los factores de riesgos de Potrerillo, Amatenango de la Frontera, Chiapas en la población menor de cinco años de edad, ya que estos niños-as podrían ser más susceptibles para adquirir este trastorno por el consumo excesivo de comida chatarra, comida rápida y productos industrializados con elevada densidad energética y poco aporte nutricional lo que a mediano plazo podría ocasionarles problemas de salud como la desnutrición.

La desnutrición infantil es el resultado de la ingesta insuficiente de alimentos (en cantidad y calidad), la falta de una atención adecuada y la aparición de enfermedades infecciosas, por lo tanto es indispensable que la población, principalmente los padres de familia, entiendan la importancia de una

alimentación saludable para sus hijos evitando que adquieran este trastorno al adoptar buenos hábitos alimenticios, ya que es una causa frecuente de consultas a la unidad médica. En algunas familias consumir alimentos saludables y en variedad es algo cotidiano y muy simple de realizar ya que cuentan con el conocimiento y recurso necesario, sin embargo, en otras es una situación difícil debido a la carencia de los recursos para una alimentación adecuada por causa de su situación económica, es por ello que este tema es sumamente importante para que los padres de familia conozcan cuáles son sus alternativas para lograr que sus hijos tengan buena salud aun con estas dificultades y eviten adquirir este trastorno o bien cuáles son las alternativas para que su hijo en situación de desnutrición pueda recuperar su salud y tenga una mejor calidad de vida al adoptar buenos hábitos alimenticios.

Los enfermeros debemos educar a la población o bien a los padres de familia sobre la importancia de adquirir buenos hábitos alimenticios en la población infantil, buscando alternativas para que comprendan las consecuencias de adquirir desnutrición en sus hijos ya que la salud es un derecho de todos en lo cual se incluye una alimentación adecuada aún bajo ciertas dificultades.

La desnutrición infantil es un problema difícil de erradicar. Desde el vientre materno y hasta los cinco años de edad, es la etapa más importante en la vida de un ser humano, determinante para su desarrollo físico y mental posterior. En esta etapa se producen cambios definitivos e irreversibles. La desnutrición crónica de la madre así como una alimentación deficiente en los primeros meses de vida por causa de un menor tiempo de lactancia materna y un destete precoz son factores que inciden directamente en el estado nutricional de los-as niños-as. Entre otros, se constituyen también en agentes contribuyentes, una alimentación complementaria inadecuada en cantidad y calidad, el desconocimiento en lo que respecta a alimentación y nutrición por parte de la madre y la familia, hábitos y creencias erróneas en la alimentación infantil así

como los largos periodos fuera del hogar por parte de los padres, sumado a ello la pobreza.

De acuerdo a los estudio de El Fondo de las Naciones Unidad para las Infancias (UNICEF) Cerca de 200 millones de niños menores de 5 años sufren desnutrición crónica. Un 90% vive en Asia y África, donde las tasas son muy elevadas: 40% en Asia y 36% en África. El 80% de los niños con desnutrición crónica vive en 24 países. De los 10 países\* que más contribuyen a la cifra total, seis están en Asia: Bangladesh, China, Filipinas, India, Indonesia y Pakistán, debido en parte a la elevada población que registran la mayor parte de ellos. Así, por ejemplo, se calcula que 3 de cada 10 niños desnutridos en el mundo en desarrollo viven en India. En 9 países, más del 50% de los niños menores de 5 años sufre desnutrición crónica. Guatemala, con un 54%, se sitúa en niveles semejantes a los de algunos países africanos y asiáticos. El resto de los países son: Afganistán, Yemen, Guatemala, Timor-Leste, Burundi, Madagascar, Malawi, Etiopía y Rwanda (de mayor a menor porcentaje). Un 13% de los niños menores de 5 años sufre desnutrición aguda, y un 5% de ellos desnutrición aguda grave. El 60% de los casos de desnutrición aguda se registra en sólo 10 países. Un total de 32 países tienen unos 10% o más de niños menores de 5 años con desnutrición aguda grave, que requiere tratamiento urgente.

Los reportes del UNICEF, menciona que la desnutrición infantil tiene orígenes complejos que involucran determinantes biológicos, socioeconómicos y culturales. Sus causas inmediatas incluyen la alimentación inadecuada en cantidad o calidad, la incidencia de enfermedades infecciosas y el cuidado impropio del niño, del cual depende su adecuada alimentación y salud. Éstas son, a su vez, el resultado de una inapropiada disponibilidad de alimentos, de servicios de salud, de educación, así como de una infraestructura sanitaria deficiente (causas subyacentes). Asimismo, éstas, a su vez, son consecuencia de inequidad en la distribución de recursos, servicios, riqueza y oportunidades.

Los hábitos alimenticios inadecuados son un factor predominante en la población desde tiempo atrás y en la actualidad es un problema aún más frecuente debido a la falta de información y de recursos, además en la antigüedad era una costumbre poco frecuente consumir alimentos dañinos en los niños a causa de la falta de accesibilidad a diferencia de hoy en día que son de consumo frecuente en las escuelas o el hogar aun si la situación económica es difícil es más probable que el niño consuma este tipo de alimentos a una fruta o verdura. El avance de la tecnología ha permitido que las madres adquieran alimentos poco saludables para sus hijos como es la leche industrializada o bien las costumbres de hoy en día dictan que el niño debe ser destetado en los primeros años de edad y por consecuencia no adquiere los nutrientes necesarios para evitar contraer distintas enfermedades como es la desnutrición, es muy frecuente que en diversas ocasiones las madres le proporcionen a sus hijos alimentos que no corresponden a su edad o que son poco saludables debido a la carencia de buenos hábitos alimenticios, en esta pandemia de igual forma este trastorno es muy frecuente por el aumento de desempleos.

La finalidad de esta investigación es identificar que tan grande es el impacto de desnutrición por los hábitos alimenticios en la población infantil menor de cinco años, cuales se deben modificar o adquirir y las medidas preventivas que como personal de enfermería debemos implementar para prevenir este trastorno concientizando a la población sobre los beneficios de una alimentación saludable.

## **1.6. DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO**

El presente trabajo de investigación se basa en la importancia de conocer la desnutrición infantil por causa de los hábitos alimenticios y la edad en la que predomina este trastorno.

De acuerdo con las investigaciones realizadas del tema se pudo observar que afecta más a niños menores de 5 años, y viendo la situación decidimos llevarlo a

un centro de estudio en Potrerillo, Amatenango de la Frontera, Chiapas, en donde existen numerosos casos de niños con desnutrición por causa de los alimentos que consumen diariamente, ya sea por falta de información o por su situación económica, por ende es de suma importancia dar a conocer las consecuencias de la desnutrición infantil y los hábitos que se deben adoptar para prevenir o contrarrestar este trastorno.

La desnutrición infantil es uno de los factores causado por el consumo insuficiente de alimentos y de la aparición de ciertas enfermedades infecciosas y esto constituye uno de los problemas de salud más comunes que ataca principalmente a la población infantil de México misma que sufre un incremento en cada año, por falta de información o conciencia de padres de familia o cuidadores de los niños.

## **CAPÍTULO II**

### **2. MARCO DE REFERENCIA**

#### **2.1 MARCO HISTÓRICO**

(Cienfuegos, 1936) Menciona: En los años 30 la mortalidad infantil era elevadísima, superando las 200 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. Las principales causas de morbimortalidad se relacionaban con las enfermedades infectocontagiosas y la desnutrición o distrofia. Múltiples son los artículos publicados hace 75 años que dan fe de la preocupación de los pediatras por la nutrición infantil. Algunos parecen ser afectados en su nutrición general, tienen trastornos crónicos o afecciones mejor definidas como anemia, diátesis exudativa, neuropática, raquitismo, eczema, tetania, etc. o por fin presentan fenómenos de idiosincrasia con un estado constitucional especial que los predispone a padecer de ciertas enfermedades. Por fin queda otro grupo de lactantes, que siendo constitucionalmente sanos se han hecho distróficos a consecuencia de infecciones repetidas o de un error higiénico dietético prolongado.” En la incansable lucha contra las distrepsias, se realizaron ensayos con múltiples tratamientos y formulaciones para la nutrición infantil: las fórmulas sin leche, las leches de albuminosa “cuando nuestros pediatras comenzaban hace ya algunos años a posesionarse del concepto patogénico de los trastornos nutritivos en el lactante, la leche albuminosa reinaba sin competidores como elemento dietético terapéutico heroico en el tratamiento de esas afecciones” Al demostrarse la importancia de la estimulación neurosensorial en el crecimiento y desarrollo infantil y el riesgo del tratamiento de la desnutrición en los centros hospitalarios, debido a las infecciones nosocomiales y la falta del personal suficiente para la alimentación y estimulación de los niños<sup>7</sup>, se comenzaron los esfuerzos por el manejo ambulatorio de la desnutrición y las políticas de Salud Pública para la prevención de la misma. En la década de los 50 se implementaron programas de alimentación complementaria y en los 70 se crearon los Centros de Nutrición para el estudio y la recuperación nutricional (CONIN CREDES).

Gracias a la implementación de las medidas descritas, en nuestro país la desnutrición infantil se ha convertido ya casi en leyenda. Las tasas actuales de desnutrición del niño menor de 6 años son inferiores al 0,5%, la mayoría de las cuales corresponde a formas leves. El diagnóstico de retraso de crecimiento suele ser complejo, debiendo diferenciar en su patogenia causas primarias y las secundarias a otras patologías; considerando, habitualmente por descarte, los trastornos de crecimiento de origen no orgánico, término conocido en la literatura anglosajona como “failure to thrive”. La patología digestiva en esta edad en dos capítulos: perturbaciones digestivo-nutritivas o sea aquellas en que el alimento, estímulo normal de la nutrición tiene papel preponderante y 2° en infecciones gastro-intestinales del lactante o sea aquellas afecciones en que la infección es local con proyecciones o sin ellas hacia la nutrición. (pág. 1-2)

(Galindo & Arana, 1989) Mencionan:

La desnutrición es la mayor fuente de enfermedades y muerte prematura en 10s países en vías de desarrollo. Asimismo, la ingesta diaria de calorías constituye el principal parámetro para determinar si un individuo puede presentar o no problemas de desnutrición, y para que una persona conserve una buena salud, cierto peso y un nivel mínimo de actividad diaria. Empero, esto da origen a dos graves problemas para determinar la desnutrición. En primer lugar, la definición del requerimiento mínimo diario es arbitraria. Si la gente no recibe la nutrición requerida para mantener un nivel dado de peso y de actividad, se adapta a un peso más bajo y a una menor actividad. Por ejemplo, requerimientos menores a 10s estándares internacionales son definidos algunas veces para 10s países asiáticos, ya que la población de estos tiende a tener una estatura inferior. No obstante, su baja talla es atribuida, al menos parcialmente, a la inadecuada nutrición en el pasado. Desde que 10s asiáticos comenzaron a consumir 10s alimentos suficientes, al igual que 10s japoneses desde la segunda Guerra Mundial, y 10s chinos y coreanos recientemente, su peso y talla promedio, así como sus requerimientos calóricos, se han ido incrementando de una generación

a otra. El segundo problema es que la comida disponible se distribuye inequitativamente. Aun en un país donde se evidencian problemas de desnutrición, la ingesta diaria puede ser un promedio de 2 mil calorías o cercana a ella, ya que existe al menos un grupo de la sociedad que se alimenta tan bien como la gente de 10s países desarrollados y que genera un sesgo importante en la estimación. Debido a este problema, podría ser mejor y más relevante contar el número de gente desnutrida, en vez de contar las calorías. La prevalencia de desnutrición, así como sus efectos negativos, es mucho mayor en 10s niños que en 10s adultos. A principios de 10s años noventa, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que el 3% de 10s niños de 10s países subdesarrollados estaba afectado por una desnutrición severa (desnutrición de tercer grado), lo que dio origen a enfermedades como la llamada Kwashiorkor, consistente en la deficiencia extrema de proteínas, cuyos síntomas son estómagos inflamados y pupilas cristalizadas. Otro 25% padecía de desnutrición moderada (o de segundo grado) y de 40 a 45% de desnutrición de primer grado. La desnutrición era señalada como el principal problema que contribuía con más de la mitad de las muertes de infantes menores de cinco años en países de bajos ingresos (vease Gillis Malcom et al. 1992). La mayor parte de la desnutrición mundial en nuestros días es del tipo conocido como desnutrición proteico-calórica (DP~). Entre las enfermedades restantes causadas por deficiencias, la más importante es la falta de vitamina A, la cual puede causar problemas de ceguera y anemia. Hasta hace dos décadas se pensaba que la falta de proteínas era el principal problema nutricional en el mundo en desarrollo, puesto que la proteína es necesaria para el desarrollo físico y psíquico. Sin embargo, más tarde se descubrió que la mayoría de 10s niños, cuyas dietas eran deficientes en proteínas, también sufrían de falta de calorías, y si las primeras eran administradas mientras que las segundas seguían siendo insuficientes, el desarrollo del niño mejoraba poco pues seguía faltando la fuente de energía para descomponer las proteínas. Actualmente, la mayoría de 10s programas tienden a proporcionar calorías principalmente, y vitaminas y minerales secundariamente. (p. 2-3)

(CONEVAL, 2001) Informa:

La información más reciente de la prevalencia de desnutrición a nivel de país, revela que en las naciones latinoamericanas entre 10 y 11 millones de niños a nivel preescolar experimentan bajo peso al nacer. Aun mas, 15 millones de infantes se ven afectados por desnutrición moderada y de tercer grado. La comparación entre países varia por diferencias en tiempo, definición y precisión de estimados nacionales. Aun así, no hay duda de que el grueso de la desnutrición se encuentra en pocos países con grandes poblaciones (Brasil y México), con sustanciales concentraciones de pobreza (Bolivia, Guatemala, Haití, Perú) o con ambas. Un ejemplo de ello es la prevalencia de bajo peso al nacer, que excede el 30% en Brasil, Guatemala y Haití, y que está por debajo de 10% solo en Chile, Costa Rica, Jamaica, Paraguay y Uruguay (Philippe Musgrove. Es ampliamente reconocido que la desnutrición en América Latina es un problema generalizado, particularmente entre niños de edad preescolar (ONU, 1989), que el crecimiento económico por si solo será insuficiente para eliminar el problema; que existen otros medios más rápidos y eficaces para combatir la desnutrición, y que entre esos medios existen programas que proveen complementos nutricionales, educación y cuidado a la salud de niños vulnerables y a sus familias. Estas condiciones sugieren la necesidad de entender que esfuerzos se están realizando en la región para reducir la desnutrición por medio de 10s programas mencionados. Durante la primera mitad de esta década, el Banco Mundial realizo una investigación sobre 104 programas de distribución de alimentos en 19 de 10s 22 países que integran la región de América Latina y el Caribe. Dichos programas presentan una cobertura estimada de 100 millones de beneficiarios y un gasto total de 1 600 millones de dólares anuales.

Los resultados de la investigación demostraron que la mayor parte de 10s programas nunca han sido evaluados en función de su efecto en la salud, el estado nutricional, la asistencia o el rendimiento escolar, y además que solo logran pequeñas mejoras nutricionales por la escasa o nula focalización de 10s beneficiarios y la falta de inclusión de otros componentes no alimentarios (por

ejemplo de educación y la salud). Además, se detectó que un factor esencial, la participación comunitaria en la gestión y evaluación de los programas, estuvo generalmente ausente. Por último, la evidencia obtenida del estudio muestra que el nivel corriente de gasto destinado a estos programas podría bastar por sí solo para reducir considerablemente la prevalencia de desnutrición en la región. Lo anterior se desprende que el BM estima que si el gasto se centrara en proporcionar cerca de 35 dólares por beneficiario a un año, considerando esta cantidad como adecuada para un programa eficaz de nutrición, sería posible beneficiar a alrededor de 46 millones de personas. Esta cantidad es 6 veces el número estimado de niños desnutridos de toda América Latina y el Caribe. Así pues, se deduce que la desnutrición infantil continua existiendo no solo por falta de programas de nutrición, sino por la ineficiencia de gran parte de los que se aplican actualmente. Por las razones anteriores, es preciso remodelar los programas con una mejor definición y focalización de los beneficiarios entre los grupos más vulnerables, la inclusión de otros componentes educativos y de salud, y una evaluación de los resultados y su efecto en la desnutrición. (p. 4-5)

## **2.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

Como primer trabajo (Montesdeoca, 2017) realizó una tesis titulada “Malnutrición en niños menores de 5 años y su asociación con factores de riesgo” para poder intervenir en el cuidado y prevención de estos trastornos. El autor elaboró esta tesis para obtener el título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, consiste en una investigación realizada en Chordeleg Ecuador ya que es un país en desarrollo donde la población infantil de 0 a 5 años es más vulnerable en adquirir malnutrición por causa de distintos factores como la inseguridad económica y un nivel socioeconómico bajo lo que incrementa la morbimortalidad en la población infantil.

El objetivo general de esta investigación fue determinar la prevalencia de malnutrición infantil en niños menores de 5 años y su asociación con factores de riesgo en Chordeleg, en el año 2017, en donde el autor a través de la metodología identifico una prevalencia estadísticamente considerable de desnutrición crónica y aguda por causa de la inseguridad alimentaria y la disfuncionalidad familiar.

Como objetivos específicos se encontraron: describir las características demográficas y socioeconómicas de las personas participantes y determinar la frecuencia de los factores asociados como: nivel socioeconómico, seguridad alimentaria, funcionalidad familiar, número de hijos, nivel de educación de la madre, persona que cuida al niño, peso pre concepcional y ganancia adecuada o no durante el embarazo, peso del niño al nacimiento y edad gestacional, lactancia materna hasta los 6 meses. Los cuales describió el autor a través de formularios, en el cual identificó la relación que tienen estos factores con la malnutrición infantil.

La hipótesis que planteo el autor fue que la desnutrición, el sobrepeso y la obesidad en niños menores de 5 años de la Parroquia Chordeleg es superior al 29%, de la prevalencia a nivel del Azuay, y está asociada a factores de riesgo como: inseguridad alimentaria, nivel socioeconómico bajo, persona no familiar que cuida o da los alimentos al niño, nivel bajo de escolaridad o analfabetismo del cuidador, antecedentes peso bajo o excesivo previo al embarazo como ganancia inadecuada, parto pre término o pos término y peso bajo o excesivo al nacimiento, no lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, disfuncionalidad familiar y número de hijos. La cual al final de todo el proceso de investigación resulto verdadera ya que la mayoría de estos factores son causas de malnutrición infantil principalmente la desnutrición crónica.

En esta investigación se incluyeron teorías sobre la medicina crítica la cual refiere que la desnutrición tiene relación con el nivel socioeconómico, de igual forma con determinados grupos étnicos que establecieron parámetros y condiciones en la

salud, enfermedad y atención de acuerdo a las condiciones de la vida de esta población.

La metodología empleada consistió en un estudio analítico- transversal, que permitió conocer el estado nutricional de los niños menores de 5 años del cantón Chordeleg y cuáles son los factores que más se relacionan con este problema de salud. Esta investigación fue constituida por 214 niños menores de 5 años que vivían en Chordeleg los cuales acudieron a atenderse en el centro de salud de cantón, la información se recogió con un formulario estructurado, los datos se tabularon y analizaron en SPSS 24, las variables se muestran como frecuencias, porcentajes; razón de prevalencia asociación estadística, intervalo de confianza del 95%, valor de P menor a 0,05 y regresión logística.

Esta investigación demostró que la inseguridad alimentaria, el nivel socioeconómico bajo, la falta de lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y los recién nacidos con bajo peso para su edad, son un factor de riesgo significativo de padecer malnutrición infantil con asociación estadísticamente significativa los cuales afectan al niño a corto y mediano plazo. Cumpliendo con la teoría de (O'Donnell, 1999) la cual se refiere a que la indebida nutrición en la niñez tiene consecuencias sobre el crecimiento, desarrollo y salud general de los niños. La monotonía de la alimentación y nutrición es peculiaridad de las familias con menos recursos disponibles, por lo cual si algún nutriente o micronutriente es escaso, la monotonía perdurará y empeorará la deficiencia; además es probable, que en base de la distribución intrafamiliar, no se alcance el correcto aporte de nutrientes necesarios para los más pequeños. Por lo tanto es indispensable trabajar con otras instituciones para mejorar las condiciones y oportunidades de trabajo de los jefes del hogar, proveer información para aumentar el conocimiento de los padres sobre cómo deben alimentar a sus hijos.

Esta tesis se relaciona con la investigación planteada, porque da conocer los factores de riesgos causantes de la malnutrición infantil donde se incluye la

desnutrición tanto crónica como aguda por causa de una indebida nutrición, un nivel socioeconómico bajo y la falta de información de los padres de familia los cuales son los factores que causan la problemática del tema que estamos abordando ya que los incorrectos hábitos alimenticios es un factor que se relaciona con los mencionados en esta tesis, por lo tanto resulta importante este aporte ya que se persigue concientizar a los padres de familia sobre su responsabilidad y apoyo de un buen desarrollo y crecimiento de los niños, previniendo y disminuyendo la desnutrición infantil.

Como segundo trabajo (Robles, 2017) realizó una tesis titulada “Factores socioeconómicos y desnutrición de niños menores de cinco años, puesto de salud pisonaypata, apurimac, 2017” con la finalidad de evaluar la relación que existía entre los factores socioeconómicos y la desnutrición infantil de los niños que asistían al puesto de salud. El autor elaboró esta tesis para obtener el título de Licenciada en Enfermería, la cual fue realizada en Perú ya que es un país sub desarrollado donde la desnutrición crónica es una amenaza difícil de erradicar, por lo tanto en este puesto se realizaba el control del crecimiento y desarrollo de los participantes.

El objetivo general de esta investigación fue evaluar la relación que existía entre los factores socioeconómicos y la desnutrición de niños menores de cinco años atendidos en el puesto de salud de Pisonaypata Apurímac en el 2017, el cual fue llevado a cabo gracias a un arduo trabajo de investigación basándose tanto en citas de la OMS como de otros autores y el empleo de distintas herramientas y técnicas.

Como objetivos específicos se encontraron: determinar la relación que existía entre el factor social y la desnutrición de niños menores de cinco años atendidos en el puesto de salud de Pisonaypata Apurímac en el 2017 y determinar la relación que existía entre el factor económico y la desnutrición de niños menores de cinco años atendidos en el puesto de salud de Pisonaypata Apurímac en el

2017, al llevar a cabo la investigación tanto teórica como práctica se determinó que ambos factores resultaron ser causas directas de la desnutrición infantil afectando a los niños a corto y mediano plazo.

La hipótesis que planteó el autor fue: los factores socioeconómicos se relacionan significativamente con la desnutrición de niños menores de cinco años atendidos en el puesto de salud de Pisonaypata Apurímac en el 2017. Esta hipótesis se comprobó al llevar a cabo la metodología de acuerdo a la correlación de Spearman de 0.678 representado este resultado como moderado con una significancia estadística de  $p=0.001$  siendo menor que el 0.01. El cual además se relaciona con el estudio realizado por Coronado (2014), acerca de los “Factores asociados a la desnutrición en niños menores de 5 años”. La prevalencia de desnutrición crónica encontrada fue del 92% de niños afectados, los factores asociados a la desnutrición, fueron: los factores relacionados con el nivel de escolaridad de la madre con un 52% de cada 25 madres entrevistadas solo 10 madres cursan la primaria, siendo el resto analfabeta, los hijos que ocupan el tercer lugar en el hogar, son los más afectados con un 36%, debido a los problemas económicos, sociales y culturales.

En esta investigación se incluyeron teorías de enfermería como la de Dorothea Orem la cual consiste en el déficit de autocuidado, esta teoría general está compuesta por tres teorías relacionadas: la teoría de autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; la teoría de déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente, y la teoría de sistemas de enfermería, que describe y explica las relaciones que hay que mantener. Esta teoría por lo tanto relaciona a los individuos con su entorno y define como un cuidado individual como lo es el consumo de alimentos poco saludables pueden afectar la salud de los niños, es por ello que los padres de familia deben monitorear los alimentos que consumen sus hijos cotidianamente.

La metodología empleada en esta investigación consistió en un método descriptivo puesto que describe las variables observadas en la realidad, el diseño de la investigación fue correlacional de corte transversal, de tipo cuantitativa, la muestra de estudio estuvo conformada por 107 madres de niños menores de 5 años. Para la recolección de datos se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento el cuestionario, que a través de la prueba de Alfa de Cronbach se obtuvo una confiabilidad fuerte de 0,880 y 0,889 y como resultados arrojaron que el 32.71% de las madres encuestadas presentan un nivel alto con respecto a la variable factores socioeconómicos, el 43.93% presentan un nivel medio y un 23.36% un nivel bajo, también se evidencia que el 29.91% de los niños menores de cinco años presentan un nivel alto con respecto a la variable desnutrición, el 42.99% presentan un nivel medio y un 27.10% un nivel bajo.

Esta investigación demostró que el nivel socioeconómico está relacionado de manera directa y positivamente con la desnutrición infantil en niños de 1 a 3 años con asociación estadísticamente significativa, los cuales afectan al niño a corto y mediano plazo. Cumpliendo con la teoría de (Argüello, 2012) la cual se refiere a que la utilización biológica de los alimentos, el nivel de salud y las condiciones ambientales son decisivos para que el organismo pueda utilizar adecuadamente las sustancias nutritivas contenidas en los alimentos. El aprovechamiento biológico de los alimentos depende del estado de salud de la persona y en particular de la presencia de las enfermedades infecciosas o parasitarias que lo afectan reduciendo su capacidad para absorber e incluso ingerir los alimentos y ocasionan pérdidas de nutrientes (el hierro, en las enfermedades parasitarias) y aumentan las necesidades, o bien, disminuyen el apetito o perturban la normalidad del proceso digestivo y de la absorción (vómitos y fiebre, por ejemplo).

Esta tesis se relaciona con la investigación planteada debido a que abarca de manera general los factores de riesgo socioeconómicos causantes de la desnutrición infantil y por lo tanto está vinculado directamente con los hábitos alimenticios en la población menor de 5 años, el cual es la problemática que

estamos abarcando ya que es un factor que influye de manera estadísticamente alta en el crecimiento y desarrollo de los niños, además que los objetivos son similares al querer concientizar a los padres de familia mediante el conocimiento y practica de una nutrición saludable.

## **2.3 MARCO TEÓRICO**

### **2.3.1 CONCEPTO DE DESNUTRICIÓN INFANTIL.**

(Yereli, 2004), Menciona:

La desnutrición como definición global es un desequilibrio entre el escaso suministro de nutrientes y las altas demandas de crecimiento, mantenimiento y actividades físicas del cuerpo. Cuando un individuo no puede ingerir o asimilar los nutrientes suficientes para cubrir sus necesidades, el cuerpo comienza a consumir sus reservas conllevando a la pérdida de grasa, proteínas, vitaminas, minerales, hormonas, y de manera compensatoria en respuesta al catabolismo acelerado. Por su parte la desnutrición infantil se conoce como uno de los principales problemas de salud pública y bienestar social, ya que es una de las mayores causas de morbimortalidad infantil.

(Gutierrez, 2011), Señala:

La desnutrición proteico-energética, se ha utilizado para describir una serie de trastornos caracterizados, principalmente, por el retraso del crecimiento de niñas y niños, este retraso en el crecimiento es solo una manifestación de una serie de afecciones al desarrollo físico y mental. Tiene mayor gravedad en menores de tres años, debido a sus elevadas necesidades energéticas, proteicas y a su particular vulnerabilidad a las infecciones. Hoy en día existen suficientes evidencias de que la desnutrición, aun en sus formas moderadas, puede incrementar la probabilidad de morir por un número variado de enfermedades y

puede estar asociada con cerca de la mitad de toda la mortalidad infantil. Igualmente, se tiene evidencias suficientes de que la desnutrición fetal y en las etapas tempranas de la vida de la niña o del niño, conlleva a daños permanentes en el crecimiento del cerebro, que son irrecuperables aun después de una realimentación prolongada. Las consecuencias de desnutrición temprana en niñas y niños persisten en los años de la escuela y en la vida adulta, disminuyendo la productividad y la calidad de vida.

### **2.3.2 Fisiopatología del crecimiento y desarrollo de los niños menores de cinco años.**

(Espas, 2000) Menciona:

Lactante es el niño que se encuentra en la primera fase de su vida extrauterina período que va desde el nacimiento, hasta aproximadamente los 12 meses de edad, momento en que adopta la posición erecta. Algunos autores la extienden hasta los 24 meses. No existe otro momento en el ciclo vital que experimente tantos cambios en la ingesta de alimentos y de nutrientes como los que se observan durante el primer año. En el lactante se aprecian rápidos cambios en el crecimiento y maduración de las habilidades bucales, y de la motricidad fina y gruesa, así como de las relaciones con sus padres.

Las necesidades de nutrientes y de energía dependen de los requerimientos de cada lactante para su crecimiento y gasto energético. La capacidad del estómago aumenta de 10-20 ml al nacimiento a 200 ml al año. Aunque el neonato está bien preparado para digerir la leche de la madre y otras leches de fórmula, sin embargo sus sistemas enzimáticos digestivos aumentan su funcionalidad durante el primer año de vida. La actividad proteolítica del jugo duodenal es tan alta durante la lactancia como en el adulto, aunque es menor la cantidad total de proteína digerida, pero va aumentando con la edad. La actividad de la lipasa pancreática es baja en el recién nacido y mayor en el adulto, el cual absorbe más porcentaje de grasa que el lactante. Las actividades de la amilasa salivar y de la

pancreática son bajas en los primeros meses tras el nacimiento, alcanzando los niveles del adulto entre los 6-12 meses de edad.

- ✓ **Peso:** el peso del niño al nacer oscila entre los 2,5 y 3,5 kilos y durante el primer año de vida triplica el peso del nacimiento. Por tanto, los aumentos de peso son de 7 kg el primer año y 2,5 kg el segundo.
- ✓ **Longitud:** el crecimiento en talla es de 45-50 cm al nacimiento, de 75-85 cm al año de vida, lo que significa un aumento del 50% de talla respecto al nacimiento. En el segundo año de vida aumenta unos 15-25 cm, y posteriormente unos 7-10 cm/año.
- ✓ **Dentición:** comienza habitualmente a los 6-8 meses. El niño inicia sobre los 12-14 meses la marcha y a mantener contacto con el ambiente. La alimentación favorece el desarrollo del gusto, olfato, vista y también, tacto y oído.
- ✓ **Perímetro Cefálico:** Tiene un crecimiento de un centímetro cada mes durante el primer año de vida, y posteriormente 0.5 hasta los 2 años. Agudeza Visual: la agudeza visual a los tres años es 20/30, a los cuatro años es 20/25 y a los cinco años es 20/20 que es de un adulto normal. Desarrollo. El desarrollo del niño se caracteriza por la adquisición de mayores habilidades corporales, el paso del egocentrismo total a una forma práctica de actuar, la adquisición del control de los esfínteres y la distinción de género la consolidación de su autonomía y el desarrollo de una iniciativa para hacer las cosas, lo que significa un avance en la construcción de la creatividad. Los factores que determina la calidad nutricional de la dieta, es el conocimiento que tiene la madre sobre nutrición, así como factores ambientales, socioeconómicos y culturales.
- ✓ **Digestión:** Es la conversión de los alimentos en sustancias absorbibles en el tracto gastrointestinal. Se realiza por el desdoblamiento, mecánico y químico de los alimentos, en moléculas.

La digestión se inicia en la boca, continúa en el esófago y en el estómago y sigue en el intestino delgado favorecida por secreciones biliares, pancreáticas y por el moco y líquido extracelular segregado por las criptas de Lieberkuhn de la mucosa del intestino delgado. Además, una serie de enzimas del micro vellosidades de la superficie intestinal realizan una degradación de los carbohidratos y de las proteínas, que son absorbidos en el epitelio intestinal.

### **2.3.3 ETIOLOGÍA**

(OMS, 2006), Señala:

El organismo necesita micronutrientes para producir enzimas, hormonas y otras sustancias esenciales para un crecimiento y desarrollo adecuado. El yodo, la vitamina A y el hierro son los más importantes en lo que se refiere a la salud pública a escala mundial; sus carencias suponen una importante amenaza para la salud y el desarrollo de las poblaciones de todo el mundo, en particular para los niños y las embarazadas de los países de ingresos bajos.

(Gomez, 2003), Menciona:

Se puede decir que el 90% de los estados de desnutrición en nuestro medio, son ocasionados por una sola y principal causa: la sub-alimentación del sujeto, bien sea por deficiencia en la calidad o por deficiencia en la cantidad de los alimentos consumidos. A su vez la sub-alimentación la determinan varios factores: alimentaciones pobres, miserables o faltas de higiene, o alimentaciones absurdas y disparatadas y faltas de técnica en la alimentación del niño. La desnutrición infantil suele aparecer entre los 6 y los 18 meses de edad, cuando el crecimiento del niño y el desarrollo de su cerebro son particularmente rápidos. Los niños pequeños que reciben alimentos complementarios con pocos nutrientes y con unos micronutrientes de baja biodisponibilidad están muy expuestos a padecer

desnutrición. Además, el estado nutricional de los niños se deteriora aún más si los alimentos complementarios se introducen demasiado pronto o demasiado tarde, o si están contaminados. El 10% restante de las causas que producen la desnutrición lo encontramos causado por las infecciones enterales o parenterales, en los defectos congénitos de los niños, en el nacimiento prematuro y en los débiles congénitos; por último, hay un sector que tiene como origen la estancia larga en hospitales o en instituciones cerradas, es decir, el hospitalismo.

#### **2.3.4 EPIDEMIOLOGIA.**

(Martin Seballi, 2001) Establece:

Puede argüirse que cualquier exigencia de exactitud en la medición de la desnutrición humana está de más: se intuye que el problema es enorme, se conocen borrosamente sus límites, y se adivina que las implicancias de la decisión política para solucionarlo son de tal magnitud que su aplicación no se va a modificar por el hecho que los desnutridos y los muertos por desnutrición se subestimen en un 10, 20, 30 o 50 %. Sin embargo, el hecho que se desconozcan las causas específicas de la desnutrición debido a la carencia de una epidemiología de la enfermedad puede ser importante para que el problema no se enfrente. Como se comentará más adelante, es muy difícil que el saber médico convencional pueda generar una epidemiología causal de la desnutrición, ya que esto implica un marco epistémico muy diferente al que es habitual en los médicos única profesión que por ahora accede a la epidemiología en la mayor parte del mundo. Sin embargo, un enfoque realmente interdisciplinario de las causas de la desnutrición, y de su fundamental vinculación con áreas que están por fuera del sector salud tal como la estructura del sistema productivo y distributivo pueden arrojar luz sobre la cadena de acontecimientos que están detrás de una epidemia masiva y solucionable que ataca a la población de los países del tercer mundo. Esto puede ayudar, a su vez, a identificar los eslabones débiles sobre los cuales podría actuar un Estado nacional.

(Monckeberg, 1952-1977) Considera:

En los últimos años, los estudios sobre el problema alimentario mundial se han hecho mucho más frecuentes, quizás porque la desnutrición humana se encuentra en aumento, y han aparecido una serie de libros, algunos de carácter semi periodístico sobre la organización del mercado mundial de alimentos y sobre sus consecuencias sobre la alimentación humana. Sin embargo, este último punto y especialmente la consecuencia directa de la falta de alimento sobre la epidemiología humana retardo y disminución en el crecimiento, enfermedad y muerte suele no tratarse o se trata muy superficialmente. De nuevo nos encontramos con una enfermedad de amplísima difusión, de fácil diagnóstico y de tratamiento barato, para lo cual prácticamente no existe una epidemiología comparable a la que se desarrolló con respecto a enfermedades más tradicionales a partir de 1850.

Se suele definir a la epidemiología como el conjunto de técnicas que estudian la distribución y los determinantes o causas de las enfermedades. Como hemos visto parcialmente, la desnutrición humana presenta problemas en estos dos aspectos que la vuelven diferente a otras enfermedades como el resfrío común, el sarampión, el cáncer o el infarto de miocardio, cuyo comportamiento parecería ser mucho más ortodoxo, pues estos encuentran su explicación fundamentalmente en la esfera de lo biológico y satisfacen las reglas, muchas veces no explicitadas, del saber médico convencional.

### **2.3.5 CLASIFICACIÓN**

(Márquez-González, 2012) Clasifica:

- ✓ **Primaria:** Se determina si la ingesta de alimentos es insuficiente; por ejemplo, en zonas marginadas los niños presentarán carencias físicas de alimentos que afectarán directamente el estado nutricional.

- ✓ Secundaria: Cuando el organismo no utiliza el alimento consumido y se interrumpe el proceso digestivo o absorbivo de los nutrientes; el ejemplo más claro son las infecciones del tracto digestivo que lesionan las vellosidades del íleon y limitan la absorción.
- ✓ Mixta o terciaria: Cuando la coalescencia de ambas condiciona la desnutrición. Un niño con leucemia que se encuentre en fase de quimioterapia de inducción a la remisión presentará en el proceso eventos de neutropenia y fiebre asociados a infecciones que condicionen catabólica y poca ingesta de alimentos, por lo tanto la causa es la suma de las dos.
- ✓ Clasificación clínica: la suma de signos específicos pueden encuadrar la desnutrición de la siguiente manera:
  - Kwashiorkor o energético proteica: La etiología más frecuentemente descrita es por la baja ingesta de proteínas, sobre todo en pacientes que son alimentados con leche materna prolongadamente, o en zonas endémicas donde los alimentos sean pobres en proteínas animales o vegetales. Incluso se describió que en países africanos que fueron alimentados con maíz alterado, la deficiencia del triptófano en este alimento provocó la interrupción de la formación de proteínas propiciando la hipoproteïnemia y las manifestaciones descritas.

### 2.3.6 CLASIFICACIÓN DE NUTRIENTES DE ACUERDO A SU FUNCIÓN.

(Figueroa, 2001) Indica:

- ✓ **Plásticos o de construcción:** Forman parte de nuestras células, tejido y órganos (músculo, huesos, corazón, riñones, etc.). Los nutrientes que llevan a cabo esta función son las proteínas. A este grupo pertenece la leche y sus derivados, pescados, huevos y carnes son fuente de proteínas. Energéticos. Algunos de ellos, es nuestra principal fuente de energía para poder funcionar correctamente cada día. Hablamos de los hidratos de carbono (energía de utilización rápida) y de la grasa (reserva) de energía, los cuales nos permiten llevar a cabo todas las actividades del día. Los cereales y sus derivados contienen hidratos de carbono, además son buena fuente de proteínas, vitaminas, minerales.
- ✓ **Reguladores:** Conocidos también como biocatalizadores permiten que tengan lugar en nuestro cuerpo todas las reacciones necesarias para su buen funcionamiento. Esta función la llevan a cabo las vitaminas, minerales, el agua, la fibra, los antioxidantes y también ciertas proteínas que actúan como enzimas y hormonas. Pertenecen a este grupo: frutas y hortalizas estas contienen agua y son fuente de fibra, vitamina C, beta-caroteno, ácido fólico, magnesio potasio. En la naturaleza existen seis clases de nutrientes: proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas, minerales -oligoelementos- y agua. Cada uno de ellos desempeña funciones específicas en el organismo.
- ✓ **Proteínas:** Las proteínas animales o vegetales contienen veinte y dos aminoácidos. La proteína de origen animal tiene mayor valor biológico que las de origen vegetal. Entre las de origen animal están: la leche y sus

derivados, los huevos, las carnes rojas y blancas; entre las de origen vegetal se encuentran: las leguminosas: fríjol por ejemplo, los cereales, las nueces y la semilla de soya.

- ✓ **Carbohidratos:** La glucosa, la más importante de los carbohidratos, es esencial para el metabolismo, ya que se almacena en el hígado y en los músculos en forma de glucógeno. Los niños, debido a su metabolismo aumentado, requieren cantidades mayores de glucosa. Las principales fuentes de carbohidratos son: la leche, las frutas, los cereales, las raíces, los tubérculos y las hortalizas.
- ✓ **Grasas:** Las grasas conforman el grupo de nutrientes con mayor capacidad para producir energía. Algunos alimentos ricos en grasas son: leche y sus derivados, yema de huevo, carnes rojas, pellejo de carnes blancas, nueces, maní y aceite de origen vegetal.
- ✓ **Vitaminas:** Son y actúan como coenzimas en todos los procesos metabólicos, en reacciones de producción de energía, en el metabolismo de las proteínas, síntesis celular y actúan como antioxidantes. Se obtienen a través de la alimentación por lo que el organismo no lo sintetiza.

Hay varios tipos de vitaminas:

- ✓ **Vitamina A:** Es necesaria para el funcionamiento normal de los epitelios, los ojos y para el desarrollo óseo y dental. Existen dos fuentes de vitamina A en la dieta:
  - La vitamina preformada o retinol; esta solo presente en alimentos de origen animal, una fuente particularmente rica es el hígado, huevos y grasa de leche.

- Las pro vitaminas o carotenos; provienen principalmente de las plantas como: vegetales de hojas verdes oscura, o de color amarillo brillante o anaranjado, tales como la calabaza, papaya, mango, aceite de palma roja.
  
- ✓ **Vitamina D:** Es indispensable para el metabolismo del calcio y del fósforo. Las fuentes alimenticias de esta vitamina se encuentran en la leche sin descremar, crema, mantequilla, queso, carne de pescado, huevos. Los aceites de hígado de pescado son una fuente rica de vitamina D.
  
- ✓ **Vitamina E:** Se requiere para mantener la integridad muscular, y también para la síntesis de hemoglobina y porfirinas, proteínas constituyentes de la sangre.
  
- ✓ **Vitamina K:** Es necesaria para sintetizar la pro trombina y otros factores de la coagulación.
  
- ✓ **Vitamina C:** Ácido ascórbico: importante para la formación de proteínas que hacen parte de los tejidos de sostén. Esta vitamina es soluble en agua y se destruye rápidamente con el calor. Las principales fuentes de vitamina C. están en las frutas frescas, verduras, el hígado.
  
- ✓ **Ácido fólico:** para síntesis de las nucleoproteínas.
  
- ✓ **Vitaminas del grupo B:** Estas vitaminas son solubles en agua, se manifiestan en su acción durante la ruptura de los carbohidratos en el proceso de producción de energía y en la regulación del uso de proteína por el cuerpo.

Todas son esenciales para el crecimiento normal y la escasez de cualquiera de ellas probablemente reduzca el apetito.

Las vitaminas B6, B12 y el ácido fólico son importantes en la producción de neurotransmisores, los mensajeros químicos del cerebro que regulan el humor y la concentración.

Estas vitaminas los encontramos en alimentos como: carnes, pescados, huevos, lácteos, en las leguminosas, en los cereales completos, frutas y verduras especialmente si son verdes.

- ✓ **Los minerales y su importancia en la alimentación:** Los minerales son, tan importantes como las vitaminas para lograr el mantenimiento del cuerpo en perfecto estado de salud. Pero, como el organismo no puede fabricarlos, debe utilizar las fuentes exteriores de los mismos, como son los alimentos, los suplementos nutritivos, la respiración y la absorción a través de la piel, para poder asegurar un adecuado suministro de ellos.
- ✓ **Agua:** el agua es un elemento esencial para la vida y constituye la mayor parte del peso del organismo. El agua se sintetiza en el organismo, pero en cantidades menores que los requeridos por éste. El agua puede obtenerse por ingestión de alimentos líquidos y sólidos.

Entre las prácticas óptimas de alimentación de los lactantes y los niños y niñas de corta edad figuran el comienzo de la lactancia materna en la hora posterior al nacimiento, la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y su continuación hasta los dos años de edad o después, así como la alimentación segura y adecuada para la edad con alimentos blandos, semisólidos y sólidos a partir de los seis meses de vida. Garantizar el amamantamiento óptimo durante el primer año de vida y la alimentación complementaria son dos prácticas que, si se realizan de manera conjunta, pueden prevenir casi una quinta parte de las muertes de niños y niñas menores de 5 años.

- ✓ **Comienzo temprano de la lactancia materna:** La iniciación temprana de la lactancia materna reduce las probabilidades de mortalidad neonatal. El calostro, que es la leche altamente nutritiva que produce la madre en los días inmediatamente posteriores al alumbramiento, suministra los bebés nutrientes esenciales y anticuerpos que fortalecen su sistema inmunológico, reduciendo de esa manera el riesgo de muerte en el periodo neonatal. Además de salvar vidas, el comienzo temprano del amamantamiento conlleva un aumento de la intensidad de las contracciones del útero, lo que disminuye el peligro de hemorragia uterina. Asimismo, reduce los riesgos de hipotermia, mejora el vínculo entre la madre y el hijo, y alienta la producción inmediata de leche.

A nivel mundial, menos de la mitad de los recién nacidos son amamantados en su primera hora de vida, pero en los países menos adelantados se registran las tasas más altas de comienzo temprano de la lactancia materna (52% en 2011). Asia meridional es la región del mundo con el menor porcentaje de amamantamiento de recién nacidos en su primera hora de vida (39% en 2011). Por otro lado, África subsahariana tiene la mayor cobertura de iniciación temprana de la lactancia materna, ya que el 48% de los bebés es amamantado en la primera hora de vida.

Ese elevado índice se debe en gran medida a la alta tasa de amamantamiento temprano de África oriental y meridional, del orden del 56%.

- ✓ **Lactancia materna exclusiva:** La lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses permite salvar vidas. Durante ese período, los lactantes que no son amamantados tienen 14 veces más probabilidades de morir de cualquier causa que los lactantes que reciben leche materna exclusiva. Los lactantes que reciben leche materna exclusiva corren

menos peligro de morir de enfermedades diarreicas o neumonía, que son las enfermedades que causan el mayor número de muertes de menores de 5 años. Además, la lactancia materna exclusiva ofrece muchos otros beneficios tanto a la madre como al lactante, entre ellos la prevención de las deficiencias de crecimiento.

- ✓ **Alimentación complementaria:** Los niños a quienes se suministran alimentos complementarios seguros, adecuados y suficientes a partir de los seis meses de edad disfrutan de mejor estado de salud y tienen un mejor crecimiento. A esa edad, la leche materna constituye aún una importante fuente de nutrientes, y es recomendable seguir amamantando a los niños hasta los dos años de edad. Se ha demostrado que las prácticas adecuadas de alimentación complementaria han dado lugar a una marcada y rápida reducción del retraso en el crecimiento, especialmente en el caso de las poblaciones vulnerables. Es posible que los niños y niñas no reciban alimentación complementaria suficiente y segura a la edad en que la necesitan, o pueden no recibirla con la frecuencia requerida, o consumir alimentos de calidad insuficiente.

La programación en materia de alimentación complementaria se inspira en varios principios fundamentales: la educación para mejorar las prácticas de los trabajadores de la salud; el aumento de la densidad energética y de la biodisponibilidad de los nutrientes de los alimentos complementarios; el suministro de alimentos complementarios con o sin micronutrientes agregados; y el enriquecimiento de los alimentos complementarios, ya sea de manera centralizada o mediante el enriquecimiento doméstico, incluido el uso de micronutrientes múltiples en polvo, prestando mayor atención en todos los casos a las poblaciones más amenazadas por la inseguridad alimentaria.

### 2.3.7 DIAGNÓSTICO:

(Díaz, 2018) Menciona:

El diagnóstico es primordialmente clínico. Los signos clínicos se clasifican en:

- **Signos universales:**

Son aquellos que siempre están presentes en los niños desnutridos; su intensidad dependerá de la magnitud del déficit de nutrientes, de la etapa de crecimiento y del tiempo de evolución y son: dilución, hipofunción y atrofia, y ocasionan detención de crecimiento y desarrollo.

- **Signos circunstanciales:**

Su presencia es circunstancial, pueden o no estar presentes y son características del tipo de desnutrición ya sea Marasmo, Kwashiorkor o mixta, como hipotrofia muscular, hipotonía, edema, lesiones dermatológicas, signo de la bandera.

- **Signos agregados:**

Son aquellos que se encuentran presentes en el niño desnutrido solamente y a consecuencia de diversos procesos patológicos que se agregan, como insuficiencia respiratoria, fiebre, deshidratación, etc.

La reducción en la tasa de incremento ponderal o bien el franco decremento en esta medida antropométrica, precede a la detención del crecimiento estos indicadores nos permiten situar a la enfermedad en severidad (P//E), tiempo de evolución (T//E) y pronóstico (P//T).

- **PESO PARA LA EDAD (P//E)**

El P//E se utiliza en los niños y se valora como el porcentaje del peso esperado o ideal para una edad determinada.

El déficit de peso evalúa tanto la desnutrición presente como la pasada ya sea debida a un proceso agudo o crónico.

$P//E = \text{PESO ACTUAL} \times 100 = \% \text{ de peso} - 100 = \% \text{ de déficit de peso}$

- **PESO PARA LA TALLA (P//T)**

El peso para la talla P//T ha reemplazado al P//E como criterio para el diagnóstico de desnutrición aguda o presente.

Es muy útil para evaluar el impacto de los programas de intervención nutricional.

Este cociente indica el estado nutricional actual y permite detectar casos de desnutrición aguda comparándolo con gráficas estandarizadas para niños y adolescente.

$P//T = \underline{\text{PESO ACTUAL}} \times 100 = \% \text{ de peso} - 100 = \% \text{ de déficit de peso.}$

- **PESO IDEAL PARA TALLA ACTUAL**

Interpretación:

Porcentaje de peso Déficit

Agudización leve 89- 80 % 11 - 20 %

Agudización moderada 79- 70 % 21 - 30 %

Agudización severa > 70 % 30 > %

- **TALLA PARA LA EDAD (T//E)**

La T//E cuando se encuentra disminuida es evidencia de una desnutrición crónica o pasada, no es útil en los programas de intervención nutricional.

Sin embargo, es el indicador que nos permite diferenciar los procesos crónicos y pasados de los presentes y agudos y de ahí su valor en investigación social.

$T//E = \text{TALLA ACTUAL} \times 100 = \% \text{ de talla} - 100 = \% \text{ de déficit de talla.}$

- **TALLA IDEAL**

Interpretación:

Porcentaje de talla Déficit

Crónico leve 90 - 94 % 6 - 10 %

Crónico moderada 89 - 85 % 11 - 15 %

Crónico severa 85 < % > 15 %

- **SIGNOS DE MAL PRONOSTICO:**

- Edad menor de 6 meses.
- Déficit de P//T mayor del 30 % o de P//E mayor del 40 %
- Estupor o coma.
- Infecciones severas (bronconeumonía, sarampión, etc.)
- Petequias o tendencias hemorrágicas.
- Deshidratación, Alteraciones electrolíticas, acidosis severa.
- Taquicardia o datos de insuficiencia respiratoria o cardíaca.
- Proteínas séricas menores a 3 gr/dl.
- Anemia severa con datos de hipoxia.
- Ictericia, hiperbilirrubinemia o aumento de transaminasas.
- Lesiones cutáneas eruptivas o exfoliarías extensas.
- Hipoglucemia e hipotermia.

### **2.3.8 TRATAMIENTO**

(Suarez, 2010), Señala:

Los niños con cuadro de desnutrición, ingresan al servicio de salud, principalmente con deshidratación como resultado de una diarrea de alto gasto,

es decir más de diez deposiciones líquidas por día, seguido de infecciones del tracto respiratorio, urinario o gastrointestinal. El tratamiento consiste en tres pilares fundamentales.

1. Fase: crítica intrahospitalaria o estabilización clínica del paciente; 2.Fase: Recuperación nutricional; 3.Fase: Seguimiento médico, nutricional y psicosocial de manera ambulatoria.

(OMS, 2009), Señala:

Los niños con desnutrición aguda severa presentan profundas alteraciones de las funciones fisiológicas y el metabolismo, hasta el punto de que el hecho de iniciar la realimentación intensiva antes de que se hayan corregido los desequilibrios metabólicos e hidroelectrolíticos, se asocia a altas tasas de mortalidad. De ahí que la OMS elaborara unas directrices clínicas para el tratamiento de los niños con desnutrición aguda severa, las cuales se actualizaron parcialmente en ulteriores publicaciones de la OMS sobre la atención en régimen ambulatorio y el tratamiento hospitalario de los niños con desnutrición aguda severa. Cada vez es más frecuente tratar la desnutrición aguda severa no complicada en régimen ambulatorio, administrando alimentos terapéuticos listos para el consumo. Son alimentos enriquecidos que se pueden consumir directamente, aportan muchas calorías y tienen un contenido en nutrientes por cada 100 kilocalorías similares al de la leche F-100, que es la alimentación terapéutica utilizada para tratar a los niños con desnutrición aguda severa hospitalizados. Sin embargo, a diferencia de la F-100, los alimentos terapéuticos listos para el consumo no necesitan que se les añada agua, por lo que son menos propicios para la proliferación bacteriana. En consecuencia, pueden utilizarse sin peligro en el hogar o en el hospital prescindiendo de la refrigeración e incluso en zonas en las que las condiciones de higiene no sean óptimas. Pueden consumirlos fácilmente los niños desde los 6 meses de edad y se ha comprobado que son eficaces en el tratamiento de los niños con

desnutrición aguda severa en la comunidad o en el medio hospitalario tras la fase de estabilización.

(Barrera, 2002) Dice:

**Tratamiento de casos moderados de desnutrición:**

- 1) Dieta: Se inicia con dieta líquida, luego blanda y posteriormente una dieta completa.
- 2) Infección. Si existe, se da tratamiento específico. Estos pacientes se tratan en forma ambulatoria.

**Tratamientos en casos graves:**

- 1) Se ingresan inmediatamente al Centro de Salud.
- 2) Dieta: En forma similar a los casos moderados, pero según la vía que el niño la tolere: taza, cuchara, sonda nasogástrica o venoclisis.
- 3) Rehidratación en casos necesarios.
- 4) Infección: Se aconseja administrar antibióticos. Ej.: Penicilina por 5 o 7 días.
- 5) Administración de minerales (hierro, magnesio, etc.), vitaminas.
- 6) Parasitosis: Tratamiento específico una vez detectada por exámenes de laboratorio.

**Tratamiento ulterior:**

- 1) Educar a los padres para que hagan el mejor uso de los alimentos que se consiguen en la localidad.
- 2) Administrar hierro por la vía oral.

3) Tratar las diversas infecciones, por leves que sean. 4) Buscar la colaboración y asistencia de autoridades locales o funcionarios de servicio social, cuando ha habido una desorganización del grupo familiar.

### 2.3.9 PREVENCIÓN

(UNICEF, 2009), Menciona:

Las intervenciones específicas en materia de nutrición son conjuntos de acciones que tienen consecuencias directas para la prevención y el tratamiento de la desnutrición, especialmente durante los 1.000 días comprendidos por el embarazo y los primeros dos años de vida de los niños. Esas intervenciones deberían complementarse con enfoques más amplios que tengan en cuenta las cuestiones relacionadas con la nutrición y que afecten de manera indirecta el estado nutricional. En los programas de nutrición resulta particularmente importante tener presente la cuestión de la equidad, ya que el retraso en el crecimiento y otras formas de desnutrición afectan a los sectores más vulnerables de la población. Estas actividades se clasifican en términos generales en las siguientes categorías:

- ✓ **Nutrición materna y prevención del bajo peso al nacer:** El estado nutricional de la mujer antes y durante el embarazo afecta el estado de salud materna e infantil. Para que el niño o la niña tengan un desarrollo óptimo es necesario una ingesta de nutrientes adecuada, el suministro de suplementos cuando sean necesarios y la prevención de las enfermedades. También es necesario evitar los factores de estrés como el humo del tabaco, las sustancias narcóticas, los contaminantes ambientales y las tensiones y presiones psicológicas. La desnutrición materna tiene como consecuencia el desarrollo deficiente del feto y el bajo peso al nacer. Entre las intervenciones orientadas a mejorar la ingesta de nutrientes materna figura el suministro de suplementos de hierro, ácido

fólico y micronutrientes múltiples, así como la provisión de alimentos y otros suplementos en caso necesario. Al comparar el suministro de hierro y ácido fólico como suplementos exclusivos a mujeres embarazadas de países de bajos ingresos con el suministro de suplementos de micronutrientes múltiples durante el embarazo, se pudo establecer que éstos últimos reducen en un 10% las tasas de bajo peso al nacer. Una ingesta adecuada de ácido fólico y yodo durante el periodo de la concepción, y de hierro y yodo durante el embarazo, tienen efectos beneficiosos, en especial en el desarrollo del sistema nervioso del niño. También se ha descubierto que el suministro de suplementos con contenido equilibrado de proteínas y energía reduce la prevalencia de bajo peso al nacer. Muchas de las intervenciones orientadas a mejorar la salud materna y el desarrollo del feto se realizan por medio de los sistemas de salud pública y los programas sanitarios basados en la comunidad. Se pueden aprovechar las consultas de atención de la salud prenatal para promover prácticas óptimas de nutrición y llevar a cabo intervenciones específicas, como la profilaxis y el tratamiento del paludismo y la eliminación de parásitos.

Mediante los programas de educación y comunicación basados en la comunidad se pueden fomentar comportamientos que mejoren la nutrición. Sin embargo, pese a que el 81% de las mujeres embarazadas del mundo realizan por lo menos una consulta de atención de la salud prenatal, la cobertura de las intervenciones específicas y la calidad de esa atención varían.

Aparte de esas intervenciones específicas, existen otras que resultan pertinentes, como la prevención del embarazo en la adolescencia, el aplazamiento de la edad del matrimonio, la prevención de los embarazos no deseados o no planificados, y la superación de las barreras

socioculturales que dificultan tanto las prácticas saludables como la búsqueda y obtención de servicios de atención de la salud.

- ✓ **Prevención y tratamiento de la carencia de micronutrientes:** La carencia de micronutrientes, incluida la carencia de vitamina A, de hierro, de yodo, de zinc y de ácido fólico, afecta con frecuencia a los niños, niñas y mujeres de los países de bajos y medianos ingresos. Si se garantiza que las mujeres en edad reproductiva, las embarazadas y los niños y niñas consumen cantidades adecuadas de micronutrientes es posible mejorar el estado de salud de las mujeres que esperan familia, y el crecimiento y desarrollo del feto, además de la supervivencia y el desarrollo mental de los niños y niñas de hasta cinco años.

Entre los programas para combatir la carencia de micronutrientes figuran los dedicados al suministro de suplementos a sectores vulnerables y específicos de la Población, el enriquecimiento doméstico de los alimentos complementarios de los niños de 6 a 23 meses de edad y de los alimentos básicos y condimentos.

## 2.4 MARCO CONCEPTUAL.

- **Alimentación complementaria:** proceso que comienza cuando la leche materna por sí sola ya no es suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales del lactante, y por tanto se necesitan otros alimentos y líquidos, además de la leche materna.

- **Amilasa salivar:** En la **saliva** existe una enzima (molécula que interviene en las reacciones químicas que ocurren dentro de la célula) denominada alfa **amilasa** ( $\alpha$ -**amilasa**), la que se encarga de desdoblar o romper al almidón y a otros polisacáridos ingeridos en la dieta, hasta producir moléculas más pequeñas como la glucosa.
  
- **Catabolismo acelerado:** El catabolismo se produce cuando el propio organismo, al no recibir alimento, acaba por nutrirse de sus propios tejidos consumiendo de esta manera el músculo y acabando poco a poco con nuestra masa muscular.
  
- **Desnutrición global:** deficiencia del peso con relación a la edad y es el resultado de desequilibrios nutricionales pasados y recientes. Se considera que un niño de una edad específica, manifiesta peso insuficiente cuando éste es menor al mínimo que se espera para esa edad.
  
- **Duodeno:** Primera parte del intestino delgado. Se conecta con el estómago. El duodeno ayuda a seguir digiriendo los alimentos que vienen del estómago.
  
- **Distrofia muscular:** grupo de enfermedades que provocan debilidad progresiva y pérdida de la masa muscular. En la distrofia muscular, genes anormales (mutaciones) interfieren en la producción de proteínas necesarias para formar músculos saludables.
  
- **Emaciación:** bajo peso para la estatura, que por lo general es el resultado de la una disminución del peso debido a un período reciente de inanición o una enfermedad grave.

- **Enfermedades infecciosas:** causadas por microorganismos patógenos como las bacterias, los virus, los parásitos o los hongos. Estas enfermedades pueden transmitirse, directa o indirectamente, de una persona a otra.
- **Enfermedades crónicas:** enfermedad o afección que por lo general dura 3 meses o más, y es posible que empeore con el tiempo.
- **Enzima Proteolítica:** es la degradación de proteínas ya sea mediante enzimas específicas, llamadas peptídicas, o por medio de degradación intracelular.
- **Hipofusión:** Disminución de la función normal de un órgano o de una parte de él.
- **Íleon:** es la sección final del intestino delgado, en el aparato digestivo. Su nombre alude a su curso de trayecto, muy sinuoso.
- **Leucemia:** es un tipo de cáncer de la sangre que comienza en la médula ósea, el tejido blando que se encuentra en el centro de los huesos, donde se forman las células sanguíneas.
- **Lipasa Pancreática:** es una enzima (EC 3.1.1.3) que se produce en el páncreas y se secreta en el intestino delgado donde ayuda a descomponer las grasas (lípidos) que comemos para convertirlas en ácidos grasos y glicerol.
- **Marginación:** situación de las personas socialmente desatendidas, o apartadas de los intereses comunes a los miembros que participan activamente en la vida de la sociedad a la que pertenecen.

- **Metabolismo:** conjunto de las reacciones químicas que desarrollan las células cuando se encargan de la degradación o de la síntesis de diferentes sustancias. Se trata de múltiples procedimientos que posibilitan el crecimiento, la subsistencia y la reproducción de cada célula.
  
- **Micronutrientes:** son elementos esenciales que los seres vivos, incluido el ser humano, requieren en pequeñas cantidades a lo largo de la vida para realizar una serie de funciones metabólicas y fisiológicas para mantener la salud
  
- **Morbimortalidad:** índice de personas que padecen enfermedad en una región y período determinado, y si la mortalidad es el número de defunciones, también en una población y tiempo determinados, la morbimortalidad se refiere al conjunto de enfermedades mortales que han afectado a una cantidad de personas en un tiempo y lugar determinados.
  
- **Patogenia:** conjunto de mecanismos biológicos, físicos o químicos que llevan a la producción de una enfermedad la que esclarece la forma en la que una causa (la etiología del proceso) lleva finalmente a producir una serie de signos y síntomas.
  
- **Riesgo nutricional:** probabilidad de padecer enfermedad o complicaciones médicas en el tratamiento, relacionadas con la nutrición.

## CAPÍTULO III

### 3. DISEÑO METODOLÓGICO

(Ponce & Jiménez, 2015) argumentan:

Para diseñar una investigación es importante especificar las características del diseño metodológico (tradicionalmente se conoce como la sección de material y métodos o metodología de un proyecto de investigación). El diseño metodológico le dará identidad propia, única y muy particular a la investigación que se desea realizar y ayudará al lector a comprender adecuadamente en qué consistirá la investigación.

El diseño metodológico es la descripción detallada y precisa de las estrategias y procedimientos de cómo se va a realizar la investigación. Los elementos que deben incluirse en el diseño metodológico deben estar relacionados de forma lógica, congruente, presentados y ordenados de manera coherente y sencilla. (p. 1).

(Peña, 2009) señala que:

El Diseño metodológico, es una relación clara y concisa de cada una de las etapas de la intervención. El diseño metodológico es la descripción de cómo se va a realizar la propuesta de intervención.

El diseño metodológico son los pasos a seguir para generar una información que mi proyecto de investigación requiere, a la luz de una temática y unos objetivos que se problematizan.

Un diseño metodológico es la forma particular de cómo cada interventor/a organiza su propuesta de intervención. Lo metodológico debe estar soportado por la postura epistemológica, conceptual y ontológica del interventor/a; es decir,

cada diseño metodológico ha de responder con coherencia interna a la concepción de ser humano, a la concepción de educación y a los principios pedagógicos que orientan a cada interventor/a en su quehacer. Por lo tanto, la estrategia de intervención depende del tipo de estudio que se elija (el enfoque), ya que éste determina el diseño, el proceso propuesto a la comunidad, la información generada, la forma como se trabajará con la comunidad y el lugar del profesional interventor. (p.1)

### **3.1 FORMAS DE INVESTIGACIÓN**

La investigación sobre los “Hábitos alimenticios como factor de riesgo en la desnutrición infantil en Potrerillo, Amatenango de la Frontera, Chiapas”, es aplicada debido a que la investigación se llevará a la práctica con nuestra muestra que son 10 madres de familia del barrio la Peñita de Potrerillo por medio de encuestas para la comprobación de hipótesis.

#### **3.1.1 INVESTIGACION PURA**

(Tamayo, 1999) menciona:

Recibe también el nombre de pura y fundamental, tiene como fin la búsqueda del progreso científico, mediante el acrecentamiento de los conocimientos teóricos, sin interesarse directamente en sus posibles aplicaciones o consecuencias prácticas; es de orden formal y busca las generalizaciones con vista al desarrollo de una teoría basada en principios y leyes (p.129).

#### **3.1.2 INVESTIGACIÓN APLICADA**

(Bunge, 1969) afirma:

La investigación aplicada busca o perfecciona recursos de aplicación del conocimiento ya obtenido mediante la investigación pura, y, por tanto, no busca la verdad, como la investigación pura, sino la utilidad. En otras palabras, se trata aquí de investigar las maneras en que el saber científico producido por la investigación pura puede implementarse o aplicarse en la realidad para obtener un resultado práctico (p.683).

## **3.2 TIPOS DE ESTUDIO**

(Cazau, 2006) Señala:

La investigación es un proceso por el cual se enfrentan y se resuelven problemas en forma planificada, y con una determinada finalidad.

Esta investigación es de tipo explicativa y descriptiva, es explicativa porque estableceremos unos de los factores principales que llevan a la desnutrición infantil que son los hábitos alimenticios con la finalidad de prevenir desnutrición infantil el cual es un factor de riesgo producido por los malos hábitos alimenticios. Es descriptiva ya que conoceremos las situaciones, y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades que se realizaran de acuerdo al tema de “Hábitos alimenticios como factor de riesgo en la desnutrición infantil en Potrerillo, Amatenango de la Frontera, Chiapas”, objetos, procesos y personas. Su meta no se limita solo a la recolección de datos, sino también a buscar estrategias sobre las características del problema elegido.

### **3.2.1 ESTUDIO CORRELACIONAL**

Cortés e Iglesias (2004) Mencionan:

Los estudios correlacionales tienen como propósito evaluar la relación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables. La utilidad principal de los estudios correlacionales cuantitativos es saber cómo se puede comportar un concepto o una variable conociendo el comportamiento de otras variables relacionadas.

### **3.2.2 ESTUDIO DESCRIPTIVO**

Cortés e Iglesias (2004) Señalan:

Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Describen situaciones, eventos o hechos, recolectando datos sobre una serie de cuestiones y se efectúan mediciones sobre ellas, buscan especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice.

### **3.2.3 ESTUDIO EXPLICATIVO**

Sampieri, Fernández y Baptista (2006) Reafirman:

Los estudios explicativos van más allá de la descripción de conceptos o fenómenos o del establecimiento de relaciones entre conceptos; es decir, están dirigidos a responder por las causas de los eventos y fenómenos físicos o sociales. Como su nombre lo indica, su interés se centra en explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se manifiesta, o porque se relacionan dos o más variables.

### **3.2.4 ESTUDIO EXPLORATORIO**

Sampieri, Fernández y Baptista (2006) Explican:

Los estudios exploratorios se realizan cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes. Es decir, cuando la revisión de la literatura reveló que tan solo hay guías no investigadas e ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio, o bien, si deseamos indagar sobre temas y áreas desde nuevas perspectivas.

### **3.3 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

El presente tema “Hábitos alimenticios como factor de riesgo en la desnutrición infantil en Potrerillo, Amatenango de la Frontera”, es una investigación de tipo no experimental, específicamente de corte transversal, debido a que solo se estudiará el fenómeno una sola ocasión sin modificar conductas, solo se observará la situación actual tal y como está sucediendo en su contexto natural.

#### **3.3.1 INVESTIGACIÓN EXPERIMENTAL**

Malagar, (2008) Considera:

En este método los tratamientos de la variable independiente han sido manipulados por el investigador-X- por lo que se tiene el mayor control y evidencia de la causa y efecto. (p. 149).

Sampieri (2006) señala: En los experimentos se diseñan pruebas en las cuales se inducen cambios es decir se manipulan las variables que intervienen en un proceso o sistema deliberadamente (supuestas causas), de manera que sea posible observar, identificar y analizar las causas en la respuesta obtenida. En un experimento, el investigador construye deliberadamente una situación a la que

son expuestos varios individuos. Esta situación consiste en recibir un tratamiento, condición o estímulo bajo determinadas circunstancias, para después analizar los efectos de la exposición o aplicación de dicho tratamiento o condición. Por decirlo de alguna manera, en un experimento se ‘construye’ una realidad.

### **3.3.2 INVESTIGACIÓN NO EXPERIMENTAL**

Malagar, (2008) refiere:

En este método, existe un grupo de sujetos a los cuales se realiza una prueba-O- de medición de la variable dependiente, pero los tratamientos de la variable independiente-X- no fueron manipulados o controlados por el investigador. También se denomina investigación ex - post - facto. (p.149).

Sampieri (2006) indica: La investigación no experimental es la que no manipula deliberadamente las variables a estudiar. Lo que hace este tipo de investigación es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto actual, para después analizarlo. En un estudio no experimental no se construye ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes.

#### **3.3.2.1 INVESTIGACIÓN TRANSVERSAL**

(Sampieri, 2010), menciona:

Los diseños de investigación transeccional o transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Es como tomar una fotografía de algo que sucede. (p.151)

### **3.3.2.2 INVESTIGACIÓN LONGITUDINAL**

(Sampieri, 2010), señala que:

Son estudios que recaban datos en diferentes puntos del tiempo, para realizar inferencias acerca de la evolución, sus causas y sus efectos. (p.158)

## **3.4 ENFOQUES**

Toda investigación necesita contar con enfoques que orienten su realización, que permitan diseñar y/o elegir los instrumentos que nos servirán para la recolección de los datos y las características que éstos deben tener.

La investigación es de enfoque mixto debido a que combinamos el enfoque cuantitativo con el cualitativo.

### **3.4.1 ENFOQUE CUALITATIVO**

(Patton 1980,1990), menciona que:

Los datos cualitativos como descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas, interacciones, conductas observadas y sus manifestaciones. Por lo expresado en los párrafos anteriores, el investigador cualitativo utiliza técnicas para recolectar datos como la observación no estructurada, entrevistas abiertas, revisión de documentos, discusión en grupo, evaluación de experiencias personales, registro de historias de vida, interacción e introspección con grupos o comunidades. (P. 326)

A su vez Fernández y Pertegás (2004), reafirman que:

La investigación cualitativa evita la cuantificación. Los investigadores cualitativos hacen registros narrativos de los fenómenos que son estudiados mediante técnicas como la observación participante y las entrevistas no estructuradas. La diferencia fundamental entre ambas metodologías es que la cuantitativa estudia la asociación o relación entre variables cuantificadas y la cualitativa lo hace en contextos estructurales y situacionales. La investigación cualitativa trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su sistema de relaciones, su estructura dinámica.

### **3.4.2 ENFOQUE CUANTITATIVO**

(Sampieri 2006), menciona que:

Cuando hablamos de una investigación cuantitativa damos por aludido al ámbito estadístico, es en esto en lo que se fundamenta dicho enfoque, en analizar una realidad objetiva a partir de mediciones numéricas y análisis estadísticos para determinar predicciones o patrones de comportamiento del fenómeno o problema planteado. Este enfoque utiliza la recolección de datos para comprobar hipótesis, que es importante señalar, se han planteado con antelación al proceso metodológico; con un enfoque cuantitativo se plantea un problema y preguntas concretas de lo cual se derivan las hipótesis.(p.326)

### **3.4.3 ENFOQUE MIXTO**

(Sampieri s/f), menciona:

Los métodos mixtos representan un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias

producto de toda la información recabada (meta inferencias) y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio.

(Cortés e Iglesias, 2004), afirman que:

La investigación es mixta porque se utilizará tanto el enfoque cualitativo como el cuantitativo, en el cualitativo se observará las reacciones de la gente a la hora de responder la encuesta; es cuantitativo porque realizaremos encuestas para cuantificar el problema.

En un enfoque mixto el investigador utiliza las técnicas de cada uno por separado, se hacen observaciones, entrevistas, se realizan encuestas para saber las opiniones de cada cual sobre el tema en cuestión, se trazan lineamientos sobre las políticas a seguir según las personas que intervengan, además esas encuestas pueden ser valoradas en escalas medibles y se hacen valoraciones numéricas de las mismas, se obtienen rangos de valores de las respuestas, se observan las tendencias obtenidas, las frecuencias, se hacen histogramas, se formulan hipótesis que se corroboran posteriormente. (p.11)

### **3.5 UNIVERSO O POBLACIÓN**

La población de estudio será en el ejido Potrerillo, Amatenango de la Frontera, Chiapas.

El interés que tenemos como profesionistas para abordar este problema en este municipio es porque la incidencia esta problemática de salud es debido a la falta de conocimientos y a la irresponsabilidad de los comerciantes en el ámbito higiénico.

(Leon, 2007) Menciona:

La población de una investigación está compuesta por todos los elementos (personas, objetos, organismos, historias clínicas) que participan del fenómeno

que fue definido y delimitado en el análisis del problema de investigación. La población tiene la característica de ser estudiada medida y cuantificada. (p.2)

(Selltiz, 1980), recalca:

Una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones. (p.238).

### **3.5.1 DELIMITACIÓN ESPACIAL**

Frontera, es un adjetivo refiriéndose al límite que hace con la República de Guatemala y el término Potrerillo deriva de los numerosos potreros o sabanas naturales, delimitadas por corrales construidos por los primeros habitantes noventa años atrás de la actualidad y como quedaban abundantes potreros pequeños, se le llamo "Potrerillo".

Potrerillo se ubica en el estado mexicano de Chiapas en el municipio de Amatenango de la Frontera, localizado en una altura de 720 metros, Potrerillo brinda hogar para 2062 habitantes de cuales 1003 son hombres o niños y 1059 mujeres o niñas. 1214 de la población de potrerillo son adultos y 194 son mayores de 60 años. Sobre acceso al seguro social disponen 1368 habitantes. Se encuentra a 211.1 kilómetros (en dirección oeste) de la localidad de el Pacayal, que es la que más habitantes tiene dentro del municipio, asimismo, de la capital del municipio (Amatenango de la frontera) está a 4.0 kilómetros en dirección sudeste.

### **3.6 MUESTRA**

(M. I. Ortego, s/f), afirma que:

Se denomina muestra a un subconjunto de unidades estadísticas extraído del universo del cual se quiere conocer ciertas características. Es a partir de los resultados observados sobre la muestra que se va a extrapolar para producir estimaciones de dicho universo. (p.2)

La muestra de nuestra investigación son quince madres de familia que tengan niños entre 1 año a 5 años de edad del barrio la Peñita de Potrerillo, Amatenango de la Frontera, Chiapas.

### **3.6.1 TIPOS DE MUESTREO**

La investigación que se presenta es no probabilística de tipo de muestreo accidental o bola de nieve, es no probabilística debido a que solo se encuestarán a las madres de familia del barrio la Peñita de Potrerillo, Amatenango de la Frontera, Chiapas y es accidental o bola de nieve ya que se encuestarán a las madres de familia que se encuentren en casa y estén disponibles para realizar la encuesta.

A continuación, se describen los diferentes tipos de muestreo.

#### **3.6.1.1 PROBABILÍSTICO**

(Salvadó, 2013), define que:

Es requisito que todos y cada uno de los elementos de la población tenga la misma probabilidad de ser seleccionados (azar). Se debe tener disponible un listado completo de todos los elementos de la población, a esto se le llama Marco de Muestreo. (s/p).

### **3.6.1.1.1 ALEATORIO SIMPLE**

(Velázquez A. P.) Señala:

El muestreo aleatorio es una técnica que permite obtener una muestra representativa de la población. Ésta se basa en el concepto de probabilidad, el cual marca que cualquier elemento de la población tiene la misma probabilidad de ser elegido y que la elección de cada elemento es independiente de cualquier selección previa. Los muestreos probabilísticos son de varios tipos.

### **3.6.1.1.2 ESTRATIFICADO**

(Otzen, 2017) Define:

Aleatorio estratificado: Se determina los estratos que conforman la población blanca para seleccionar y extraer de ellos la muestra (se define como estrato a los subgrupos de unidades de análisis que difieren en las características que van a ser analizadas).

### **3.6.1.1.3 SISTEMÁTICO**

(Velázquez M. e., s/f), menciona que:

En este caso se elige de manera aleatoria el sitio de muestreo para un estrato determinado, mientras que en los estratos restantes el sitio de muestreo se determina a partir de la misma posición relativa. Un caso típico de esto consiste en elegir el centro de cada estrato como sitio de la muestra. (s/p)

### **3.6.1.1.4 POR CONGLOMERADO**

(Otzen T. , 2017) Menciona:

Consiste en elegir de forma aleatoria ciertos barrios o conglomerados dentro de una región, ciudad, comunidad etc., para luego elegir unidades más pequeñas como cuadras, calles, etc. y finalmente otras más pequeñas, como escuelas, consultorios, hogares (una vez elegido esta unidad, se aplica el instrumento de medición a todos sus integrantes).

### **3.6.1.2 NO PROBABILÍSTICO**

(Sampieri, 2010), menciona que:

En las muestras no probabilísticas, la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o de quien hace la muestra. Aquí el procedimiento no es mecánico ni con base en fórmulas de probabilidad, sino que depende del proceso de toma de decisiones de un investigador o de un grupo de investigadores y, desde luego, las muestras seleccionadas obedecen a otros criterios de investigación. (p.176)

#### **3.6.1.2.1 MUESTREO POR CONVENIENCIA**

(Casal, 2003) Menciona:

Consiste en la elección por métodos no aleatorios de una muestra cuyas características sean similares a las de la población objetivo. En este tipo de muestreos la “representatividad” la determina el investigador de modo subjetivo, siendo este el mayor inconveniente del método ya que no podemos cuantificar la representatividad de la muestra (p.5).

#### **3.6.1.2.2 MUESTREO POR CUOTAS**

(Salvadó, 2013) Señala:

Todos los elementos conocidos de la población tienen que aparecer en la muestra. Se debe asegurar que estos aparezcan en la misma proporción que en la población. El investigador entrevista a todas las personas de cada categoría que pueda encontrar hasta que haya llenado la cuota.

### **3.6.1.2.3 ACCIDENTAL O BOLA DE NIEVE**

Espinoza (s/f) señala: Se aprovecha o utiliza personas disponibles en un momento dado que se corresponda con el propósito del estudio (p.20).

## **3.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Las técnicas que principalmente se aplicarán en esta investigación son, la observación y la encuesta, ésta última a partir de la aplicación de un cuestionario de 20 preguntas, de las cuales todas son cerradas con la finalidad de obtener por parte del encuestado, opiniones más precisas.

Las técnicas que se usaron en la investigación son la observación directa en la que observaremos las actitudes de las personas a la hora de encuestarlas, así como la técnica de la encuesta para recopilar datos indispensables para comprobar hipótesis.

### **3.7.1 OBSERVACIÓN**

(POSTGRADO, 2009), da a conocer:

Tradicionalmente el acto de "observar" se asocia con el proceso de mirar con cierta atención una cosa, actividad o fenómeno, o sea concentrar toda su capacidad sensitiva en algo por lo cual estamos particularmente interesados. En la investigación se hará uso de esta técnica, apoyándose del instrumento ficha de observación.

### **3.7.2 ENCUESTA**

(POSTGRADO, 2009), manifiesta que:

Para algunos investigadores no es otra cosa que la recolección sistemática de datos en una población o en una muestra de la población, mediante el uso de entrevistas personales y otros instrumentos para obtener datos. Habitualmente a este tipo de estudio se le denomina así, cuando se ocupa de grupos de personas, numerosas y dispersas. Para otros, la encuesta es solo una pluralidad de técnicas que se utilizan a nivel masivo.

En la investigación se utilizará la encuesta para recopilar datos de la muestra apoyándose del instrumento cuestionario, el cual consta de cinco apartados con un total de 20 preguntas, dicho cuestionario se aplicará a 10 madres de familia en el barrio la Peñita de Potrerillo, Amatenango de la Frontera, Chiapas.

## **3.8 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **3.8.1 CUESTIONARIO**

A continuación, se presenta el modelo de cuestionario que se aplicará a nuestra muestra, el cual se llevará a cabo en el barrio la Peñita de Potrerillo, Amatenango de la Frontera, Chiapas a 10 madres de familia que tengas niños entre 1 año a 5

años de edad. La encuesta se llevará a cabo el día 27 de mayo de 2021 a las 11:30 am.

## CUESTIONARIO

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **No. de cuestionario:** \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Te pedimos cordialmente que nos apoyes a contestar las siguientes preguntas con toda sinceridad. Hacemos de tu conocimiento que la información obtenida será tratada con respeto y confidencialidad.

**Lee detenidamente y señala con una X la respuesta que consideres correcta o completa el dato que se te pide.**

### I.- DATOS PERSONALES

1.- Edad de su hijo(a): \_\_\_\_\_

2.- Sexo del niño (a):      a) Femenino      b) Masculino

3.- Escolaridad del niño(a):    a) Aun no estudia    b) Preescolar    c) Primaria

4.- ¿Qué edad tiene la mamá?

- |                     |               |
|---------------------|---------------|
| a) Menos de 18 años | b) 19-25 años |
| c) 26- 35 años      | d) 36-45 años |
| e) Más de 45 años   |               |

5.- ¿Cuál es su ocupación de la mama? \_\_\_\_\_

6.- ¿Cuál es su estado civil?

- |           |               |
|-----------|---------------|
| a) Casada | b) Divorciada |
|-----------|---------------|

- c) Soltera
- e) Viuda

d) Unión libre

7.- ¿Hasta qué año estudió la mamá?

- a) No estudió
- b) Primaria incompleta
- c) Primaria completa
- d) Secundaria incompleta
- e) Secundaria completa
- f) Superior

8.- ¿Cuántos niños tienes mamá?

- a) 1-2 niños
- b) 3-4 niños
- c) 5- 7niños
- d) Más de 8 niños

9.- ¿Cuándo el niño se enferma donde lo lleva primero para curarlo?

- a) Curandero
- b) Centro de salud
- c) Hospital particular
- d) Otros

## II.- CONOCIMIENTOS SOBRE LA DENUTRICIÓN INFANTIL

1.- ¿Conoce usted que es la desnutrición infantil?

- a) Si
- b) No

Si respondió que sí, ¿Qué es la desnutrición infantil?

---

---

2.- ¿Ha recibido información acerca de la desnutrición infantil?

- a) Si
- b) No

Si respondió que sí, ¿Dónde recibió dicha información?

---

---

3.- ¿Su hijo (a) ha presentado desnutrición?

- a) Si      b) No

4.- ¿Usted conoce que hábitos alimenticios pueden causar desnutrición en su hijo (a)?

- a) Si      b) No

Si respondió que sí, ¿Cuáles hábitos?

---

---

5.- ¿Conoce usted cual es la diferencia entre alimentación y nutrición?

- a) Si      b) No

Si respondió que sí, ¿Cuál es la diferencia?

---

---

6.- ¿Acude usted con su hijo(a) al centro de salud para la toma de peso y talla en sus citas programadas?

- a) Si      b) No      c) A veces

7.- ¿Cree usted que es importante para la salud de su hijo mantener una dieta balanceada?

- a) Si      b) No

¿Porque? \_\_\_\_\_

---

8.- ¿Cree usted que la desnutrición infantil es un problema frecuente en la población de Potrerillo?

- a) Si      b) No

¿Porque? \_\_\_\_\_

---

### III.HABITOS ALIMENTICIOS Y CARACTERISTICAS DE LA DIETA

9.- ¿Su hijo tuvo bajo peso al nacer?

- a) Si                      b) No

10.- ¿Hasta qué edad le proporcionó leche materna exclusiva a su hijo?

- a) 1-2 meses                      b) 3-4 meses  
c) 5- 6 meses                      d) Más de 6 meses

11.- ¿Qué alimentos le proporcionó a su hijo durante la lactancia materna?

- a) Exclusiva                      b) Uso de sucedáneos  
c) Alimentación mixta                      d) Otra

12.- ¿Cuántas veces al día se deben brindar los alimentos al niño (a) de 1- 2 años?

- a) 2 veces + lactancia materna  
b) 3 veces + 1 refrigerio+ LM.

- c) 3 veces + 2 refrigerios+ LM.
- d) A libre demanda.

13.- ¿Cuántas veces al día se deben brindar los alimentos al niño (a) de 3- 5 años?

- a) 2 veces + 1 refrigerio.
- b) 3 veces + 1 refrigerio.
- c) 3 veces + 2 refrigerios.
- d) A libre demanda.

14.- ¿Cuántas veces al día se deben brindar los alimentos al niño de 6- 8 años?

- a) 3 veces + 1 refrigerio.
- b) 3 veces + 2 refrigerios.
- c) 4 veces + 1 refrigerios.
- d) A libre demanda.

15.- ¿Cuántas veces al día se deben brindar los alimentos al niño (a) de 9-10 años?

- a) 3 veces + 2 refrigerios.
- b) 4 veces + 1 refrigerios.
- c) 4 veces + 2 refrigerios.
- d) A libre demanda.

16.- ¿Cuántas veces a la semana su niño consume los siguientes alimentos?

- a) Frutas ( ).      b) Carne ( ).      e) Refresco ( ).
- c) Pescado ( ).      d) Verduras y hortalizas ( ).      f) Golosinas ( ).

17.- ¿Qué tipo de bebidas acostumbra a ingerir su hijo (a)?

- a) Refresco
- b) Agua preparada.
- c) Agua de garrafón.
- d) Agua hervida.

#### IV.- SINTOMAS DE LA DESNUTRICIÓN

18.- ¿Su niño (a) presenta infecciones respiratorias o diarreicas?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

19.- ¿Considera que la presencia de enfermedades se debe a la mala nutrición de su hijo (a)?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

20.- ¿Considera usted que su niño (a) presenta un peso y talla adecuada?

- a) Si
- b) No

21.- ¿Su niño (a) al momento de estudiar se distrae con facilidad?

- b) Si
- b) No
- c) A veces

22.- ¿Su niño (a) memoriza cosas básicas como: nombres, lugares, canciones, etc.?

- a) Si
- b) No

23.- ¿Su niño (a) tiene pérdida del apetito?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

24.- ¿Cómo observa a su niño (a) en su crecimiento?

- a) Baja talla para su edad, bajo peso para su edad.
- b) Talla para su edad, peso ideal para su edad.
- c) Mas talla para su edad, mucho más peso para su edad.

#### **V.- CONOCIMIENTOS DE UNA DIETA ADECUADA.**

25.- ¿Qué alimentos le brindan fuerza y energía a su niño (a)?

- a) Avena, arroz, papa, camote.
- b) Carnes rojas, hígado, huevos.
- c) Plátano, lechuga, tomate.
- d) Pescado, leche, papa.
- e) No sabe, no contesta.

26.- ¿Qué alimentos protegen el cuerpo de las enfermedades y ayudan a mantener el crecimiento de su niño (a)?

- a) Hígado, pescado, queso.
- b) Arroz, papa, camote, aguacate.
- c) Tomate, zanahoria, naranja, espinaca.
- d) Todas las anteriores.
- e) No sabe, no contesta.

27.- ¿Qué combinación cree usted que es la adecuada para el desayuno de su niño (a)?

- a) Avena + pan + mantequilla.
- b) Papa+ hígado+ fruta+ cereal.
- c) Arroz+ pollo+ ensalada
- d) Todas las anteriores.

e) No sabe, no contesta.

**¡Gracias por su cooperación!**

## **CAPÍTULO IV**

### **4. RESULTADOS**

#### **4.1 RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MARCO METODOLÓGICO**

El día miércoles 27 de mayo del año 2021 se realizó la aplicación de las encuestas a las personas previstas de acuerdo a la muestra establecida consistente en 10 madres de familia del barrio la peñita, la encuesta se llevó a cabo en un promedio de tres horas, por parte de los tesisistas profesionistas de enfermería del 9° cuatrimestre. Semiescolarizado domingo grupo A del campus de la Frontera.

Cabe destacar que este proceso de investigación se llevó a cabo de manera satisfactoria obteniendo los resultados de participación deseados.

En el siguiente apartado se presentan los resultados a través de tablas y gráficas, que nos permitieron realizar un análisis e interpretación de la información para conocer la situación que prevalece respecto al fenómeno de los hábitos alimenticios como factor de riesgo en la desnutrición infantil, que a su vez fue la base para la construcción de las recomendaciones y propuestas.

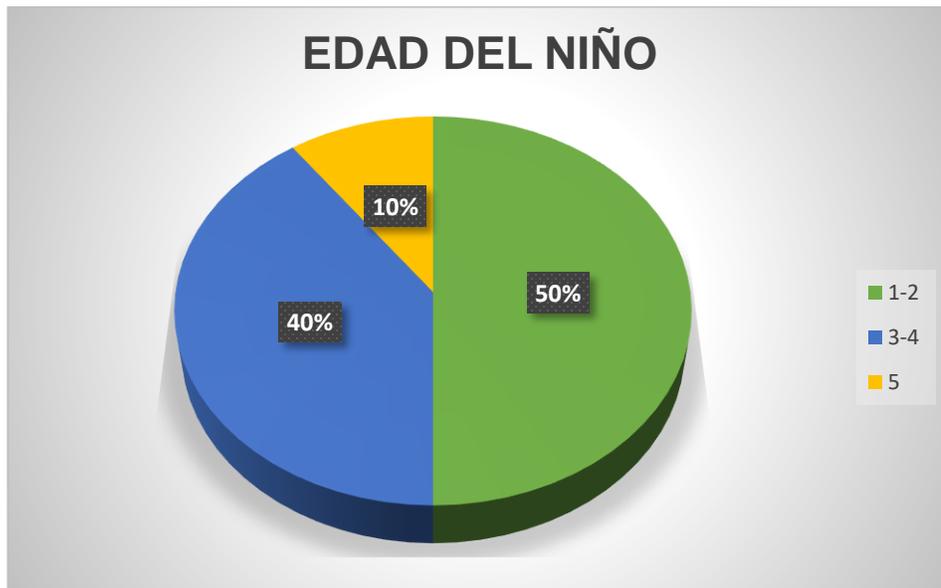
## 4.2 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

TABLA 1. DATOS PERSONALES

VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
EDAD DEL NIÑO	1-2	4	40
	3-5	5	50
	6-8	1	10
	9-10	0	0
	<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>
SEXO DEL NIÑO	M	5	50
	F	5	50
	<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>
ESCOLARIDAD DEL NIÑO	NO ESTUDIA	10	100
	PREESCOLAR	0	0
	PRIMARIA	0	0
	<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>
EDAD DE LA MAMÁ	MENOS DE 18	1	10
	19-25	3	30
	26-35	2	20
	36-45	3	30
	MÁS DE 45	1	10
	<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>
OCUPACIÓN	AMA DE CASA	10	100
	<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>
ESTADO CIVIL	CASADA	0	0
	DIVORCIADA	1	10
	SOLTERA	0	0
	UNION LIBRE	9	90
	VIUDA	0	0
	<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>
ESCOLARIDAD DE LA MAMÁ	NO ESTUDIO	1	10
	PRIMARIA INCOMPLETA	0	0
	PRIMARIA COMPLETA	3	30
	SECUNDARIA INCOMPLETA	0	0
	SECUNDARIA COMPLETA	4	40
	SUPERIOR	2	20
	<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
CANTIDAD DE HIJOS	1-2	6	60
	3-4	2	20
	5-7	2	20
	MÁS DE 8	0	0
	TOTAL	10	100%
¿CUÁNDO EL NIÑO SE ENFERMA DONDE LO LLEVA PRIMERO?	CURANDERO	0	0
	CENTRO DE SALUD	6	60
	HOSPITAL PARTICULAR	4	40
	OTROS	0	0
	TOTAL	10	100%

**Gráfica 1**



***Análisis:***

Dentro de la población de acuerdo a las edades de niños que se tomó en Potrerillo de las familias que habitan en el lugar fue de un rango de 1 a 5 años y por lo tanto de acuerdo a al conteo los porcentajes en la gráfica es 50% de 1 a 2 años, el 40% es de 3 a 4 años y el 10% son niños de 5 años; es nuestro rango de muestreo de edades con la que estamos trabajando.

***Interpretación:***

Si observamos la gráfica nos damos cuenta que son edades diferentes en cada apartado, lo cual se debe a que no todas las familias son iguales ya que las edades no reflejan cantidades pequeñas o exageradas y eso hace pensar que tienen diferentes cualidades, rasgos y características.

**Gráfica 2**



***Análisis:***

La gráfica nos muestra que la población encuestada da como resultado un 50% del sexo masculino y el otro 50% del sexo femenino, el muestreo indica que la gráfica está dividida a la mitad.

***Interpretación:***

En esta grafica se muestra un con conteo en el cual contamos con una igualdad tanto con los hombres y mujeres ya que son los datos reflejados en los datos obtenidos.

**Gráfica 3**



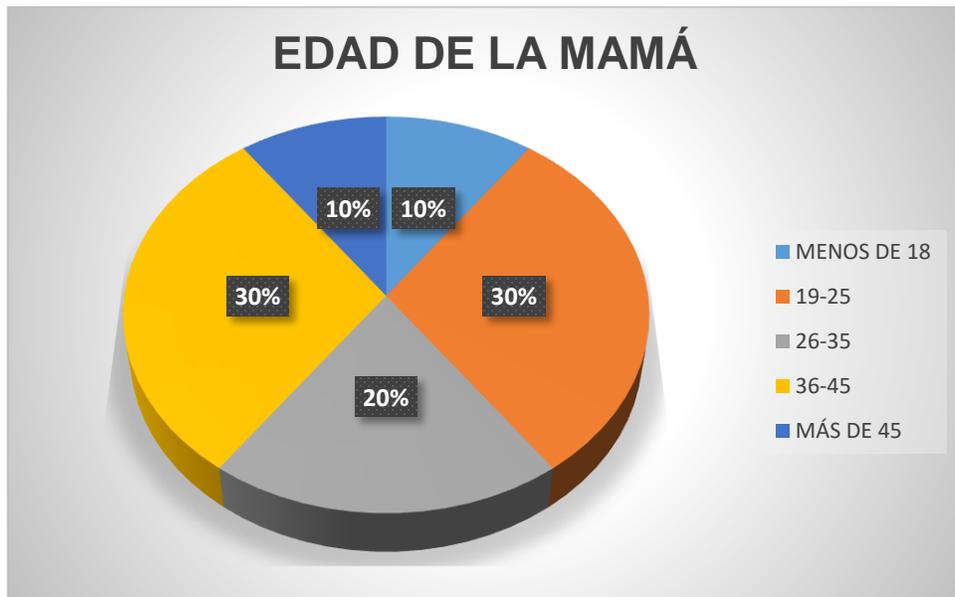
***Análisis:***

La gráfica nos muestra que la población y el conteo de la encuesta el 100% de los niños que están en el rango de 1-5 años no estudian.

***Interpretación:***

Esta gráfica nos revela que no aporta mucho ya que tenemos un número rojo de niños que no estudian por no alcanzar la edad suficiente para ingresar al preescolar o bien porque no lo creen necesario al ser su opción el último año, por lo que refleja que no tienen el conocimiento de asistir a la escuela y es algo que sobresalta en la encuesta.

**Gráfica 4**



***Análisis:***

La gráfica nos revela las edades de las madres de familia son variadas, ya que contamos con el 30% de 36 a 45 y de igual forma con el mismo porcentaje de 19 a 25 años, un 20% de 26 a 35 años, es muy notable la diferencia de edades con un 10% tanto como de más de 45 años y de 18 años es muy variable las edades.

***Interpretación:***

La información arrojada en esta gráfica nos hace referencia que cada madre de familia tiene diferente edad, muy alejadas una de la otra por lo que es notable que la edad no es de gran relevancia para tener hijos y formar una familia en esta población, lo cual influye de manera imprescindible en los hábitos alimenticios de sus hijos al tener poca experiencia.

**Gráfica 5**



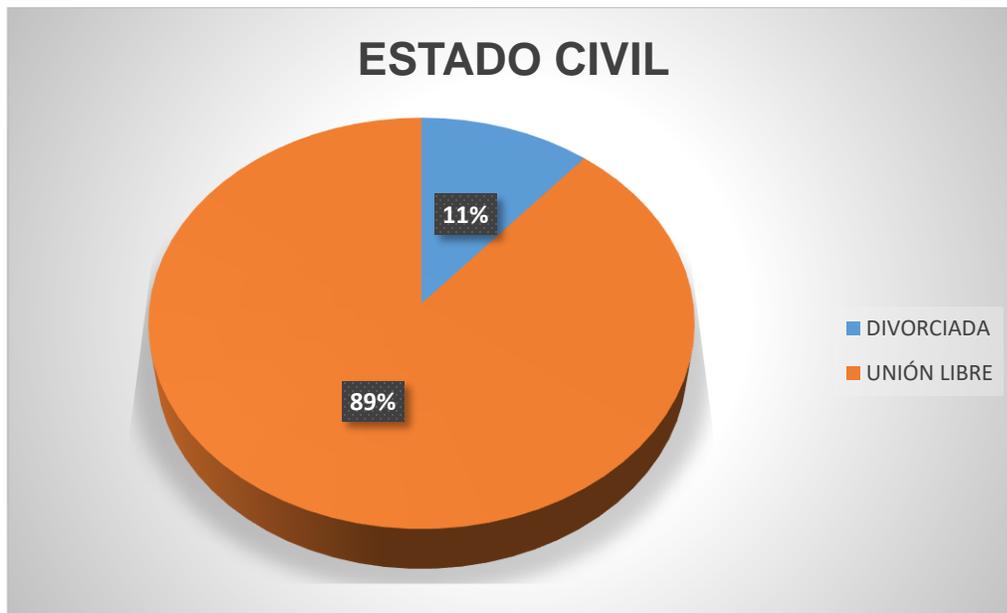
***Análisis:***

En esta gráfica podemos notar que de acuerdo a nuestra planeación, el 100% de las madres encuestadas son amas de casa.

***Interpretación:***

En la gráfica nos damos cuenta que el muestreo de la encuesta nos arroja datos sorprendentes ya que ninguna mama trabaja fuera de casa, eso refleja que se dedican a la familia y a sus hogares sin ningún otro pensamiento que dedicarse a las tareas del hogar, por lo que están más pendiente de los hábitos alimenticios que tienen sus hijos.

**Gráfica 6**



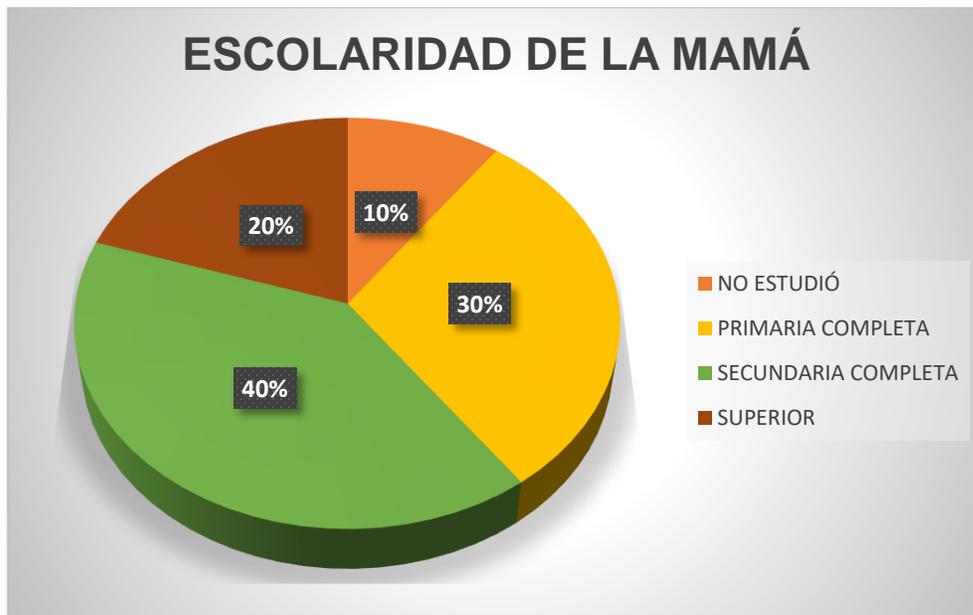
***Análisis:***

Esta grafica nos permite observar los datos arrojados de acuerdo a la encuesta y el muestreo de la gráfica nos damos cuenta que solo el 11% son divorciadas y el 89% de unión libre.

***Interpretación:***

Los datos en la gráfica reflejan números sorprendentes ya que las madres de familia no le acreditan valor al matrimonio si no que tienen una vida en común como parejas de unión libre. Y una cierta parte estaba casada, sin embargo es una cantidad mínima.

**Gráfica 7**



***Análisis:***

Esta grafica nos revela que el 40% de la muestra terminó la secundaria, el 30% cuenta con la primaria completa, el 20% superior y el 10% no estudio, así se conforma el 100% de la muestra.

***Interpretación:***

Como podemos observar de acuerdo a la información obtenida la mayoría de las madres terminaron la secundaria, lo cual es un dato favorable, de igual forma hay madres que terminaron la primaria, sin embargo, hay mamás que no fueron ala primaria pero tienen niños y ese datos es preocupante por la educación que les fomentan en su casa sobre adoptar buenos hábitos alimenticios para una correcta alimentación.

**Gráfica 8**



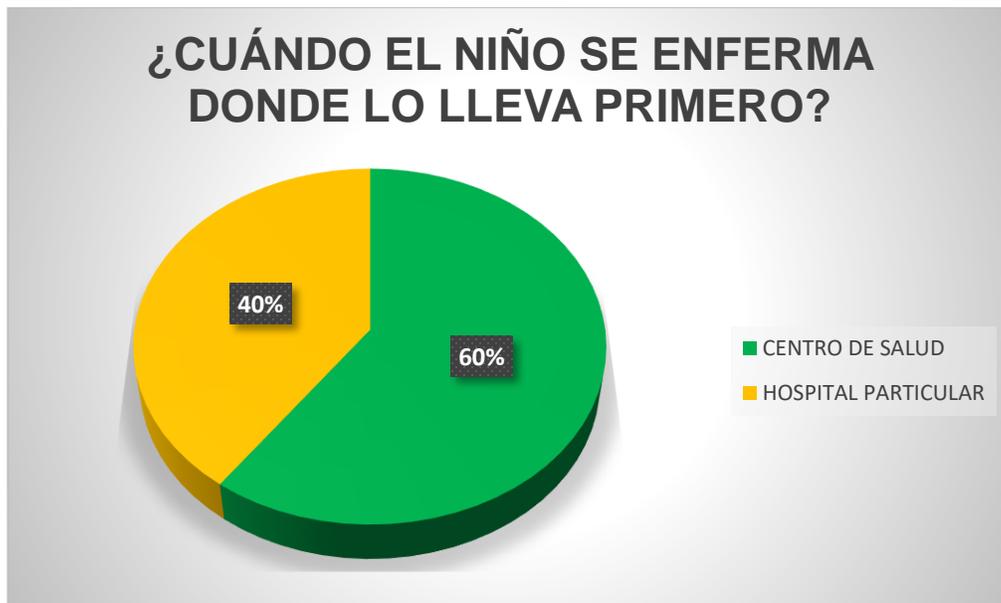
***Análisis:***

Esta gráfica muestra que del 100% de la población encuestada, un 60% tienen 1 a 2 niños, el 20% tienen de 3 a 4 lo cual es un dato sobresaliente y de 5 a 7 hijos es un número elevado.

***Interpretación:***

Este resultado nos dice que en todas las familias tienen hijos y que la mayoría es de 5 años lo que muestra la gráfica por lo que se hace referencia a que ninguna familia optó por no tener hijos, lo cual es un dato preocupante ya que a mayor cantidad de hijos es más difícil que adopten buenos hábitos alimenticios para un correcto crecimiento sobre todo en esta etapa de vida.

**Gráfica 9**



***Análisis:***

De acuerdo al conteo el 60% de las madres recurre al centro de salud cuando su hijo se enferma y el 40% acude al hospital particular.

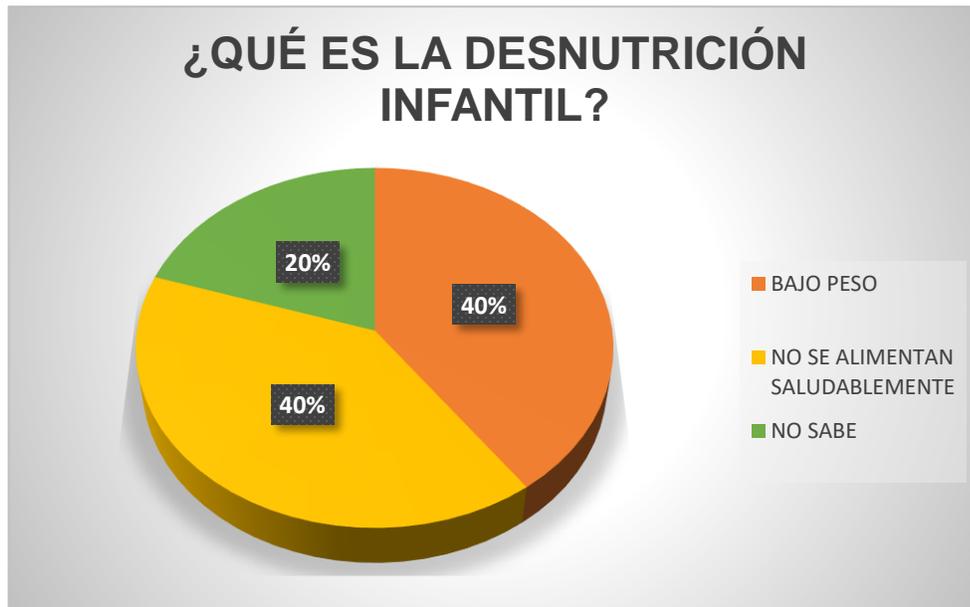
***Interpretación:***

Los resultados de la gráfica nos permiten visualizar que la mayoría de las madres de familia acude al centro de salud refleja que tiene confianza en llegar a una clínica de gobierno y por ser más cercano a su domicilio. Y algunas familias tienen la posibilidad de acudir a un hospital pagado, ya que cuentan con recurso económico favorable.

TABLA 2. CONOCIMIENTOS SOBRE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL

VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
¿QUÉ ES DESNUTRICIÓN INFANTIL?	BAJO PESO	4	40
	NO SE ALIMENTAN SALUDABLEMENTE	4	40
	NO SABE	2	20
	<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>
¿DÓNDE RECIBIÓ LA INFORMACIÓN?	CENTRO DE SALUD	3	30
	CONSULTA MEDICA	1	1
	PLATICAS PROSPERA	4	40
	NO RECIBIO INFORMACIÓN	2	20
	<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>
¿EL NIÑO HA PRESENTADO DESNUTRICIÓN?	SI	0	0
	NO	10	10
	<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>
HÁBITOS ALIMENTOS QUE CAUSAN DESNUTRICIÓN	COMIDA CHATARRA	5	50
	MARUCHAN	2	20
	GRASAS	1	10
	NO SABE	2	20
	<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>
CONOCE LA DIFERENCIA ENTRE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN	SI	4	40
	NO	6	60
	<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>
ACUDE AL CENTRO DE SALUD PARA LA TOMA DE PESO Y TALLA	SI	10	100
	NO	0	0
	A VECES	0	0
	<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>
ES IMPORTANTE TENER UNA DIETA BALANCEADA	SI	10	100
	NO	0	0
	A VECES	0	0
	<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>
LA DESNUTRICIÓN INFANTIL ES UN PROBLEMA PARA POTRERILLO	SI	10	100
	NO	0	0
	<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

**Gráfica 10**



***Análisis:***

La gráfica nos muestra que un 40% conoce acerca del tema de la desnutrición infantil y otro 40% lo relaciona con bajo peso, y el 20% desconoce del tema.

***Interpretación:***

El resultado de las gráficas nos refleja que la mayor parte de las madres de familia conoce del tema de desnutrición infantil, lo que favorece una mejor alimentación y poder evitar este trastorno en sus hijos. El resto de las madres de familia que no conoce del tema son más propensos de que los niños tengan desnutrición o bajo peso.

**Gráfica 11**



***Análisis:***

La grafica nos indica que el 40% de la muestra recibían información mediante las pláticas del prospera, el 30% en el centro de salud, el 20% en consulta médica privada, y el 10% no ha recibido información.

***Interpretación:***

Como se puede apreciar en la gráfica y en el texto anterior el programa prospera fue una de las estrategias de las cuales todas las madres que recibían este apoyo iban al centro de salud obligatoriamente a recibir pláticas de diversos temas, así también acudían con sus hijos a citas programadas con el personal de salud para llevar un control del crecimiento peso y talla de sus hijos, lo que promovió mayor conocimiento del tema, las madres de familia han recibido este tema o consejería en consultas médicas privadas, el resto de la población de las madres es preocupante ya que ellas desconocen en su totalidad del tema, teniendo como resultado graves problemas alimenticios.

**Gráfica 12**



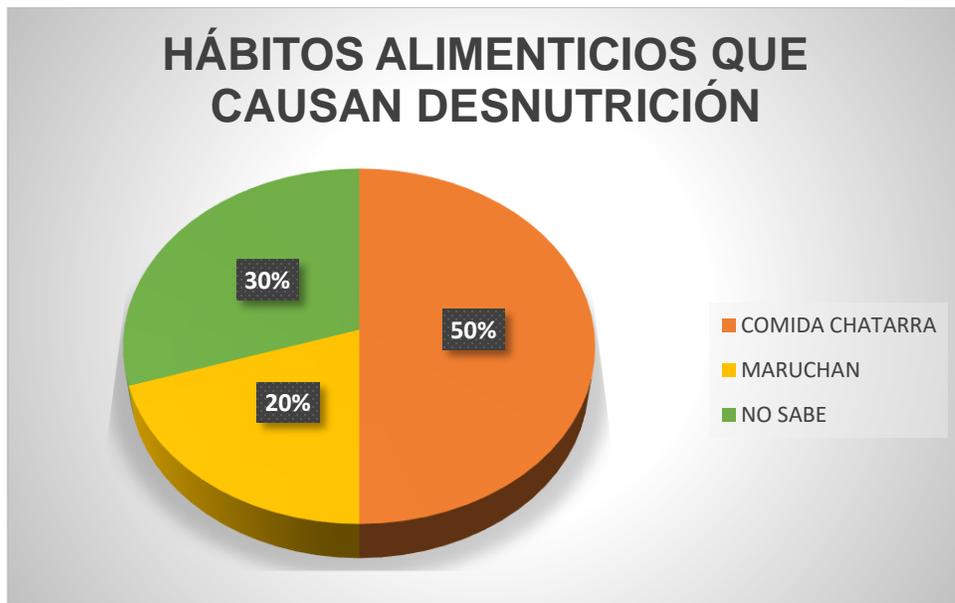
***Análisis:***

La grafica nos indica que el 100% de las madres encuestadas sus hijos no presenta desnutrición.

***Interpretación:***

Los resultados de la gráfica nos afirman que todos los niños de las madres encuestadas no han presentado desnutrición hasta la fecha, eso es favorable para su crecimiento y así evitar la desnutrición.

**Gráfica 13**



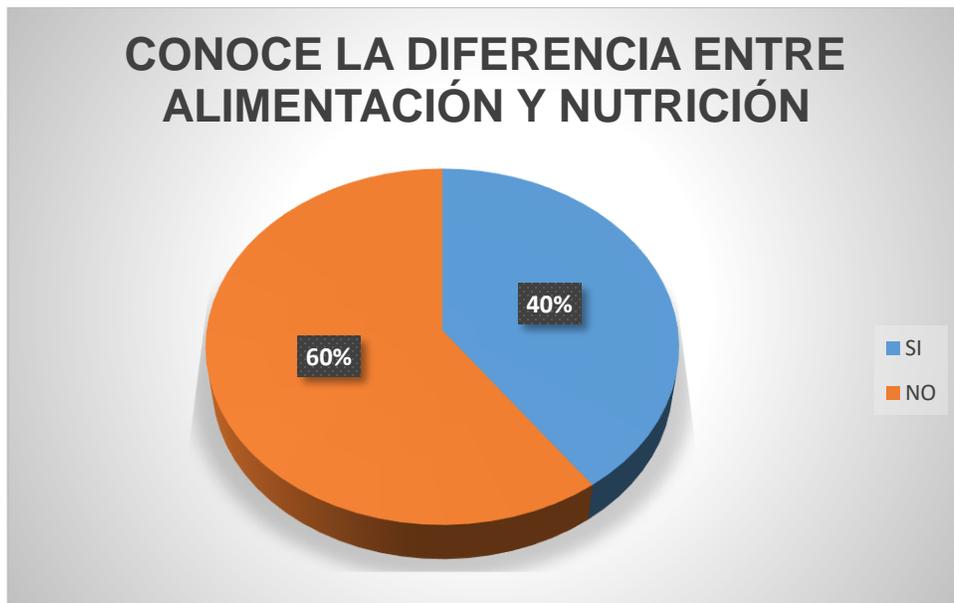
***Análisis:***

La grafica nos refleja que el 50% de la población conoce que consumir comida chatarra trae como consecuencia la desnutrición a sus hijos, el 30% la marruchan y el 20% desconoce de los hábitos alimenticios

***Interpretación:***

Las madres de familia desconocen el concepto de hábitos alimenticios y la adquisición de la desnutrición por causa de las comidas chatarras, aunque esto es una de las principales causas, sabiendo de igual forma que los hábitos alimenticios que causan desnutrición es no comer las porciones adecuadas del alimento, comer dos veces al día o unas ves.

**Gráfica 14**



***Análisis:***

La grafica nos refleja que el 60% de la población conoce la diferencia entre alimentación y nutrición y el 40% desconoce de su totalidad.

***Interpretación:***

Los resultados de esta grafica nos dice que la mayor parte de las madres encuestadas conoce en si la diferencia entre alimentación y nutrición de igual manera sabe cómo llevarlo a cabo con sus respectivas familias, gracias a las pláticas de prosperas eso favoreció mucho. Además es preocupante que las madres no conozcan la diferencia, ya que las consecuencias serían en sus hijos, como enfermedades crónicas.

Las madres de familia desconocen el concepto de hábitos alimenticios y las causas de una desnutrición por las comidas chatarras, aunque esto es una de las principales causas, sabiendo también que los hábitos alimenticios que producen desnutrición es no comer las porciones adecuadas de los alimentos, comer dos veces al día o unas ves.

**Gráfica 15**



***Análisis:***

De acuerdo a la muestra tomada de las familias el 100% acude a una clínica de gobierno para el control de su peso y talla.

***Interpretación:***

Los resultados de la gráfica nos muestra que toda las madres encuestadas concuerdan con una misma respuesta, eso hace que todo sea factible, y nos da a entender que todas las madres tienen responsabilidad en el cuidado de sus hijos o bien en el control de su crecimiento y que todas las participantes de la muestra este en la misma sintonía.

**Gráfica 16**



***Análisis:***

La grafica nos refleja que el 100% de la población concuerdan que es saludable tener una dieta balanceada.

***Interpretación:***

Todas las familias encuestadas coinciden que es correcto tener una dieta sana y balanceada, esto ayuda a evitar enfermedades en sus hijos, mantener un peso normal y talla adecuada.

**Gráfica 17**



***Análisis:***

Esta grafica nos muestra que el 100% de la población afirma que la alimentación es un problema para Potrerillo.

***Interpretación:***

Los resultados de esta gráfica nos reflejan que es un poco preocupante saber ese dato, ya que las madres deben de saber cómo poder evitar la desnutrición, dándoles a conocer el plato del bien comer y la jarra del buen beber, y así evitar la desnutrición infantil en Potrerillo.

TABLA 3. HÁBITOS ALIMENTICIOS Y CARACTERÍSTICAS DE LA DIETA

VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
BAJO PESO AL NACER	SI	2	20
	NO	8	80
	<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>
¿HASTA QUÉ EDAD LE PROPORCIONÓ LECHE MATERNA A SU HIJO?	1-2	0	0
	3-4	1	10
	5-6	0	0
	MÁS DE 6	9	90
	<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>
¿QUÉ ALIMENTO LE PROPORCIONÓ A SU HIJO DURANTE LA LACTANCIA METERNA?	EXCLUSIVA	5	50
	USO DE SUCEDANEOS	0	0
	ALIAMNTACION MIXTA	4	40
	OTRA	1	10
	<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>
¿CUÁNTAS VECES AL DIA SE DEBEN BRINDAR LOS ALIMENTOS AL NIÑO (A) DE 1-2 AÑOS?	2 + LACTANCIA MATERNA	3	30
	3 +1 REFRIGERIO+ LM	1	10
	3 + 2 REFRIGERIO+ LM	0	0
	LIBRE DEMANDA	6	60
	<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>
¿CUÁNTAS VECES AL DIA SE DEBEN BRINDAR LOS ALIMENTOS AL NIÑO (A) DE 3-5 AÑOS?	2 + 1 REFRIGERIO	1	10
	3 + 1 REFRIGERIO	2	20
	3 + 2 REFRIGERIO	2	20
	LIBRE DEMANDA	5	50
	<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>
¿CUÁNTAS VECES AL DIA SE DEBEN BRINDAR LOS ALIMENTOS AL NIÑO (A) DE 6-8 AÑOS?	3 + 1 REFRIGERIO	1	10
	3 + 2 REFRIGERIO	1	10
	4 + 1 REFRIGERIO	0	0
	LIBRE DEMANDA	8	80
	<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>
¿CUÁNTAS VECES AL DIA SE DEBEN BRINDAR LOS ALIMENTOS AL NIÑO (A) DE 9-10 AÑOS?	3 + 2 REFRIGERIO	2	20
	4 + 1 REFRIGERIO	0	0
	4 + 2 REFRIGERIO	1	10
	LIBRE DEMANDA	7	70
	<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>
¿CUÁNTAS VECES A LA SEMANA CONSUME FRUTAS?	1-2	0	0
	3-4	3	30
	5-6	0	0
	TODA LA SEMANA	6	60
	NO CONSUME	1	10
	<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
¿CUÁNTAS VECES A LA SEMANA CONSUME CARNE?	1-2	6	60
	3-4	2	20
	5-6	0	0
	TODA LA SEMANA	2	20
	NO CONSUME	0	0
	<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>
¿CUÁNTAS VECES A LA SEMANA CONSUME REFRESCO?	1-2	2	20
	3-4	0	0
	5-6	0	0
	TODA LA SEMANA	2	20
	NO CONSUME	6	60
	<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>
¿CUÁNTAS VECES A LA SEMANA CONSUME PESCADO?	1-2	7	70
	3-4	0	0
	5-6	0	0
	TODA LA SEMANA	0	0
	NO CONSUME	3	30
	<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>
¿CUÁNTAS VECES A LA SEMANA CONSUME VERDURAS Y HORTALIZAS?	1-2	0	0
	3-4	2	20
	5-6	0	0
	TODA LA SEMANA	7	70
	NO CONSUME	1	10
	<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>
¿CUÁNTAS VECES A LA SEMANA CONSUME GOLOSINAS?	1-2	3	30
	3-4	0	0
	5-6	0	0
	TODA LA SEMANA	4	40
	NO CONSUME	3	30
	<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>
¿QUÉ TIPO DE BEBIDAS INGIERE SU HIJO?	REFRESCO	0	0
	AGUA PREPARADA	2	20
	AGUA DE GARRAFON	6	60
	AGUA HERVIDA	2	20
	<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

**Gráfica 18**



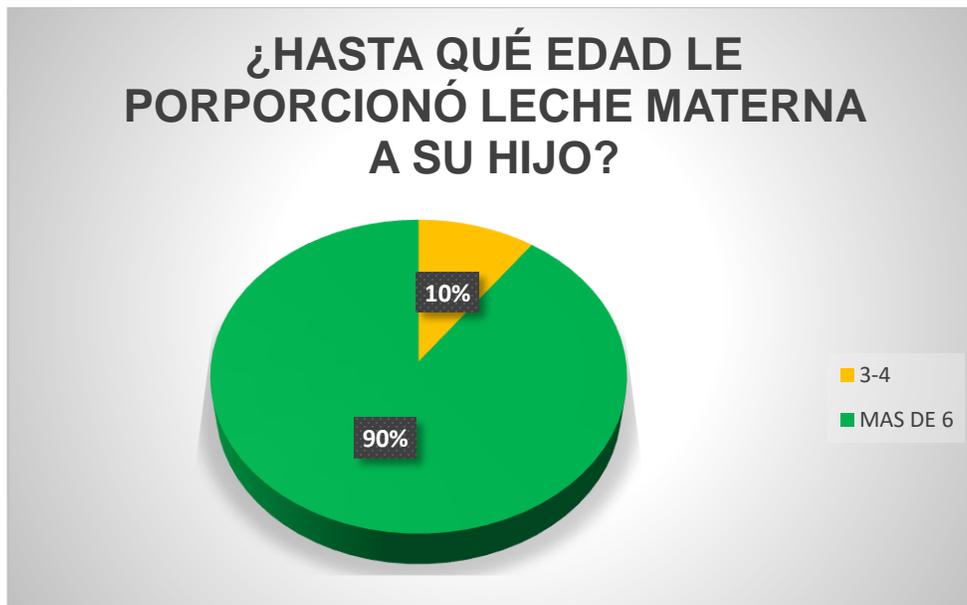
***Análisis:***

La grafica nos muestra que el 80% de sus hijos no tuvieron bajo al nacer y el 20% si nacieron con bajos de peso, es un número menor de la población.

***Interpretación:***

Los resultados de esta gráfica nos refleja que las madres de familia se cuidaron durante el embarazo, llevando un buen control durante los 9 meses de embarazo, dentro de ello consumieron el ácido fólico y tuvieron una buena alimentación.

**Gráfica 19**



***Análisis:***

Esta gráfica nos indica que el 90% de las madres encuestadas les proporcionó leche materna a sus hijos hasta más de los 6 meses y el 10% en el rango de 3 a 4 meses.

***Interpretación:***

Los resultados de esta grafica marcan que los niños tuvieron una buena alimentación durante su periodo de crecimiento, eso quiere decir que las madres fueron responsables en brindarles leche materna a sus hijos, ya que la leche materna es indispensable para el crecimiento del niño al proveerles los nutrientes necesarios y de igual forma para prevenir enfermedades.

**Gráfica 20**



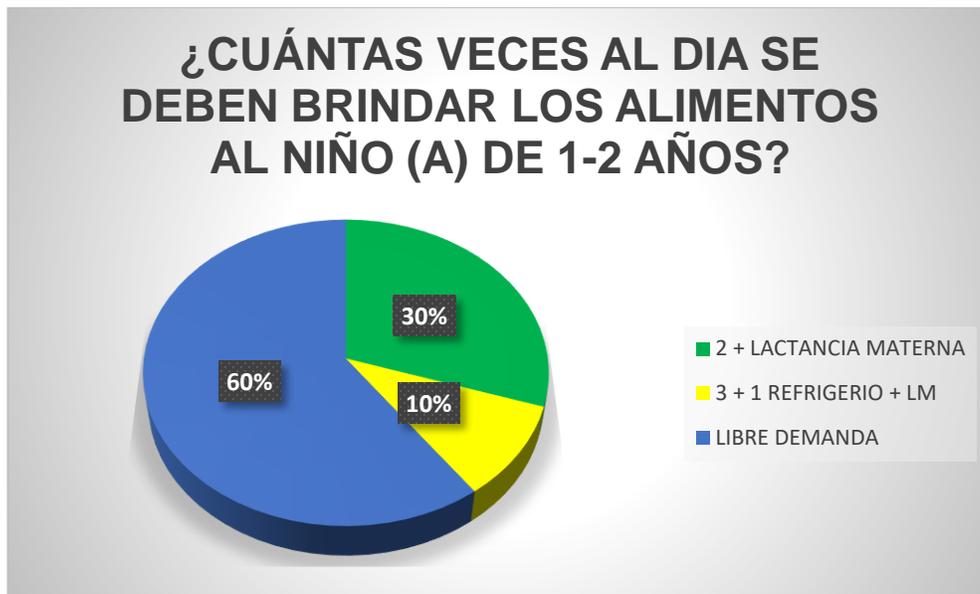
***Análisis:***

La grafica nos muestra que el 50% de los niños tuvieron una alimentación exclusiva es decir, leche materna durante la lactancia materna, el 40% alimentación mixta y el 10% fue alimentación con sucedáneos.

***Interpretación:***

En esta grafica vemos que la mayor parte de las madres de familia les proporcionó leche materna sin combinarlo con formula o algún otro suplemento, es decir, la mayor parte de las madres de familia cuentan con responsabilidad en esta etapa de la vida de sus hijos la cual es muy importante y de igual manera cierta parte de la población le proporciona leche materna con alguna otra fórmula.

**Gráfica 21**



***Análisis:***

La grafica nos indica que el 60% de la población consideró que la alimentación de sus hijos debe ser a libre demanda en todo el día, el 30% son 2 veces al día más un refrigerio, mientras que el 10% es 3 veces al día más 1 refrigerio más leche materna.

***Interpretación:***

El resultado de esta gráfica nos indica que los niños comen las veces que les de hambre es decir a más de 4 veces al día, acompañándola con porciones de frutas, aguas preparadas y golosinas, esto es un poco preocupante ya que a cierta edad el niño come demasiado y debemos de cuidar las porciones de la alimento que se le brindan al niño para evitar enfermedades durante su crecimiento.

**Gráfica 22**



***Análisis:***

La grafica nos muestra que el 50% es libre demanda el consumo de alimentos al día en la edad de 3 a 5 años, el 20% son 3 veces al día más 2 refrigerio, el 20% son 3 veces al día más 2 refrigerio, mientras que el 10% son dos veces al día más un refrigerio.

***Interpretación:***

El resultado de esta gráfica nos indica que los niños comen las veces que les de hambre es decir a más de 4 veces al día, acompañándola con porciones de frutas, aguas preparadas y golosinas, esto es un poco preocupante ya que a temprana edad de un rango de 3 a 5 años el niño come demasiado.

**Gráfica 23**



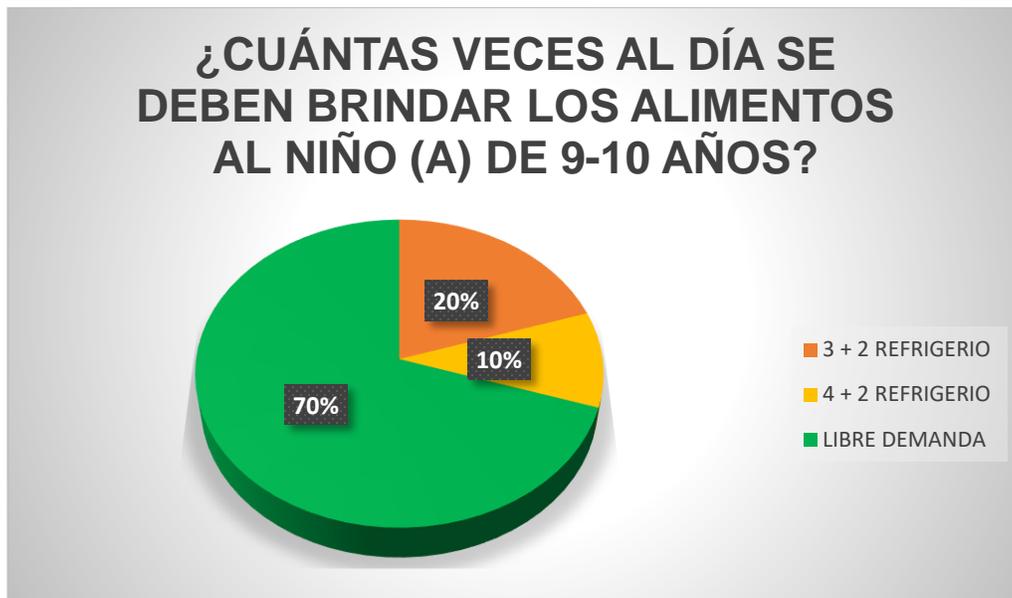
***Análisis:***

La grafica nos indica que el 80% de la población encuestada es a libre demanda, mientras que el 10% son 3 veces al día más un refrigerio y ese mismo porcentaje son de 3 veces al día más 2 refrigerios.

***Interpretación:***

El resultado de esta gráfica nos indica que los niños comen las veces que les de hambre es decir a más de 4 veces al día, acompañándola con porciones de frutas, aguas preparadas y golosinas, es muy bueno ya que los niños son muy imperativos y deben de alimentarse con porciones pequeñas para un buen crecimiento y desarrollo.

**Gráfica 24**



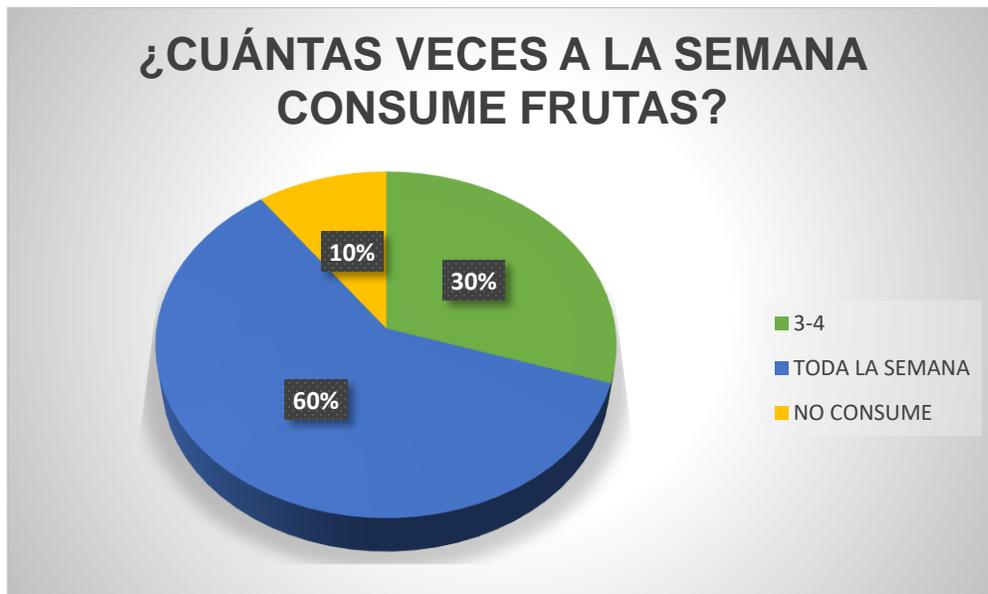
***Análisis:***

La grafica nos indica que el 70% de la población encuestada es a libre demanda, mientras que el 30% son 3 veces al día más dos refrigerios y finalmente el 10% es de 4 veces al día más 2 refrigerios.

***Interpretación:***

El resultado de esta gráfica nos indica que los niños comen las veces que les de hambre es decir a más de 4 veces al día, acompañándola con proporciones de frutas, aguas preparadas y golosinas, es muy bueno ya que los niños son muy imperativos y deben de alimentarse con porciones pequeñas para un buen crecimiento y desarrollo.

**Gráfica 25**



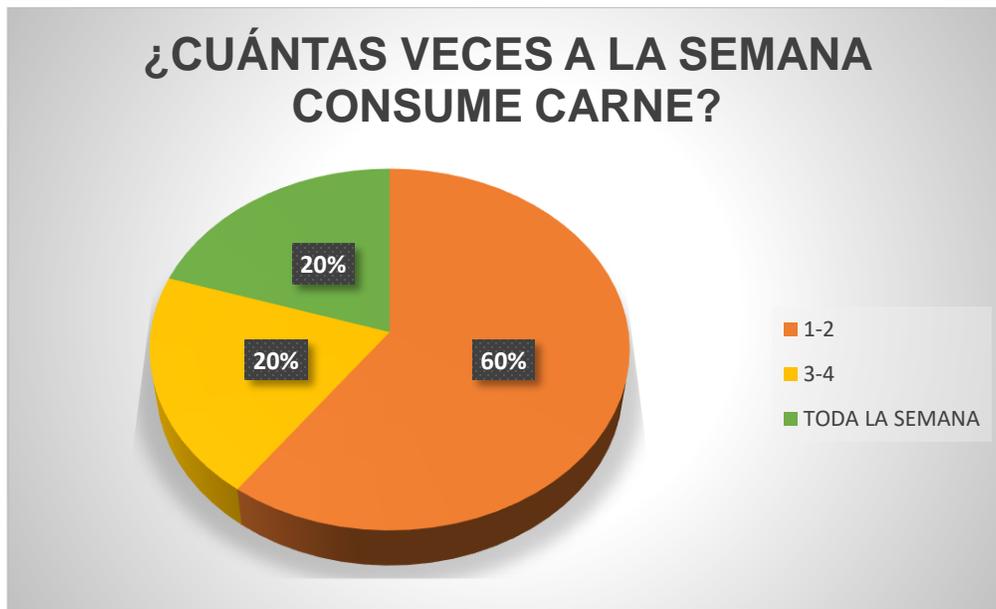
***Análisis:***

La gráfica nos muestra que el 60% de los hijos de las madres encuestadas consumen toda la semana frutas, el 30% de 3 a 4 veces al día, mientras que el 10% no consume frutas.

***Interpretación:***

Los resultados de esta grafica nos revela que la mayor parte de los hijos de las madres de familia consumen frutas toda la semana eso es favorable ya que el consumo de frutas es indispensable para adquirir nutrientes y vitaminas y ayuda al desarrollo y crecimiento del niño a temprana edad.

**Gráfica 26**



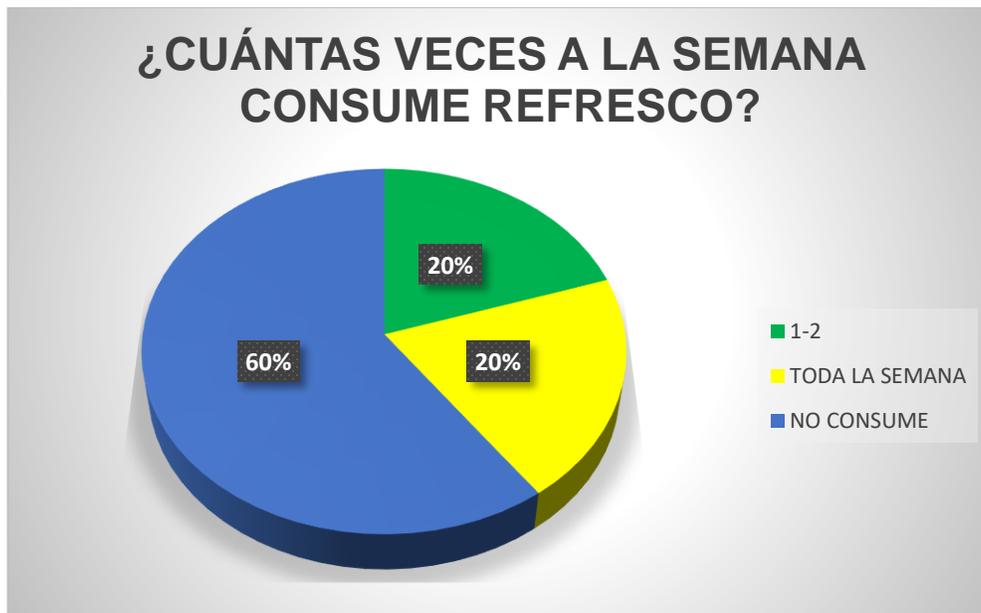
***Análisis:***

La gráfica nos muestra que el 60% de los hijos de las madres encuestadas consumen carne de 1 a 2 días por semana, el 20% de 3 a 4 días a la semana y ese mismo porcentaje toda consumen semana.

***Interpretación:***

Los resultados de esta grafica nos revela que la mayor parte de los niños en las familias consumen carne una o dos veces por semana es favorable para su salud, esto nos da a entender que tiene una alimentación saludable. Y los que consumen todas los días carne son un poco preocupante para el crecimiento de los niños ya que este alimento debe consumirse de forma adecuada evitando los excesos.

**Gráfica 27**



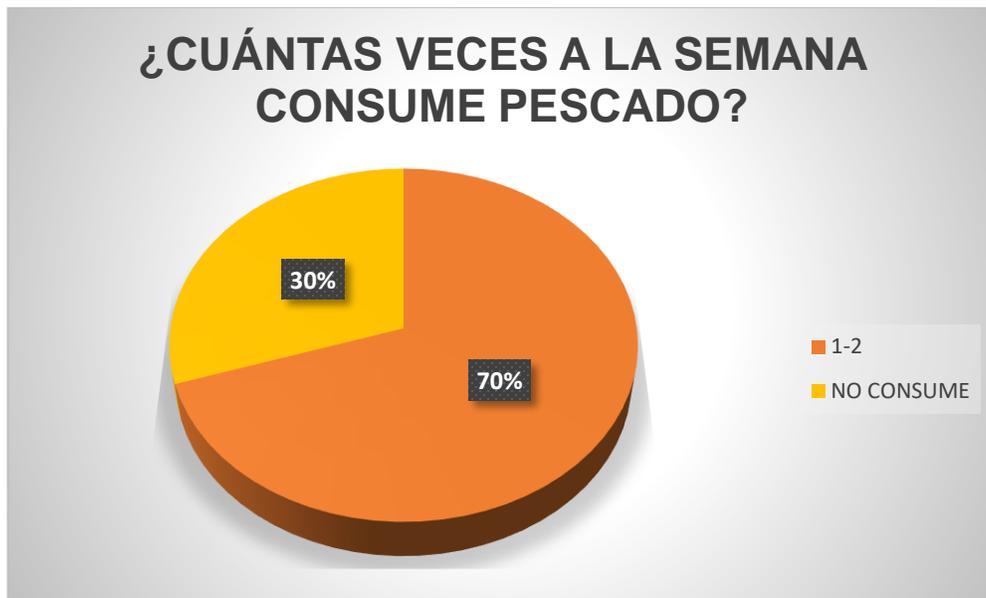
***Análisis:***

Esta gráfica nos permite observar que en un mayor porcentaje, específicamente el 60% del total de hijos de las madres encuestadas no consumen refresco, un 20% consume toda la semana y finalmente de la misma forma un 20% consume de una a dos veces por semana.

***Interpretación:***

Este resultado nos refleja que aunque gran parte de los hijos de las madres encuestadas no consumen refresco, aún es alta la cantidad de niños que lo consumen toda la semana o una a dos veces por semana, fomentando malos hábitos alimenticios en sus hijos al permitirles consumir refresco lo cual trae consecuencias para su salud.

**Gráfica 28**



***Análisis:***

La grafica nos revela la cantidad de veces que consumen pescado los hijos de las madres encuestadas, donde el mayor porcentaje que consta del 70% no consumen pescado y un 30% de los niños consumen de una a dos veces por semana.

***Interpretación:***

Los resultados en esta grafica nos muestran que hay una alta cantidad de niños que no consumen pescado y por consecuencia no adquieren nutrientes esenciales para su crecimiento como es las vitaminas A, B Y D o proteínas que proporciona este alimento, sin embargo, hay una cantidad considerable que lo consumen una a dos veces por semana lo que se considera una porción adecuada. Acá podemos observar que se le resta valor nutricional al pescado y no es tan incluido en la dieta como otros alimentos.

**Gráfica 29**



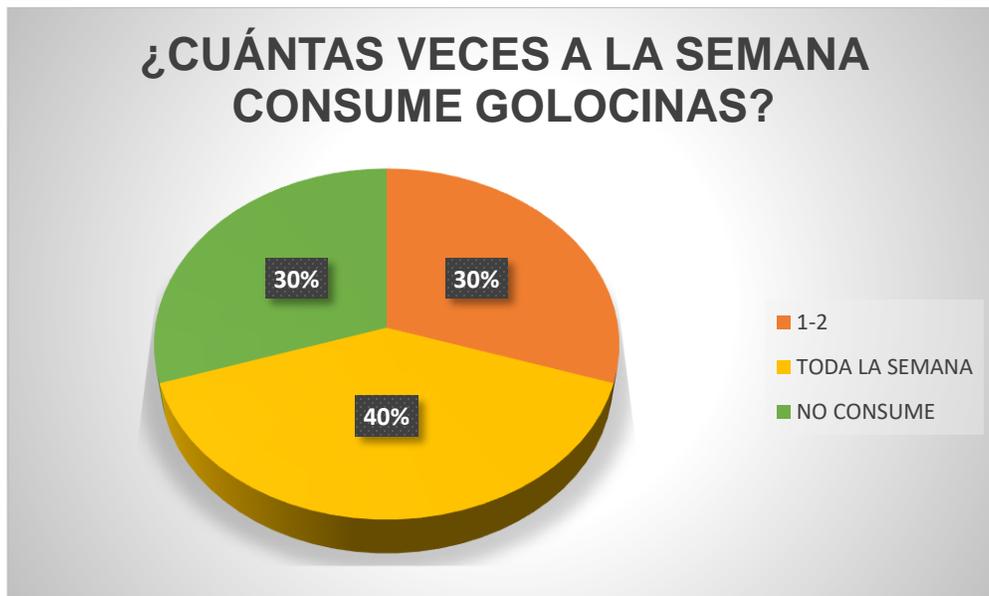
***Análisis:***

Esta grafica nos arroja que la mayoría de los hijos de las madres encuestadas, en un 70% consumen verduras y hortalizas toda la semana, un 20% las consume de tres a cuatro veces por semana y finalmente un 10% no las consumen.

***Interpretación:***

La grafica nos permite observar que la mayoría de los hijos de las madres encuestadas consumen verduras y hortalizas toda la semana, lo cual es gratificante debido a que están fomentando el consumo de estos alimentos que traerán beneficios para su salud, al prevenir la desnutrición e impulsar su crecimiento sobre todo en esta etapa de su vida, de igual forma encontramos niños que las consumen de tres a cuatro días a la semana lo cual aunque es una cantidad un poco menor de la adecuada es mejor a no comerlos como es el caso de la minoría de los niños, en los cuales se deben remarcar la importancia de consumir verduras y hortalizas.

**Gráfica 30**



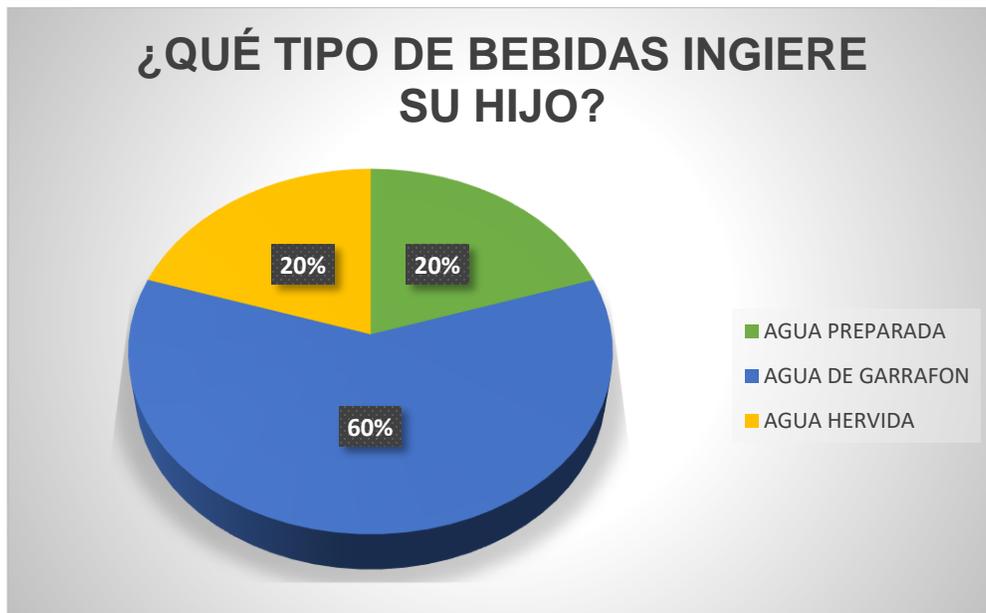
***Análisis:***

La grafica nos refleja que un 40% de los hijos de las madres encuestadas consumen golosinas toda la semana, un 30% las consume uno o dos días a la semana y finalmente de igual forma un 30% no las consume.

***Interpretación:***

Esta grafica nos permite observar que una cantidad considerable de niños consumen golosinas toda la semana o bien uno a dos días por semana lo cual es preocupante al ser un alimento que no proporciona ningún nutriente para mantener una buena salud y evitar de esta forma la desnutrición, pero el resto de los niños no consumen golosinas lo cual beneficia su salud al consumir únicamente los alimentos que se incluyen en el plato del buen comer.

**Gráfica 31**



***Análisis:***

La grafica nos indica que de acuerdo a los resultados de la encuesta, un 60% de los niños de las madres encuestadas consumen agua hervida, un 20% agua de garrafón y finalmente de la misma forma un 20% consume agua preparada.

***Interpretación:***

Podemos notar con claridad que la mayor parte de los niños consume agua hervida la cual se obtiene al colocar el agua en fuego directo hasta un punto indicado para consumir y evitar de esta forma enfermedades digestivas o diarreicas que puedan causar desnutrición, de igual forma una cantidad adecuada de niños consume agua de garrafón la cual es segura para su consumo, pero el agua preparada es un poco menos indicada que el agua hervida o de garrafón al contener azúcar, por lo tanto es una bebida que se debe consumir en forma moderada.

TABLA 4. SINTOMAS DE LA DESNUTRICIÓN

VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
PRESENTAN INFECCIONES RESPIRATORIAS O DIARREICAS	SI	1	10
	NO	6	60
	A VECES	3	30
	TOTAL	10	100%
LA PRESENCIA DE ENFERMEDADES SE DEBE A LA MALA NUTRICIÓN	SI	6	60
	NO	4	40
	A VECES	0	0
	TOTAL	10	100%
PRESENTAN PESO Y TALLA ADECUADA	SI	10	10
	NO	0	0
	TOTAL	10	100%
AL MOMENTO DE ESTUDIAR SE DISTRAE CON FACILIDAD	SI	6	60
	NO	4	40
	A VECES	0	0
	TOTAL	10	100%
MEMORIZA SU NOMBRE, LUGARES, CANCINES ETC.	SI	9	90
	NO	1	10
	TOTAL	10	100%
TIENE PÉRDIDA DE APETITO	SI	1	10
	NO	5	50
	A VECES	4	40
	TOTAL	10	100%
OBSERVACIÓN DEL CRECIMIENTO	TALLA Y PESO BAJO	0	0
	TALLA Y PESO NORMAL	9	90
	TALLA Y PESO ALTO	1	10
	TOTAL	10	100%

**Gráfica 32**



***Análisis:***

En la gráfica podemos observar que un 60% de los hijos de las madres encuestadas no han presentado en ninguna ocasión infecciones respiratorias o diarreicas, un 30% en algunas ocasiones y finalmente un 10% si las ha presentado.

***Interpretación:***

Este resultado nos refleja que aunque la mayoría de los hijos de las madres encuestadas no han presentado en ninguna ocasión infecciones respiratorias o diarreicas, los cuales son algunos de los síntomas de la desnutrición causadas por malos hábitos alimenticios, aún es alto el número de niños que han presentado estos tipos de infecciones en algunas ocasiones o de forma constante, lo que permite darse cuenta que las madres no cuentan con conocimientos suficientes para proporcionar una alimentación adecuada a sus hijos y promover buenos hábitos en su familia.

**Gráfica 33**



***Análisis:***

Esta gráfica nos muestra que un 60% de las madres encuestadas opinan que la presencia de enfermedades en sus hijos se debe a la mala alimentación y un 40% que no.

***Interpretación:***

Este resultado nos refleja indica que aunque la mayoría de las madres de familia consideran que la presencia de enfermedades en sus hijos se debe a la mala alimentación, aun es alta la cantidad de personas que no lo consideran o no creen que puede ser causa de enfermedad, fomentando con ello cierto nivel de desinterés en mejorar la alimentación de sus hijos y descartando de esta forma el adoptar buenos hábitos alimenticios para una óptima salud y crecimiento.

**Gráfica 34**



***Análisis:***

La grafica nos revela que un 100% de las madres de familia encuestadas consideran que sus hijos presentan un peso y talla adecuada.

***Interpretación:***

Es muy interesante este resultado ya que aunque las madres de familia encuestadas no conocen con certeza los rangos normales en peso y talla de acuerdo a la edad de su hijo están seguras que se encuentran en un rango adecuado, al considerar que a pesar de la falta de información y conocimiento sobre el peso y talla adecuada buscan ayuda de los profesionales de la salud en la clínica u otro lugar para garantizar de esta forma el bienestar de su hijo.

**Gráfica 35**



***Análisis:***

La presente gráfica nos muestra que 60% de las madres encuestadas consideran que sus hijos al momento de estudiar se distraen con facilidad y un 40% que no.

***Interpretación:***

Este resultado de la gráfica nos indica que la mayoría de las madres consideran que sus hijos se distraen con facilidad al momento de estudiar pero desconocen la razón, por lo que es necesario que adquieran los conocimientos necesarios sobre cada uno de los aspectos de la desnutrición infantil como es sus síntomas ya que este es uno de ellos, sin embargo, es considerable la cantidad de niños que no se distraen fácilmente a la hora de estudiar por lo que tienen menos posibilidades de adquirir este trastorno.

**Gráfica 36**



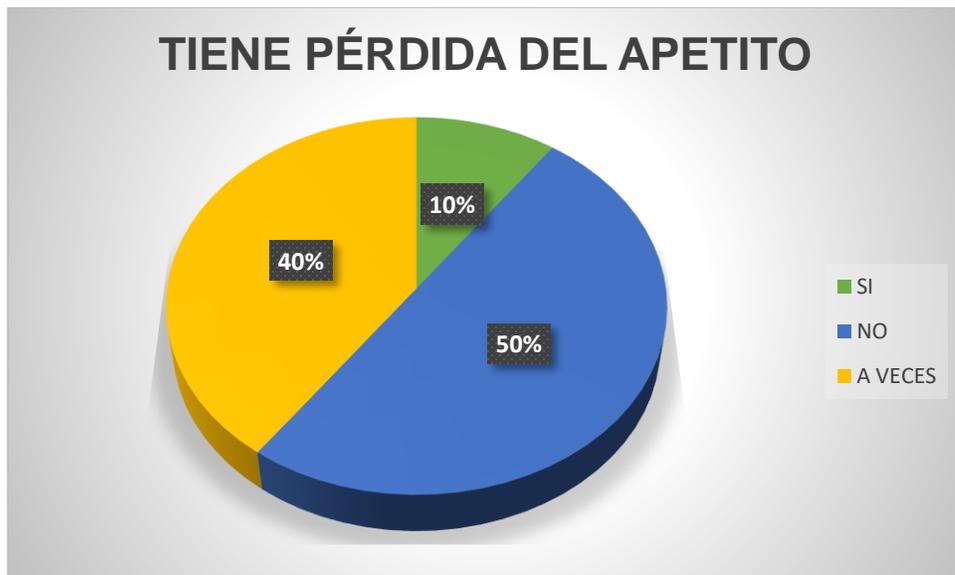
***Análisis:***

Esta gráfica nos muestra que en un 90% del total de hijos de las madres encuestadas tienen la capacidad de memorizar su nombre, lugares, canciones y un 10% no.

***Interpretación:***

La gráfica nos permite observar que el mayor porcentaje de los niños tienen la capacidad de memorizar cosas básicas como su nombre, lugares, canciones, lo cual es indispensable para su desarrollo intelectual y refleja una buena salud, sin embargo, se presenta en un mínimo porcentaje de los niños por lo que en este caso es importante establecer una alimentación adecuada para mejorar su memoria.

**Gráfica 37**



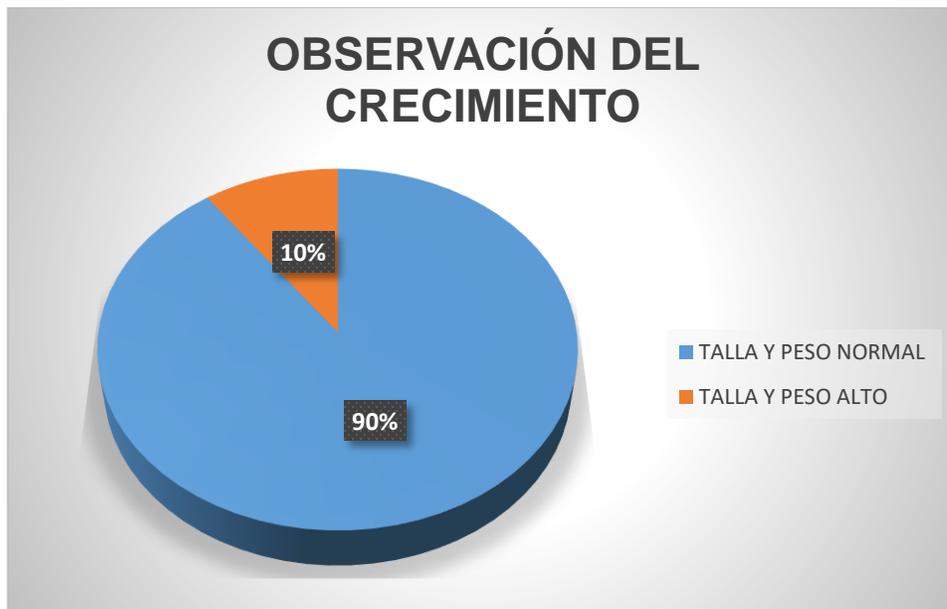
***Análisis:***

La grafica nos refleja que un 50% de los hijos de las madres encuestadas no han experimentado pérdida del apetito, un 40% en algunas ocasiones y finalmente un 10% correspondiente a niños que si lo han tenido.

***Interpretación:***

Este resultado nos indica que aunque la mitad de los hijos de las madres encuestadas no han experimentado pérdida del apetito lo cual es un síntoma importante para identificar la desnutrición del niño (a), aun es alto el número de niños que si lo han presentado en ocasiones y de manera frecuente, por lo tanto es necesario que conozcan la importancia de las comidas básicas y los beneficios que aportan en esa etapa de la vida de su hijo.

**Gráfica 38**



***Análisis:***

La gráfica nos indica que 90% de las madres encuestadas observan en el crecimiento de sus hijos talla y peso normal y un 10% observan talla y peso alto.

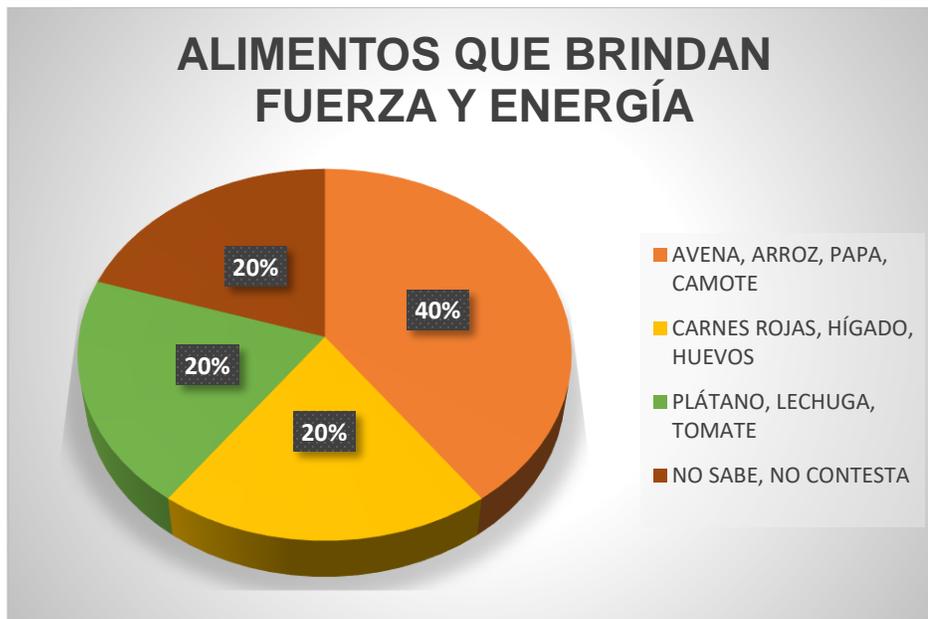
***Interpretación:***

Los resultados obtenidos nos llevan a relacionar esta grafica con una anterior (grafica núm. 34) por lo que se reitera casi en su totalidad que las madres de familia observan durante el crecimiento de sus hijos talla y peso normal, sin embargo, una mínima cantidad considera que sus hijos tienen una talla y peso alto para su edad por lo que se debe tener especial atención en su dieta para prevenir enfermedades y llegar a un rango que se considere adecuado.

TABLA 5. CONOCIMIENTOS DE UNA DIETA ADECUADA

VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
ALIMENTOS QUE LE BRINDAN FUERZA Y ENERGÍA	AVENA, ARROZ, PAPA, CAMOTE	4	40
	CARNES ROJAS, HÍGADO, HUEVOS	2	20
	PLÁTANO, LECHUGA, TOMATE	2	20
	PESCADO, LECHE, PAPA	0	0
	NO SABE, NO CONTESTA	2	20
	<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>
PROTEGEN EL CUERPO DE ENFERMEDADES Y AYUDAN AL CRECIMIENTO	HÍGADO, PESCADO, QUESO	1	10
	ARROZ, PAPA, CAMOTE, AGUACATE	0	0
	TOMATE, ZANAHORIA, NARANJA, ESPINACA	4	40
	TODAS LAS ANTERIORES	2	20
	NO SABE, NO CONTESTA	3	30
	<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>
COMBINACIÓN ADECUADA PARA UN DESAYUNO	AVENA + PAN + MANTEQUILLA	1	10
	PAPA + HÍGADO + FRUTA + CEREAL	2	20
	ARROZ + POLLO + ENSALADA	3	30
	TODAS LAS ANTERIORES	3	30
	NO SABE, NO CONTESTA	1	10
	<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

**Gráfica 39**



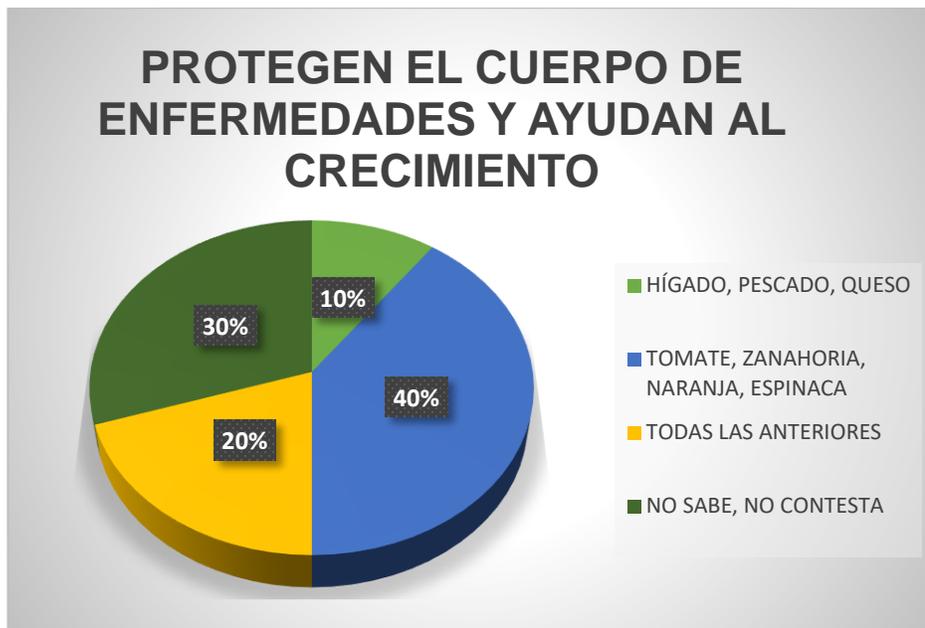
***Análisis:***

Esta gráfica nos revela la opción de los alimentos que las madres de familia consideran que brindan fuerza y energía a sus hijos, un 40% menciona que son alimentos como la avena, arroz, papa y camote, 20% carnes rojas, hígado, huevo, 20% plátano, lechuga, tomate y finalmente un 20% de las madres no saben qué tipo de alimentos podrían ser.

***Interpretación:***

Podemos observar mediante los resultados que la mayor parte de la población encuestada considera que los alimentos que brindan fuerza y energía consisten en avena, arroz, papa y camote, los cuales aportan en menor cantidad a comparación de otros alimentos. En menor medida alimentos como las carnes rojas, hígado y huevo, plátano, lechuga, tomate o bien no conocen que alimentos son los que aportan en mayor cantidad fuerza y energía a sus hijos para un sano crecimiento.

**Gráfica 40**



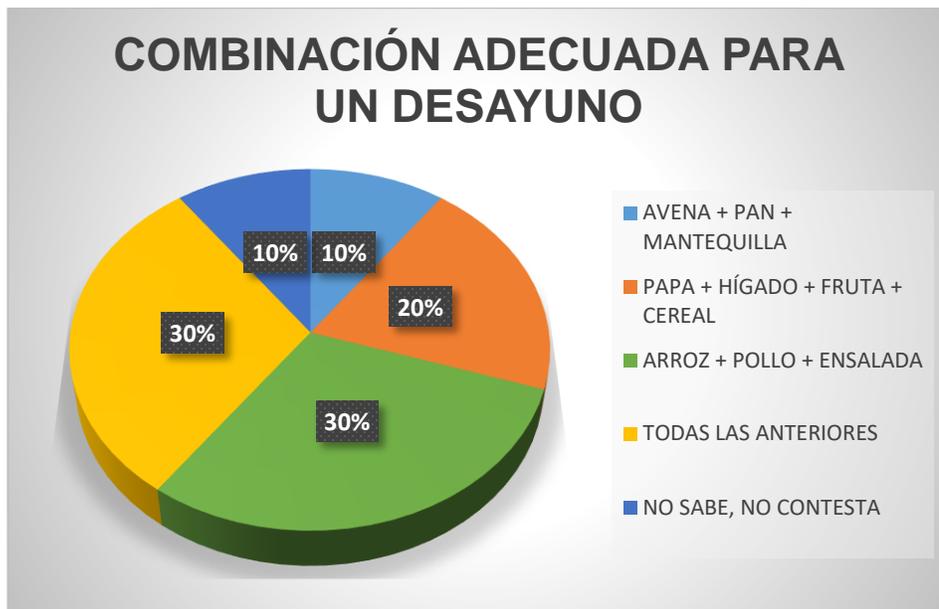
**Análisis:**

La gráfica muestra la opción de los alimentos que las madres de familia consideran que al consumirlos protegen el cuerpo de enfermedades y ayudan al crecimiento de sus hijos, un 40% menciona que son alimentos como el tomate, zanahoria, naranja y espinaca, 30% no conocen que alimentos son, un 10% de las madres consideran que son el hígado, pescado y queso, finalmente 20% opinan que todos los alimentos mencionados anteriormente.

**Interpretación:**

El resultado refleja que la mayor parte de las madres de familias encuestadas consideran que los alimentos que protegen el cuerpo de enfermedades y ayudan a un óptimo crecimiento son el tomate, zanahoria, naranja y espinaca los cuales son los más recomendados para este caso, sin embargo, una cantidad considerable de madres de familia no conocen que alimentos son los más adecuados para esta función lo cual es preocupante y en menor medida consideran que podrían ser todos los alimentos o bien alimentos como el hígado, pescado y queso.

**Gráfica 41**



**Análisis:**

La grafica nos indica la combinación adecuada para un desayuno que las madres de familia consideran correcto, un 30% menciona que debe incluir alimentos como el arroz, pollo y ensalada, 20% papa, hígado, fruta y cereal, 10%avena, pan y mantequilla, 30% opinan que todas las anteriores y finalmente un 10% no conocen que tipo de alimentos podrían incluir.

**Interpretación:**

Los resultados en esta grafica nos muestran que una cantidad considerable de las encuestadas creen que los alimentos para una combinación adecuada en el desayuno de sus hijos consiste en arroz, pollo y ensalada el cual es un desayuno correcto, en menor cantidad papa, hígado, fruta, cereal, avena, pan y mantequilla, sin embargo, es impresionante la cantidad de personas que consideran que todos estos alimentos se deben incluir en un desayuno adecuado y en minoría las madres no saben, por lo que es necesario adoptar buenos hábitos alimenticios para consumir los alimentos indicados en cada comida sobre todo en el desayuno.

## SUGERENCIAS

### A LAS INSTITUCIONES DE SALUD:

- ❖ Realizar más estudios donde se pueda relacionar el cuidado de la madre, en cuanto al peso, talla y la relación que tienen con el estado nutricional del niño.
- ❖ Mejorar el conocimiento de los padres sobre la correcta manera de alimentar a los niños, cuáles son las ventajas y desventajas de cada tipo de alimento por medio de asambleas comunitarias.
- ❖ Priorizar la capacitación del personal de enfermería sobre el conocimiento y la práctica de alimentación nutritiva en los niños.
- ❖ Mejorar y fortalecer los programas relacionados con la planificación familiar, promoción de la lactancia materna exclusivas y desnutrición cero.

### A LOS LICENCIADOS EN ENFERMERIA:

- ❖ Colocar mayor énfasis en el control y seguimiento de los niños a los que se les identifique desnutrición.
- ❖ Establecer y mejorar las visitas domiciliarias a los niños con factores de riesgo y problemas nutricionales.
- ❖ Trabajar en conjunto con la institución de salud para impartir pláticas sobre la desnutrición infantil por causa de los hábitos alimenticios.

### A LAS MADRES DE FAMILIA:

- ❖ Tomen conciencia de la importancia de acudir con sus niños a los controles de crecimiento y desarrollo de manera oportuna.
- ❖ Cumplir con las indicaciones del profesional de enfermería a fin de trabajar en equipo para beneficio del niño.
- ❖ Vigilar la alimentación de sus hijos y establecer una dieta adecuada de acuerdo a sus posibilidades.

## PROPUESTA

### **IMPLEMENTAR UN PROCESO DE INFORMACIÓN DIRIGIDO A LOS PADRES DE FAMILIA, MEDIANTE UNA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN INTERISTITUCIONAL DE SALUD.**

El problema de la desnutrición infantil relacionado a los hábitos alimenticios es un problema de causas estructurales tal como lo hemos identificado en nuestra investigación, por lo que si queremos como profesionales de enfermería contribuir a disminuir o prevenir un problema de esta magnitud, tiene que generarse una propuesta del mismo tamaño.

La obtención de información por parte de los padres de familia respecto a una alimentación adecuada para sus hijos es parte de su responsabilidad, así como la vigilancia continua de su salud. Tal como lo hemos visto en nuestro marco teórico, los padres de familia puede obtener información no solo en los centros de salud u hospitales, si no fuera de ellos y no solo de manera intencionada, si no con las experiencias de la vida cotidiana.

Es por lo anterior que nuestra propuesta se basa en un ***“Proceso de información dirigido a las madres de familia mediante una estrategia de intervención interinstitucional de salud”***, debido a que se requiere la participación multi e interinstitucional y a su vez multi e interdisciplinaria para que a través de acciones conjuntas e intencionadas se busque informar a los padres de familia de Potrerillo, Amatenango de la Frontera sobre la desnutrición infantil relacionada a los hábitos alimenticios que conduzca a prevenir este trastorno, mejorar la alimentación de los niños con los recursos disponibles, un favorable crecimiento y desarrollo, mejor calidad de vida para los niños que viven en este ejido de manera sana y prospera.

Las acciones a desarrollar son:

- Consolidar al equipo coordinador de la propuesta.
- Identificar instituciones clave que respalden la propuesta y sumen su participación.
- Construir relaciones de talleres y coordinación con instituciones como el Centro de Salud.
- Realizar de manera conjunta pláticas, talleres, trípticos, volantes, carteles y obras de teatro, sobre la desnutrición infantil relacionada con los hábitos alimenticios y el derecho que tienen los niños a una alimentación adecuada, todos ellos dirigidos a los padres de familia en distintos lugares como; el parque Central de Potrerillo, los distintos barrios que lo consolidan, como es el barrio la peñita, barrio las gemelas; así como en cada uno de sus domicilios.

Estas acciones deberán ser realizadas de manera continua, aunque con una prueba piloto de por lo menos 3 meses en una primera etapa.

## CONCLUSIÓN

La encuesta va dirigida a madres de familia de familia con niñas y niños de 1º a 5º del nivel preescolar, se constituyó en un instrumento muy valioso para el diagnóstico que nos permitió realizar la presente investigación.

Dentro de las encuestas realizadas y las investigaciones obtenidas se llegó a la conclusión de que los principales factores de la desnutrición infantil son a causa del consumo de comida chatarra, consumir refresco y golosina los 7 días de la semana, las madres de familia cae en un error a partir en el rango de 3 a 5 años el consumo de comida es de libre demanda, cuando no debe de ser así, ya que en esa edad al niño le debemos de cuidar su alimentación en porciones pequeñas tres veces a la semana acompañándolo con suficiente agua y pequeños refrigerios (manzana, plátanos, naranja, entre otros.) durante el día.

En base a los resultados obtenidos se pudo evidenciar que un 60% poseen poco conocimiento sobre la desnutrición infantil, lo cual nos permitirá realizar ciertos programas de capacitación para la salud del tema.

Referente a las gráficas, se reflejó un 20 % de los niños tiene una buena alimentación mas no balanceada en la cual no tiene buena práctica y hábitos alimenticios eso aumenta factores de riesgos y prevalece ciertas enfermedades, esto es consecuencia de los malos hábitos alimenticios lo cual puede ser una de las causas para que niños y niñas tengan ese problema de salud. Unas de los problemas grandes del no poder alimentarse adecuadamente es; diarrea líquida, tener bajo peso, desmayo, flacidez o poder ser partícipe de una anorexia a temprana edad.

De acuerdo a los resultados obtenidos, al término de realizar la encuesta y viendo los resultados brindados por las madres de familia, se les brindo información relevante de cómo llevar una alimentación balanceada en el rango de 1 a 5 años de edad.

La alimentación de los niños y niñas es a base de leguminosas, cereales, vegetales verdes y amarillos y productos lácteos y frutas pero no cubren las necesidades de los niños as en estudio, la dieta está asociada a todos los grupos alimentarios pero no es suficiente ni equilibrada. La dieta administrada se concluye que las kilocalorías que se administran a los niños, el valor requerido se cumple en los niños menores de un año y en los niños de 1 a 5 años las kilocalorías aportadas por la dieta es insuficiente.

Dentro de los macronutrientes: los hidratos de carbono se encuentran dentro de los límites requeridos, no así las proteínas que se encuentran en sobrealimentación y las grasas en subalimentación. Los micros nutrientes aportados por la dieta, los resultados fueron dentro de límites normales el hierro, en sobrealimentación, Vitamina A- C y folatos, y en condición de subalimentación, calcio y zinc. Se concluye que el aporte energético y nutrimental resulta insuficiente para niños y niñas de 1 a 5 años.

La desnutrición crónica es un problema grave que afecta al 38.8% de los niños y niñas menores de cinco años.

## BIBLIOGRAFÍA

- Andrea Diez Navarro. (2018). La Desnutricion Infantil en el Mundo:  
Herramientas Para su Diagnostico. *a Desnutricion Infantil en el Mundo:  
Herramientas Para su Diagnostico*, 1-169.
- Asociación de Estados del Caribe. (2005). Hombre y Desnutricion . *Políticas  
Sociales*, 1-41.
- Barrera Moneada. (2002). Estudio sobre Alteraciones del Crecimiento y del  
Desarrollo Psicológico del Síndrome Pluricarencial. Caracas. *Estudio  
sobre Alteraciones del Crecimiento y del Desarrollo Psicológico del  
Síndrome Pluricarencial*. Caracas, 1-34.
- Cálculos del Banco Mundial. (2014). Desnutricion Infantil. *EDEMAIN*, 1-47.
- Casal, E. M. (2003). Tipos de Muestreo. *Rev. Epidem. Med. Prev.*, 3-7.
- Cienfuegos, E. (1936). La Lucha Contra La Desnutricion Infantil. *Chilena de  
Pediatria* , 1-7.
- Colegio de la Frontera Sur ECOSUR. (2020). Desnutrición u obesidad, afecta a  
cuatro de cada diez niños en Chiapas, según estudio de Cruz Roja.  
*Chiapas Paralelo*, 1-10.
- CONEVAL. (2001). CONEVAL. *CONEVAL*, 116.
- DANS, L. E. (2001). Encuesta Nacional de Nutrición DANS. *Insuficiencia  
Nutricional en el Ecuador*, 1-84.

Desnutrición infantil en America Latina Y Caribe. (2006). Desnutrición infantil en America Latina Y el Caribe. *Desafios*, 1-12.

Espas, A. E. (2000). Fisiopatología . *Etapas del ciclo vital*, 1-24.

Galindo, L. I., & Arana, R. R. (1989). La Desnutricion Infantil. *La Desnutricion Infantil en Mexico*, 1-25.

Gomez, F. (2003). Desnutricion. *scielo*, 1-7.

Gutiérrez JP, R. D. (2015). Desnutricion y Obesidad. *Revista Digital Universitaria*, 1-17.

Gutierrez, W. (2011). La desnutricion en la niñez en Peru: factores condicionales y tendencias . *scielo*, pp 1-12.

Horacio Márquez-González, \*. (2012). Clasificación y evaluación de la desnutrición. *El Residente*, 1-11.

Instituto Nacional de Salud Publica. (2003). Desnutrición infantil y Pobreza en Mexico. *Desnutricion Infantil*, 1-30.

La Secretaria de Salud de Chiapas. (2020). Desnutrición en Chiapas, un problema de salud que permanece. *Aquinoticias*, 1-2.

Leon, N. T. (2007). Poblacion y Muestra. *Poblacion y Muestra*, 2.

M. I. Ortego, J. G. (s/f). Descripción Socioeconómica de la Población. *Análisis de Datos Estadísticos en cooperación para el Desarrollo*, 2.

Manual Para Alimentación de Infantes y Niños Pequeños. (2001). Clasificación Desnutrición Infantil. *Manual Para Alimentación de Infantes y Niños Pequeños*, 1-34.

Martin Seballi. (2001). Epidemiología de la Desnutrición. *Epidemiología de la Desnutrición*, 1-9.

McLaren. (1976). Desnutrición infantil, salud y pobreza. *SCIELO*, 1-105.

Monckeberg F. (1952-1977). Campaña contra la desnutrición infantil. *Campaña contra la desnutrición infantil*, 1-95.

Montesdeoca, C. G. (2017). Malnutrición en niños menores de 5 años y su asociación con factores de riesgo. *Malnutrición en niños menores de 5 años y su asociación con factores de riesgo.*, pp 1-72.

OMS. (2006). Desnutrición infantil. *Directriz: ACTUALIZACIONES SOBRE LA ATENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN AGUDA SEVERA EN LACTANTES Y NIÑOS*, pp 1-128.

OMS. (2009). *ACTUALIZACIONES SOBRE LA ATENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN AGUDA SEVERA EN LACTANTES Y NIÑOS*, pp 1-128.

Organización Mundial de la Salud OMS. (2006). Desnutrición infantil. Actualizaciones sobre la atención de la desnutrición aguda severa en lactantes y niños. *Desnutrición infantil. Actualizaciones sobre la atención de la desnutrición aguda severa en lactantes y niños*, 1-128.

Otzen, T. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. 228.

Otzen, T. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población de Estudio. 229.

- Ramos, G. R. (1969). Desnutricion Infantil. *Guia Practica clinica*, 1-22.
- Rivera-Dommarco JA. (2013). Diagnóstico y Seguimiento del Estado de Niñas y Niños. *Liconsa*, 1-57.
- Robles, D. F. (2017). FACTORES SOCIOECONOMICOS Y DESNUTRICIÓN DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS, PUESTO DE SALUD PISONAYPATA, APURIMAC, 2017. *FACTORES SOCIOECONOMICOS Y DESNUTRICIÓN DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS, PUESTO DE SALUD PISONAYPATA, APURIMAC, 2017*, pp 1-104.
- Sampieri, R. H. (2010). *Metodología de la Investigación*. Mexico: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.
- Suarez, L. (2010). *Manual para la atencion integral de los niños y niñas con desnutricion*, pp 1-120.
- UNICEF. (2009). Desnutricion infantil. *Seguimiento de los progresos en la nutrición de los y las madres*, pp 1-132.
- Velázquez, A. P. (s.f.). Diplomado en Analisis de Informacion Geoespacial. 2.
- Velázquez, M. e. (s/f). Tipos de Muestreo. *Diplomado en analisis de información*, 1-14.
- Vulnerabilidad de la Niñez en Chiapas. (2010). Vulnerabilidad de la niñez en Chiapas. *Vulnerabilidad de la niñez en Chiapas*, 1-172.
- Wisbaum, W. (2011). Desnutricion Infantil. *UNICEF*, 1-21.
- Wisbaum, W. (2011). La Desnutricion Infantil. *UNICEF*, 1-21.
- Yereli, K. (2004). Desnutricion infantil. *Guiardasis y desnuticion infantil*, pp 6-13.

# ANEXOS

FOTOS TOMADAS POR LOS TESISISTAS EL DÍA 27 DE MAYO DEL 2021





## CUESTIONARIO

Fecha: 27-05-2021 No. de cuestionario: 01

**Instrucciones:** Te pedimos cordialmente que nos apoyes a contestar las siguientes preguntas con toda sinceridad. Hacemos de tu conocimiento que la información obtenida será tratada con respeto y confidencialidad.

**Lee detenidamente y señala con una X la respuesta que consideres correcta o completa el dato que se te pide.**

### I.- DATOS PERSONALES

- 1.- Edad de su hijo(a): 2 años
- 2.- Sexo del niño (a):  a) Femenino  b) Masculino
- 3.- Escolaridad del niño(a):  a) Aun no estudia  b) Preescolar  c) Primaria
- 4.- ¿Qué edad tiene la mamá?
- a) Menos de 18 años  b)  19-25 años
- c) 26- 35 años  d) 36-45 años
- e) Más de 45 años
- 5.- ¿Cuál es su ocupación de la mama? Ama de casa
- 6.- ¿Cuál es su estado civil?
- a) Casada  b) Divorciada
- c) Soltera  d)  Unión libre
- e) Viuda

7.- ¿Hasta qué año estudió la mamá?

- a) No estudió  
c) Primaria completa  
e) Secundaria completa
- b) Primaria incompleta  
d) Secundaria incompleta  
f) Superior

8.- ¿Cuántos niños tienes mamá?

- a) 1-2 niños  
c) 5- 7 niños
- b) 3-4 niños  
d) Más de 8 niños

9.- ¿Cuándo el niño se enferma donde lo lleva primero para curarlo?

- a) Curandero  
c) Hospital particular
- b) Centro de salud  
d) Otros

## II.- CONOCIMIENTOS SOBRE LA DENUTRICIÓN INFANTIL

1.- ¿Conoce usted que es la desnutrición infantil?

- a) Si      b) No

Si respondió que sí, ¿Qué es la desnutrición infantil?

Tener un bajo peso, por no alimentarse  
saludablemente

2.- ¿Ha recibido información acerca de la desnutrición infantil?

- a) Si      b) No

Si respondió que sí, ¿Dónde recibió dicha información?

---

---

3.- ¿Su hijo (a) ha presentado desnutrición?

a) Si       b) No

4.- ¿Usted conoce que hábitos alimenticios pueden causar desnutrición en su hijo (a)?

a) Si       b) No

Si respondió que sí, ¿Cuáles hábitos?

---

---

5.- ¿Conoce usted cual es la diferencia entre alimentación y nutrición?

a) Si       b) No

Si respondió que sí, ¿Cuál es la diferencia?

---

---

6.- ¿Acude usted con su hijo(a) al centro de salud para la toma de peso y talla en sus citas programadas?

a) Si      b) No      c) A veces

7.- ¿Cree usted que es importante para la salud de su hijo mantener una dieta balanceada?

a) Si       b) No

¿Porque? 

---

---

8.- ¿Cree usted que la desnutrición infantil es un problema frecuente en la población de Potrerillo?

a) Si      b) No

¿Porque? Se manifiesta en la citas programadas por el centro de salud

### III. HABITOS ALIMENTICIOS Y CARACTERISTICAS DE LA DIETA

9.- ¿Su hijo tuvo bajo peso al nacer?

- a) Si                      b) No

10.- ¿Hasta qué edad le proporcionó leche materna exclusiva a su hijo?

- a) 1-2 meses                      b) 3-4 meses  
c) 5-6 meses                      d) Más de 6 meses

11.- ¿Qué alimentos le proporcionó a su hijo durante la lactancia materna?

- a) Exclusiva                      b) Uso de sucedáneos  
c) Alimentación mixta                      d) Otra

12.- ¿Cuántas veces al día se deben brindar los alimentos al niño (a) de 1- 2 años?

- a) 2 veces + lactancia materna  
b) 3 veces + 1 refrigerio+ LM.  
c) 3 veces + 2 refrigerios+ LM.  
d) A libre demanda.

13.- ¿Cuántas veces al día se deben brindar los alimentos al niño (a) de 3- 5 años?

- a) 2 veces + 1 refrigerio.  
b) 3 veces + 1 refrigerio.

c) 3 veces + 2 refrigerios.

d) A libre demanda.

14.- ¿Cuántas veces al día se deben brindar los alimentos al niño de 6- 8 años?

a) 3 veces + 1 refrigerio.

b) 3 veces + 2 refrigerios.

c) 4 veces + 1 refrigerios.

d) A libre demanda.

15.- ¿Cuántas veces al día se deben brindar los alimentos al niño (a) de 9-10 años?

a) 3 veces + 2 refrigerios.

b) 4 veces + 1 refrigerios.

c) 4 veces + 2 refrigerios.

d) A libre demanda.

16.- ¿Cuántas veces a la semana su niño consume los siguientes alimentos?

a) Frutas (3).

b) Carne (2).

e) Refresco (0).

c) Pescado (0).

d) Verduras y hortalizas (3).

f) Golosinas (3).

17.- ¿Qué tipo de bebidas acostumbra a ingerir su hijo (a)?

a) Refresco

b) Agua preparada.

c) Agua de garrafón.

d) Agua hervida.

#### IV.- SINTOMAS DE LA DESNUTRICIÓN

18.- ¿Su niño (a) presenta infecciones respiratorias o diarreicas?

- a) Si      b) No      c) A veces

19.- ¿Considera que la presencia de enfermedades se debe a la mala nutrición de su hijo (a)?

- a) Si      b) No      c) A veces

20.- ¿Considera usted que su niño (a) presenta un peso y talla adecuada?

- a) Si      b) No

21.- ¿Su niño (a) al momento de estudiar se distrae con facilidad?

- b) Si      b) No      c) A veces

22.- ¿Su niño (a) memoriza cosas básicas como: nombres, lugares, canciones, etc.?

- a) Si      b) No

23.- ¿Su niño (a) tiene pérdida del apetito?

- a) Si      b) No      c) A veces

24.- ¿Cómo observa a su niño (a) en su crecimiento?

- a) Baja talla para su edad, bajo peso para su edad.  
b) Talla para su edad, peso ideal para su edad.

c) Mas talla para su edad, mucho más peso para su edad.

#### V.- CONOCIMIENTOS DE UNA DIETA ADECUADA.

25.- ¿Qué alimentos le brindan fuerza y energía a su niño (a)?

- a) Avena, arroz, papa, camote.
- b) Carnes rojas, hígado, huevos.
- c) Plátano, lechuga, tomate.
- d) Pescado, leche, papa.
- e) No sabe, no contesta.

26.- ¿Qué alimentos protegen el cuerpo de las enfermedades y ayudan a mantener el crecimiento de su niño (a)?

- a) Hígado, pescado, queso.
- b) Arroz, papa, camote, aguacate.
- c) Tomate, zanahoria, naranja, espinaca.
- d) Todas las anteriores.
- e) No sabe, no contesta.

27.- ¿Qué combinación cree usted que es la adecuada para el desayuno de su niño (a)?

- a) Avena + pan + mantequilla.
- b) Papa+ hígado+ fruta+ cereal.
- c) Arroz+ pollo+ ensalada
- d) Todas las anteriores.
- e) No sabe, no contesta.

**¡Gracias por su cooperación!**

TRIPTICO ENTREGADO A LA MUESTRA

**Comer en familia**

Es importante procurar que las comidas se hagan en familia siempre que sea posible, ya que también es un acto social en que los/as niños/as aprenden a relacionarse.

Normas básicas para las comidas:

- \* Hay que lavarse las manos antes de comer.
- \* No hay que levantarse de la mesa mientras se está comiendo.

**Los refrigerios entre horas:**

- \* Conviene ofrecer a los/as niños/as un refrigerio a media mañana y a media tarde. Ten cuidado con las cantidades, que no les quite el apetito para las comidas principales. No les des dulces.
- \* Limita el acceso a las golosinas para que los/as niños/as no puedan cogerla cuando quieran.

**Para enseñar a comer:**

- \* Establece un sitio, una hora y una rutina.
- \* Darle la comida, si la rechaza esperar 2 min y volver a intentarlo.
- \* Repetir 3 o 4 veces más.

**La desnutrición infantil**

Es uno de los factores causado por el consumo insuficiente de alimentos y de la aparición de enfermedades infecciosas. Implica pesar menos para la edad, tener una estatura inferior a la que corresponde a la edad, estar peligrosamente delgado y por la falta de vitaminas y minerales.



**Causa de la mala alimentación:**

- \* Falta de educación: es fundamental para desarrollar hábitos alimenticios.
- \* Hábitos y aprendizaje: si un niño vive en una familia con malos hábitos alimenticios, es probable que aprenda esos mismos hábitos y desarrolle desnutrición.
- \* Recursos: los recursos que tiene una familia o persona influyen en su alimentación.

Cindi Fabiola Matías Bernardo  
Yoni Oel Martínez López  
9ºA Enfermería



**SALUD Y ALIMENTACIÓN**

**Cómo establecer buenos hábitos para prevenir desnutrición infantil**



La **alimentación** es fundamental para el crecimiento y el desarrollo físico de los/as hijos, lo que hace fundamental la labor de los/as educadores/as a la hora de fomentar unos hábitos adecuados.

Para que la alimentación y la higiene se conviertan en hábitos, debemos llevarlos a cabo a la misma hora, en el mismo sitio y de la misma forma.

Por otro lado, la **nutrición** es el proceso que se encarga de transformar las sustancias que recibe de la alimentación, con 3 objetivos fundamentales:

1. Producir energía.
2. Regular el metabolismo.
3. Posibilitar el crecimiento.

#### Comiendo saludablemente conseguimos:

Tener energía durante todo el día.

Conseguir las vitaminas y minerales necesarios.

Mantener fuertes a los niños/as para realizar deportes y otras actividades.

Lograr alcanzar su estatura máxima.

Mantener el peso adecuado para su edad y estatura.

Prevenir hábitos de alimentación que no sean saludables.

#### ¿Qué significa comer saludable?

- ♦ Establecer de cuatro a cinco comidas principales.
- ♦ No comer entre horas.
- ♦ Consumir preferentemente alimentos ricos en fibra, como frutas, verduras o legumbres.
- ♦ Comer pescado al menos dos o tres veces por semana
- ♦ Limitar el consumo de bebidas azucaradas, como refrescos, panes industriales, aperitivos de bolsa.
- ♦ Cocinar las legumbres evitando las grasas y embutidos.
- ♦ Fomentar la actividad física y los juegos al aire libre, limitando los horarios de televisión, celulares o tablets.
- ♦ Y uno de los aspectos más importantes es **OTOTGARLE IMPORTANCIA AL DESAYUNO.**

*Mejorando nuestros hábitos alimentarios y haciendo un desayuno responsable mejoramos nuestro estado nutricional y nuestra salud.*



#### El desayuno

**Es la comida más importante del día.** Sin un desayuno completo el/la niño/a tendrá dificultades para hacer frente al gasto energético diario. En edad escolar disminuirá su atención y concentración, lo que dificultará su aprendizaje.

Los pediatras aconsejan que, en edad escolar, el aporte calórico corresponda al **25%** del total diario de calorías, proporcionando el almuerzo el 35%, la merienda un 10% y la cena el 30% del aporte calórico.

#### Un desayuno saludable

##### debe incluir:



#### Frutas