UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ENFERMERÍA

TÍTULO

"Hábitos alimenticios y su relación con el estado nutricional de niños/as de la escuela Fiscal Mixta Dra. Graciela Atarihuana, de la ciudad de Loja"

Tesis previa a la obtención de título de Licenciada en Enfermería

AUTORA:

Fátima Cristina Ortiz Montoya

DIRECTORA:

Lic. Maura Mercedes Guzmán Cruz, Mg. Sc.

LOJA-ECUADOR

2020

CERTIFICACIÓN

Lic. Maura Mercedes Guzmán Cruz, Mg. Sc.
DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Haber asesorado, revisado y orientado en todas sus partes, el desarrollo de la tesis de investigación titulada: **"HÁBITOS ALIMENTICIOS Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS/AS DE LA ESCUELA FISCAL MIXTA DRA. GRACIELA ATARIHUANA, DE LA CIUDAD DE LOJA",** elaborado por la Sra. **Fátima Cristina Ortiz Montoya**, previo a la obtención del Título de Licenciada en Enfermería; trabajo que ha sido asesorado y monitoreado con pertinencia y rigurosidad científica como estipula la normativa vigente en la Universidad Nacional de Loja, razón por la cual autorizo su presentación, sustentación y defensa.

Loja, 03 de agosto del 2020

Lic. Maura Mercedes Guzmán Cruz, Mg. Sc.
DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, **Fátima Cristina Ortiz Montoya**, declaro ser autora de la presente tesis "**HÁBITOS ALIMENTICIOS Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS/AS DE LA ESCUELA FISCAL MIXTA DRA. GRACIELA ATARIHUANA, DE LA CIUDAD DE LOJA**" y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Digital Institucional.

Autora: Fátima Cristina Ortiz Montoya

Firma: .....

Cédula: 1150540456

Fecha: 03/08/2020

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Fátima Cristina Ortiz Montoya, declaro ser autora de la presente tesis: "**HÁBITOS ALIMENTICIOS Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS/AS DE LA ESCUELA FISCAL MIXTA DRA. GRACIELA ATARIHUANA, DE LA CIUDAD DE LOJA**", como requisito para optar el grado de Licenciada en Enfermería, autorizó al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestren al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 3 días del mes de agosto del 2020, firma el autor.

Firma: .....

Autora: Fátima Cristina Ortiz Montoya
Cedula: 1150540456
Dirección: Avenida de los Paltas y Rusia
Correo Electrónico: fatima.ortiz@unl.edu.ec
Celular: 0992721569

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de tesis: Lic. Maura Mercedes Guzmán Cruz, Mg. Sc.

Tribunal de grado:

Presidenta: Lic. Denny Caridad Ayora Apolo, Mg. Sc.

Primera vocal: Dra. Mariela Idrovo Vallejo, Mg. Sc.

Segunda Vocal: Lic. Betty Luna Torres, Mg. Sc.

DEDICATORIA

Primeramente a Dios, quien me ha dado todo y me ha ayudado a superar cada obstáculo de mi vida.

A mi madre Isabel, por ser el pilar fundamental y principal apoyo en todo momento, porque a pesar de toda circunstancia logró sacar adelante a mi hermano y a mí, enseñándonos valores, principios y perseverancia para superar todo lo malo y lograr nuestros objetivos.

A mi bebé Julián, que me ha impulsado a seguir adelante a pesar de toda adversidad, ha sido la fuerza que necesito para mantenerme en pie.

A mi esposo José Andrés, quien me apoyo en momentos de dificultad y con su amor y entusiasmo me impulso a no decaer y seguir adelante.

Fátima Cristina Ortiz Montoya

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, quien me ha dado fuerzas para seguir adelante y permitirme culminar con esta etapa de mi vida.

A mi madre, quien me ha dado su apoyo incondicional en toda mi carrera brindándome amor y fortaleza en estos años.

Mis más sinceros agradecimientos a la Universidad Nacional de Loja, a la Facultad de la Salud Humana, a la carrera de Enfermería, por permitirme y brindarme todas las facilidades para adquirir mis conocimientos teóricos y prácticos.

A mis docentes, quienes han sido parte de mi formación académica, a través de sus conocimientos y experiencias me han permitido ser mejor y superar cada obstáculo que se me han presentado, de manera especial a la Lic. Maura Mercedes Guzmán Cruz Mg. Sc., directora de tesis, por ofrecerme de manera incondicional su orientación y apoyo en el desarrollo de mi trabajo de grado.

A la Escuela Fiscal Mixta Dra. Graciela Atarihuana, su directora, docentes, padres de familia y estudiantes, por abrirme las puertas y colaborarme al momento de la recolección de datos de mi trabajo.

Fátima Cristina Ortiz Montoya

ÍNDICE

CARÁTULA ii
CERTIFICACIÓN ii
AUTORÍA iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN ii
DEDICATORIA v
AGRADECIMIENTO vi
ÍNDICE vii
ÍNDICE DE CUADROS ix
ÍNDICE DE FIGURAS ix
ÍNDICE DE TABLAS ix
1. TÍTULO 1
2. RESUMEN 2
SUMMARY 3
4. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA 6
4.1.Hábitos 6
4.2.Hábitos alimenticios 7
4.2.1 Hábitos saludables. 10
4.2.1.1 Factores que influyen en el desarrollo de hábitos alimentarios. 13
4.3.Alimentos saludables 14
4.3.1 Alimentación en los primeros años de vida. 15
4.4.Estado nutricional 16
4.4.1 Estado nutricional en niños/as. 17
4.4.2 Índice de masa corporal (IMC). 17
4.4.3. ¿Por qué se utiliza el IMC?. 18
4.4.3.1. Desnutrición Global. 18
4.4.3.2. Desnutrición crónica. 18
4.4.4 Herramientas de medición. 19
5. MATERIALES Y MÉTODOS 22
5.1 Tipo de estudio 22
5.2 Área de estudio 22
5.3 Población y universo 22

5.4 Criterios de inclusión 22
5.5 Criterios de exclusión 23
5.6 Instrumentos para la recolección de datos 23
5.7 Procedimiento para recolección de datos. 24
5.8 Tabulación, análisis y presentación de datos 25
5.9 Consideraciones éticas 25
6. RESULTADOS 26
7. DISCUSIÓN 31
8. CONCLUSIONES 33
9. RECOMENDACIONES 34
10.BIBLIOGRAFÍA 35
11.ANEXOS 40

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Indicador de crecimiento, interpretación de IMC 20
Cuadro 2. Interpretación de hábitos alimenticios 23

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Patrones del crecimiento infantil en niños 20
Figura 2. Patrones del crecimiento infantil en niños 21

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Género de los niños de la Escuela Fiscal Mixta Dra. Graciela Atarihuana..... 26
Tabla 2. Hábitos alimenticios en niños y niñas de inicial I a séptimo año de básica. 27
Tabla 3. Estado nutricional en relación al sexo en los niños de la Escuela Fiscal Mixta Dra. Graciela Atarihuana. 28
Tabla 4. Estado nutricional en relación a la edad en los niños de la Escuela Fiscal Mixta Dra. Graciela Atarihuana. 29
Tabla 5. Relación entre los Hábitos alimenticios y estado nutricional de los niños y niñas de la Escuela Fiscal Mixta Dra. Graciela Atarihuana. 30

1. TÍTULO

Hábitos alimenticios y su relación con el estado nutricional de niños/as de la escuela Fiscal Mixta Dra. Graciela Atarihuana, de la ciudad de Loja

2. RESUMEN

Los hábitos alimentarios son manifestaciones recurrentes asociadas a creencias y tradiciones culturales o familiares que influyen directamente en el crecimiento, desarrollo y consecuente aparición de distintas patologías que pueden llegar a afectar la salud de un individuo sobre todo en la etapa de crecimiento; en el presente trabajo se planteó determinar los hábitos alimenticios y su relación con el estado nutricional en niños y niñas de la escuela Fiscal mixta Dra. Graciela Atarihuana, de la ciudad de Loja, se trató de un estudio descriptivo–correlacional y de corte transversal. Para obtener información relacionada a los hábitos alimenticios se utilizó el Test rápido de Krece plus aplicado a padres o representantes legales de 249 niños y niñas de 3 a 12 años. Para evaluar el estado nutricional se utilizó el IMC previo al control de peso y talla de los estudiantes, obteniéndose como resultados que la población tienen hábitos alimenticios buenos en un 76,7%, en cuanto al estado nutricional el 65,9% están dentro del rango normal, en relación al sexo se obtuvo que las niñas con un estado nutricional normal representan un 34,1% de la población, resultado similar en niños con 31,7%; el 10,8% del sexo masculino tienen obesidad; en relación a la edad el 31,4% de niños de 3 a 6 años tienen un estado nutricional normal. Finalmente se concluye que la relación entre hábitos alimenticios y el estado nutricional, mediante el cálculo de Chi2, no muestra una relación estadística significativa entre ambas variables, en este grupo de niños y niñas.

***Palabras claves*:** hábitos alimenticios, estado nutricional, escolares, índice de masa corporal.

SUMMARY

Eating habits are recurring manifestations associated with cultural or family beliefs and traditions that directly influence in the growth, development and consequent appearance of different pathologies which can affect the health of a person, especially in the growth stage; In the present reach project, it was proposed to determine the eating habits and their relationship with the nutritional status in boys and girls children of the "Doctor. Graciela Atarihuana" Mixed Public School, of Loja city, it was a descriptive correlational and cross-sectional study. To obtain information related to eating habits, the Krece Plus Rapid Test was applied to parents or legal representatives of 249 boys and girls from 3 to 12 years old. To assess the nutritional status, the BMI was used prior to the control of weight and height of the students, obtaining as results that the population has good eating habits in 76.7%, in terms of nutritional status, 65.9% are within the normal range, in relation to sex it was obtained that girls with a normal nutritional status represent 34.1% of the population, a similar result in boys with 31.7%; 10.8% of the male sex are obese; in relation to age, 31.4% of children from 3 to 6 years old have a normal nutritional state. Finally, it is determined that the relationship between eating habits and nutritional status, by means of Chi2 calculation, has not shown a significant statistical relationship between both variables, in this boys and girls´group.

Key words: eating habits, nutritional status, schoolchildren, body mass index.

3. INTRODUCCIÓN

La niñez se caracteriza por ser la etapa en la cual se da un crecimiento notable y esencial, debido a que el individuo debe conseguir las habilidades necesarias para vivir y adaptarse en la sociedad, la evaluación del estado nutricional de los niños permite identificar si presentan características asociadas a problemas nutricionales por exceso de peso como también permite reconocer si presentan desnutrición o peligro de desarrollarla.

Según el Ministerio de Inclusión Económica y Social, en las últimas décadas el cambio de comportamiento alimentario en el mundo ha generado el desarrollo de enfermedades en los niños (MIES, 2013); considerando que la alimentación y nutrición son procesos influenciados por aspectos ambientales, socioculturales y que durante la infancia contribuyen a un desarrollo y crecimiento óptimo como una maduración biopsicosocial, es necesario que adquieran durante esta etapa alimentarios saludables. (Macias , Gordillo , & Camacho, 2012)

A nivel mundial según la Organización Mundial de la Salud (OMS), alrededor de 2,7 millones de personas fallecen cada año como consecuencia de mantener hábitos alimenticios inadecuados, siendo el consumo de frutas y verduras la causa principal; convirtiéndose en uno de los principales factores de morbi-mortalidad. El bajo consumo de este tipo de alimentos causa cerca de un 19% de cánceres gastrointestinales, 30% de cardiopatías y 11% de los accidentes cerebrovasculares.

En el país se ha incrementado a cifras alarmantes los problemas de salud a causa de prácticas negativas en cuanto a la alimentación, ya que en el año 2013 se determinó que el 18% de muertes a nivel nacional se relacionaban a enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes o cardiopatías.

Por todo lo expuesto se planteó realizar la presente investigación para poder determinar si existe una relación entre los hábitos alimenticios y el estado nutricional en los niños y niñas de 3 a 12 años en la escuela Fiscal Mixta Dra. Graciela Atarihuana; estableciendo la calidad de la dieta y los rangos de peso y talla en la población de estudio, considerando que los malos hábitos alimenticios son un factor de riesgo para obtener un estado nutricional inadecuado, provocando que sea más propenso a presentar sobrepeso u obesidad, así como también el riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles.

4. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

4.1. Hábitos

Según Castaño (2011) “un hábito es un mecanismo estable que crea destrezas o habilidades, es flexible y puede ser utilizado en varias situaciones de la vida diaria” (p 10). A lo anterior se refiere al proceso de formación de hábitos en los infantes, basado en la construcción de rutinas en las cuales es importante que los adultos tengan en cuenta los siguientes aspectos:

- Definir cuáles son los hábitos que serán objeto del proceso de enseñanza-aprendizaje: cómo, cuándo y dónde practicarlos.
- Estructurar los pasos o secuencias a seguir para su adecuada implementación y práctica constante en la vida diaria.
- “Dar a conocer la importancia y las ventajas de su práctica oportuna y constante, por parte de los niños y la familia” (Castaño, 2011).

Durante los últimos años se ha observado que los hábitos han cambiado, mediados a través de él peso, cambios de salud y de la poca aceptación a la alimentación nutritiva; siendo evidente como ha crecido y uno de los factores más determinantes en los infantes, ya que llevan una alimentación poco nutritiva y desbalanceada; convirtiéndose en alimentos principales la comida rápida deja mucho a decir, este es “un problema generado por los padres, ya que actualmente tienen muchas ocupaciones, y a esto le sumamos que las comidas se pueden conseguir sin problemas y a un precio cómodo, resulta fácil dar este tipo de alimentación a los niños” (Romero, Campollo, Castro, Cruz, & Vásquez, 2006).

Los hábitos en niños “presentan estabilidad temporal influenciado por la personalidad y deben ser los progenitores los que intervengan en la alimentación infantil, mediante el uso de modelos educativos, en aspectos como el tipo, cantidad y horarios de alimentación”

(Ávila, Gutiérrez, Martínez, Ruíz, & Guerra, 2018). Respecto a esto, el modo de alimentarse, las preferencias y el rechazo hacia determinados alimentos, se encuentran fuertemente condicionados durante la etapa infantil por el contexto familiar, puesto que es en este período cuando se adoptan la mayoría de los hábitos y prácticas alimentarias, donde especialmente las madres, tienen una influencia importante en la forma como el niño se comporta en relación con la alimentación.

Se considera que los hábitos pueden estar dados por conductas inadecuadas e ineficientes que traen incorrectos hábitos alimenticios y falencias en el desarrollo personal, intelectual y de salud en el niño.

4.2. Hábitos alimenticios

Los hábitos alimenticios ejercen una influencia muy fuerte en la dieta de los niños y las conductas afines con la alimentación; no obstante, los cambios socioeconómicos actuales han llevado a los padres e hijos a alimentarse de manera inadecuada y no balanceada. Cada uno de los patrones de alimentación son dados a los cambios que han contribuido a dedicarle más tiempo a las actividades laborales y menos tiempo a la hora de alimentarse; por tal motivo se ha aumentado el consumo de alimentos procesados y comida rápida, influyendo de manera significativa en los hábitos alimenticios de los chicos afectando su estado nutricional.

La Fundación Española de la Nutrición (FEN, 2014) define “los hábitos alimentarios como comportamientos conscientes, colectivos y repetitivos, que conducen a las personas a seleccionar, consumir y utilizar determinados alimentos o dietas, en respuesta a unas influencias sociales y culturales”. Por tanto, el proceso de adquisición de los hábitos alimenticios es dado por la familia, que en muchos casos es difícil de cambiar pues pueden

estar caracterizados por el excesivo consumo de alimentos nutritivos o alimentos no nutritivos.

Así mismo la modificación de los hábitos alimenticios se han ido alterando debido a la dinámica e interacción familiar; corresponde a la situación económica de la familia que en algunos casos afecta los patrones de consumo tanto de adultos y niños, la menor dedicación y falta de tiempo para cocinar, provoca que las familias adopten nuevas formas de cocinar, organización y pérdida de autoridad de los padres en la actualidad ha ocasionado que muchos niños coman cuándo, cómo y lo que quieran (Macias, Gordillo, & Camacho, 2012).

La falta de tiempo precisamente incide en que hoy en día los centros educativos se hayan convertido en el hogar de los niños, debido a que son los lugares donde transcurre la mayor parte de su tiempo, y por lo tanto de sus tiempos de comida. “En este sentido, los escolares, en su necesidad de saciar el hambre, comen lo que se les ofrece en la cafetería, para más tarde, a la hora del almuerzo, terminar sin apetito, con una dieta deficiente y poco saludable” (Álvarez, Cordero, Vásquez, Altamirano, & Gualpa, 2017).

En la adopción de los hábitos alimentarios intervienen principalmente tres agentes; la familia, los medios de comunicación y la escuela. En el caso de la familia, es el primer contacto con los hábitos alimentarios ya que sus integrantes despliegan una fuerte influencia en la dieta de los niños y en sus conductas relacionadas con la alimentación, y cuyos hábitos son el resultado de una construcción social y cultural acordada implícitamente por sus familiares.

Los hábitos alimentarios se aprenden en el seno familiar y se incorporan como costumbres, basados en la teoría del aprendizaje social e imitado de las conductas observadas por personas adultas que respetan. “Otros modos de aprendizaje se dan a través

de las preferencias o rechazos alimentarios en los niños, en donde estos últimos son expuestos repetidamente a una serie de alimentos que conocen a través del acto de comer enmarcado por encuentros entre padres e hijos" (Macias et al., 2012).

De acuerdo, con los medios de comunicación, forman parte del ambiente social del ser humano, influenciando en los hábitos de alimentación de los niños ha ido desplazando a la familia y la escuela; promoviendo un consumo alimentario no saludable, dado que los chicos son más susceptibles de influenciar y se encuentran en una etapa de construcción de su identidad, por lo tanto, son fácilmente manipulables por los anuncios publicitarios que promocionan nuevos alimentos.

En el caso de la escuela, las instituciones permiten al niño enfrentarse a nuevos retos de hábitos en la alimentación y que en muchas ocasiones no son saludables; aunque también ocupa un rol fundamental en la promoción de factores protectores en hábitos alimenticios. "En ese mismo sentido de ideas, las acciones que llevan a la promoción y prevención escolar están a cargo de los docentes a través de los contenidos temáticos" (De Vincezi & Tudesco, 2007).

Macias et al. (2012) señala "es ineludible tratar este tipo de temas desde una perspectiva integral que permita combinar conocimientos, actitudes y conductas saludables que promueva en los niños un estilo de vida saludable, incluso evitar la aparición de trastornos alimentarios".

Se considera que la alimentación y la nutrición son procesos influenciados y relacionados por aspectos biológicos, ambientales y socioculturales, que durante la infancia aportan a un desarrollo y crecimiento óptimo, así como la maduración biopsicosocial. Por tanto, es necesario que los niños adquieran durante la etapa inicial, hábitos alimentarios saludables. Con concordancia a lo anterior, "la edad escolar es una etapa decisiva para la

configuración de hábitos alimentarios y conductas; mismas que persistirán en etapas posteriores, no solo como posible factor de riesgo actual, sino también en toda etapa de la vida del ser humano" (Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. [SEGHNP], 2010). Para prevenir enfermedades que están relacionadas con la alimentación, es necesario identificar hábitos y conductas alimenticias no saludables desde etapas tempranas de la vida, para planificar los correctivos necesarios, sin dejar de lado la imperiosa necesidad de fomentar prácticas y estilos de vida saludables entre las familias (Angulo, Szarvas, Guevara, Mathison, & González, 2014).

4.2.1 Hábitos saludables. Tener un estilo de vida saludable es fundamental para disfrutar de una buena salud y calidad de vida, cuando se practicas algunas conductas saludables, que a lo largo de este estudio se exponen y buscando unos factores de protección para la salud de la población infantil.

Estos factores de protección tienen que ver fundamentalmente con el desarrollo de una dieta sana y equilibrada; la adopción de hábitos de alimentación adecuados; la prevención de trastornos en la conducta alimentaria como: la obesidad, la anorexia y la bulimia; así mismo promocionando un estilo de vida activo, en el que el ejercicio y el deporte adquieran un lugar destacado en la familia.

A continuación, se exponen algunos de los elementos mencionados anteriormente, diremos que un estilo de vida saludable debe incluir los siguientes factores de protección:

- Desarrollar una dieta variada es clave para alcanzar un buen estado nutricional y mantener un peso corporal adecuado. Muchos vegetales, menos productos animales y pocas grasas y aceites es una buena fórmula.
- Hay que encontrar el equilibrio energético. No se trata de "vivir para comer" sino de "comer para vivir", garantizando que vamos a disponer de las energías necesarias

para desarrollar de forma adecuada las distintas actividades de cada día, sin excesos ni insuficiencias.

- Desayunar fuerte es imprescindible porque permite iniciar el día de la mejor manera, mejorando el rendimiento escolar en el caso de los más pequeños y el laboral en el caso de los adultos.
- El agua es vida. Es importante acostumbrar a nuestros hijos e hijas a tomar agua en las comidas en lugar de bebidas gaseosas.
- Comer en familia nos permite acompañar a nuestros hijos e hijas en la adopción de hábitos de alimentación saludables y desarrollar vínculos afectivos más sólidos.
- Moverse es salud. "Nadie dice que los niños y las niñas no puedan mirar televisión o jugar en el ordenador, pero es muy importante que en su tiempo libre realicen actividad física con regularidad al menos durante una hora al día" (CEAPA, 2012).

Según Galarza (2014) los hábitos alimentarios se definen como:

> Los hábitos que se aprenden a lo largo de la vida que influyen en la alimentación diaria, si la alimentación diaria es completa, equilibrada, variada, suficiente e inocua se obtendrá la fórmula perfecta para obtener una buena salud; se habla de una dieta completa al cumplir con los requerimientos necesarios para satisfacer necesidades energéticas y nutritivas que incluya alimentos de todos los grupos alimentarios. (p. 4)

De igual forma CEAPA(2012) afirma que "los hábitos de vida saludables son indispensables y pocas veces se piensa sobre la influencia que tienen en nuestro estado de salud las diferentes acciones y comportamientos que adoptamos en el día a día" (p. 7). Por tanto, la forma de alimentarse, el modo en que se relaciona con los ámbitos en que se desarrollan en la vida, los vínculos familiares y sociales, los hábitos de actividad física y de

consumo de sustancias como el tabaco o el alcohol, todo lo mencionado va unido como una cadena que condiciona y determina el estado de salud. Buscando que sean un referente para los chicos de hoy, que ellos vean un espejo en el que miren y aprendan de forma consciente ciertas conductas, que producen un accionar saludable y bien condicionado.

Según una encuesta de condiciones de vida en Ecuador, y realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC 2014), menciona la prevalencia de sobrepeso infantil esta con el 46.7% muy por encima del bajo peso con un 15.7% teniendo en cuenta su nivel económico. Se evidencia que cada día el aumento de personas con sobrepeso y problemas de salud aumenta por la falta de hábitos saludables en el su diario vivir; siendo la población infantil uno de los actores afectados debido a inadecuados hábitos alimentarios y una capacidad económica reducida.

Como ya se ha mencionado los estilos de vida saludables son considerados como un conjunto de hábitos, comportamientos y conductas que llevan a los individuos, más específicamente los niños, a conseguir un nivel de bienestar y satisfacción de sus necesidades; las primeras etapas de vida del ser humano son consideradas decisivas para la adquisición y consolidación de estilos de vida saludables.

En la niñez, tiene lugar en la etapa escolar, resulta la más adecuada para el establecimiento de hábitos saludables que puedan mantenerse a largo plazo; la adolescencia es considerada la etapa de consolidación de los comportamientos provenientes de la infancia, así como también el momento de la vida en el que se incorporan nuevos hábitos y formas de vida propios adquiridos durante esta etapa en sus diversas formas de socialización.

Hoy en día, existen suficiente evidencia del incremento en la prevalencia e incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) tanto en población adulta como en

población infantil, las cuales se encuentran asociadas con estilos de vida no saludables como una alimentación inadecuada y poca actividad física. "El aumento de la obesidad infantil, asociada con diversas alteraciones metabólicas, como las dislipidemias, la diabetes e hipertensión, son los principales ejemplos" (Campo et al., 2017).

Por último, resulta importante y relevante resaltar que los estilos de vida saludables no hacen referencia exclusiva a la salud física sino también a la salud mental de las personas, y en este aspecto la inteligencia emocional juega un rol importante, asociado con las relaciones humanas satisfactorias. Entendiendo además que el ser humano esta mediado por buen trato se relaciona con aquellos comportamientos realizados y practicados por un individuo, grupo u organización, sean físicos o verbales, que van a la integridad física y psicológica, al desarrollo de la autoestima y la autonomía, la singularidad y el respeto del otro y la validación de los derechos humanos.

4.2.1.1 Factores que influyen en el desarrollo de hábitos alimentarios. La conducta alimentaria de hoy, en los seres humanos se desarrolla entre ambientes ecológicos, biológicos y socioculturales, por los cuales surgen preguntas acerca de la alimentación que llevan los niños y como "los aspectos biológicos, sociales e individuales se convierten en un actor principal y fundamental en la vida diaria de ellos" (Aranceta, Pérez, & Majem, 2006).

- *Factores Biológicos,* son requerimientos nutricionales que se satisfacen a través de una alimentación adecuada, afirma que existen algunos factores biológicos que influyen en la conducta de alimentación como: características sensoriales, necesidades nutricionales y los factores genéticos.
- *Factores Sociales,* la alimentación es una expresión universal de socialización y hospitalidad, el medio social en el que se desarrolla una persona determina su

alimentación así también las diferencias entre estratos sociales son una gran influencia a lo largo del tiempo. El tipo de preparación de los alimentos, los ingredientes con los que se realiza, la cantidad que se consume y la forma en que se comen son algunos factores que determinan el nivel social al que se pertenece.

- *Factores Individuales*, uno de los principales factores que influyen en la elección y consumo de alimentos es el estado de ánimo propio de cada persona. Los nervios, la ansiedad, depresión, tristeza, alegría desmedida son estados de ánimo que cada uno canaliza a su manera. "Algunos alimentos por tanto son el desahogo de estas emociones y difieren de persona a persona, muchas veces los alimentos se ingieren automáticamente sin causa cambios en el organismo, y el mecanismo se repite una y otra vez" (Gallegos, 2018).

4.3. Alimentos saludables

La nutrición a lo largo del crecimiento y desarrollo tiene importancia, no solo porque un déficit en el aporte nutricional conlleva a carencias en ese proceso integral del niño hasta llegar a su adultez, sino también por el desequilibrio dietético que influye de la misma manera en la salud de la persona. En este sentido, es necesario resaltar un importante problema: la obesidad, que se viene constituyendo en los últimos años como uno de los principales factores de riesgo para la salud, tanto en la infancia como en la vida adulta.

Por ello, cuando se habla de alimentación saludable consideramos que ésta nos debe: "proporcionar sensación de bienestar, aumentar la eficacia de nuestro organismo, aportando sustancias necesarias para la formación, crecimiento y reparación de estructuras corporales, así como sustancias que regulen los procesos metabólicos del organismo y disminuir el riesgo de enfermedades" (Barrios et al., 2012).

4.3.1 Alimentación en los primeros años de vida. Es muy importante mantener y favorecer el desarrollo de actitudes positivas respecto a la alimentación y hábitos saludables, que se mantendrán en etapas posteriores de la vida. “Se ha de procurar establecer un horario organizado, no estricto, pero sí regular, que incluya el desayuno y comidas organizadas, que completen los requerimientos energéticos diarios” (Barrios et al., 2012) Los niños y niñas a esta edad ya pueden comer solos, a partir de los 4-5 años aprenden a usar el cuchillo, por lo que la recomendación es que se utilice cubiertos anchos, romos, sin punta, para facilitar su manejo y evitar accidentes; así mismo se mencionan algunos de los alimentos nutritivos y saludables en las dietas y alimentación de los niños y jóvenes.

- Leche y derivados Al menos 2 vasos de leche o alimento equivalente al día. Una ración de leche equivale a: 1 vaso de leche, 2 yogures o 50 g de queso fresco. Es preferible usar productos semidesnatados o desnatados.
- Carnes y derivados Menos de 6 veces a la semana, la ración equivale a 50 g. El jamón, fiambres magros y embutidos deben tener un consumo semanal.
- Pescados Mínimo 4 veces por semana. La ración equivale a 65 g por lo que en una comida normal administraríamos 2 raciones o 130 g.
- Huevos Hasta 3 veces por semana. Una ración son dos unidades.
- Cereales y féculas Todos los días en almuerzos y cenas. Deben consumirse a diario en las comidas principales: pan, arroz, pasta, papas o cereales. Una ración de pan blanco o integral son 20 g, de pan tostado, arroz y pasta con 15 g.
- Legumbres 2-4 veces por semana. Cada ración son 15 g en seco (lentejas, garbanzos, judías blancas, guisantes).

- Verduras y hortalizas Todos los días en almuerzos y cenas. Tomar cada día al menos una ración de verdura fresca (ensalada). Dependiendo de la verdura una ración oscila entre 200-300 g.
- Legumbres 2-4 veces por semana. Cada ración son 15 g en seco (lentejas, garbanzos, judías blancas, guisantes).
- Azúcares y dulces Controlar la cantidad. Consumo ocasional.
- Aceites y grasas Moderar la cantidad. Especialmente recomendado el aceite virgen de oliva.
- Miscelánea Repostería, refrescos, snacks etc. el consumo debe ser esporádico (Barrios et al., 2012).

La familia juega un papel fundamental en el momento de potenciar y reestructurar los hábitos alimenticios y el consumo de alimentos nutritivos. Ya que en la etapa escolar se mantiene la desaceleración de crecimiento lineal, con respecto a la que tuvo en el primer año de vida y la que tendrá posteriormente durante la adolescencia. Una correcta alimentación, la adquisición de hábitos nutricionales y de estilos de vida saludables y un importante papel del ejercicio físico van a ser decisivos en el desarrollo físico e intelectual durante este periodo de la infancia.

4.4. Estado nutricional

Es la herramienta que nos permite conocer los avances obtenidos por el niño/a en relación a su peso y talla conforme a la edad; basados en los cuidados brindados por la familia, comunidad y entidades del estado. “Con el fin de identificar problemas nutricionales y determinar estrategias de intervención inmediata para lograr una recuperación y mejoramiento de estado nutricional” (Morales, 2017).

4.4.1 Estado nutricional en niños/as. Para poder calcular el estado nutricional en niños menores a los 5 años, el Ministerio de Salud Pública de la república del Ecuador, como la Organización Mundial de la Salud, ambos entes reguladores de la salud recomiendan que la manera óptima para realizar dicho cálculo es atreves del índice de masa corporal, procedimiento que se realiza aplicando una sencilla fórmula en la que se divide el peso de un niño en Kg por su altura al cuadrado, en metros. En donde encontraremos que los valores que en un adulto serian óptimos en una niño/a nos indicara que puede llegar a padecer obesidad (Bastidas, 2018).

4.4.2 Índice de masa corporal (IMC). Se obtiene a partir de la estatura y el peso, determina el peso más saludable que puede tener una persona.

- ***Ventajas***
  - El IMC es una forma rápida de determinar si un individuo esta con eso saludable.
  - El IMC es popular porque es simple, rápido, eficaz y se aplica a los hombres y mujeres adultos si como también en niños.
  - El IMC es una herramienta útil para evaluar rápidamente la clasificación de peso.
  - Evalúa al niño según obesidad, sobrepeso y desnutrición.

- ***Desventajas***
  - Debido a que no es una medida de grasa corporal, las personas muy musculosas a menudo caen en categorías de obesidad.
  - La medición del IMC para las personas cortas o mujeres embarazadas no es apropiada.

4.4.3. ¿Por qué se utiliza el IMC?.

4.4.3.1. Desnutrición Global. Es un indicador usado comúnmente en el control del crecimiento de las niñas y los niños, reflejadas en el carnet de crecimiento. Índica el peso corporal en relación a la edad del niño/a en un día determinado.

- ***Ventajas***
  - Es fácil de obtener con poco margen de error. (hasta 100 gramos).
  - Si se tiene un número adecuado de controles, es sensible para detectar cambios en el seguimiento longitudinal de un niño.
  - Se usa para evaluar si un niño presenta bajo peso, pero no para clasificar si presenta sobrepeso u obesidad.

- ***Desventajas***
  - En niños menores de un año puede sobre estimar la desnutrición.
  - No permite diferenciar adelgazamiento con retardo del crecimiento.
  - Un niño de la misma edad y pes puede estar delgado, tener un peso adecuado para su talla e incluso ser obeso, dependiendo de la talla.

4.4.3.2. Desnutrición crónica. La desnutrición crónica se define como “un estado patológico ocasionado por la falta de acceso a alimentos, alimentación deficiente (en calidad y cantidad), agua, saneamiento insalubre y la aparición de enfermedades infecciosas” (Lafuente, Rodriguez, Fontaine & Yañez, 2016). Dentro del contexto las causas que pueden incluyen factores sociales, económicos y políticos, como la pobreza, desigualad, o una escasa educación de la madres; se presentan efectos adversos en el crecimiento, desarrollo mental y cognitivo especialmente en los primeros años de vida.

El incremento de la talla es más lento que el incremento de peso. “Los estados de pérdida de talla suelen presentarse más lentamente, pero no se recuperan, especialmente en mayores de 24 meses de edad” (Ministerio de Salud Publica, 2017).

- ***Ventajas***
  - Refleja la historia nutricional del niño y niña.
  - Determina el grado de desnutrición crónica (la falta de longitud/talla según la edad).
- ***Desventajas***
  - Requiere conocer con exactitud la edad.
  - La talla es más difícil medir que el peso y tiene un mayor margen de error de 0.1 milímetro.
  - No permite medir el grado de adelgazamiento o desnutrición aguda.

4.4.4 Herramientas de medición. Existen varias curvas de crecimiento, que permiten controlar que el cuerpo de la niña y del niño se desarrolla bien y dentro de las normas.

- Las mediciones se toman regularmente desde el nacimiento hasta el final de la pubertad.
- Hay tres tipos de curvas de crecimiento que corresponde a cada sexo y se diferencia por colores:
  - La curva de la altura.
  - La curva del peso.
  - La curva del IMC, en base a una relación del peso con la altura.

Las curvas de crecimiento de peso y talla son unas líneas más o menos curvas que relacionan el crecimiento en peso, talla u otro parámetro con la edad del niño-niña.

Permiten comparar datos del niño o la niña y es cuestión de comprobar si crece como la mayoría de los niños de su misma edad y sexo.

Cuadro 1. Indicador de crecimiento, interpretación de IMC				
Puntuaciones z	**Indicadores de crecimiento**			
	Longitud/talla para la edad	**Peso para la edad**	**Peso para la longitud/talla**	**IMC para la edad**
Por encima de 3	*Ver nota 1*	*Ver nota 2*	*Obeso*	*Obeso*
Por encima de 2			*Sobrepeso*	*Sobrepeso*
Por encima de 1			*Posible riesgo de sobrepeso (Ver nota 3)*	*Posible riesgo de sobrepeso (Ver nota 3)*
0 (mediana)				
Por debajo de −1				
Por debajo de −2	*Baja talla (Ver nota 4)*	*Bajo peso*	*Emaciado*	*Emaciado*
Por debajo de −3	*Baja talla severa (Ver nota 4)*	*Bajo peso severo (ver nota 5)*	*Severamente Emaciado*	*Severamente Emaciado*

Fuente: *OMS (2006) recuperado de https://www.who.int/childgrowth/standards/imc_para_edad/es/*

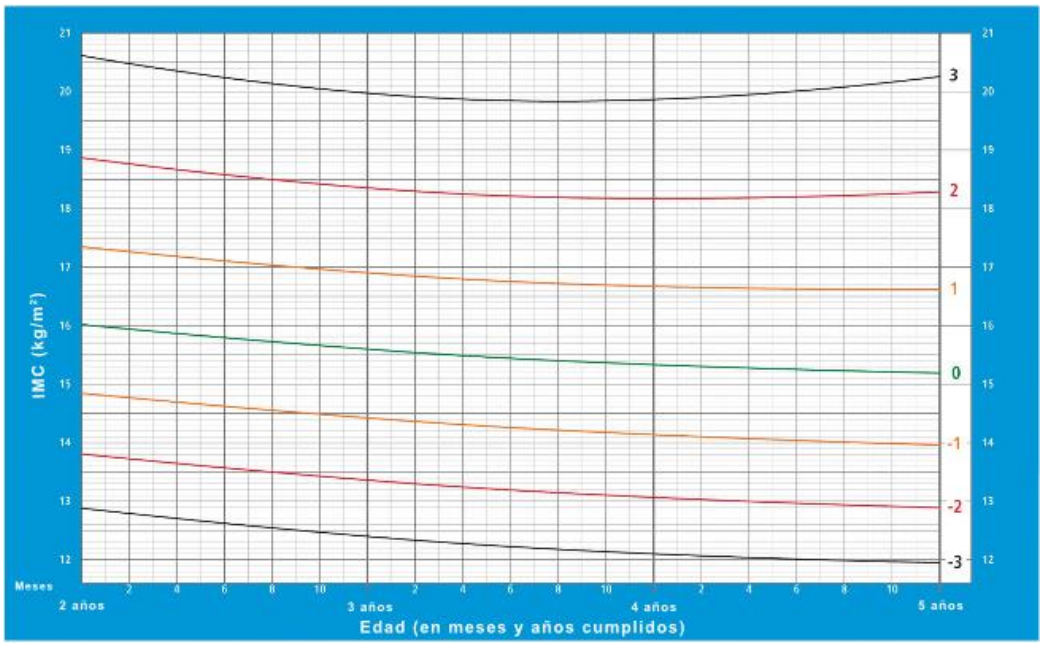


Figura 1*. Patrones del crecimiento infantil en niños*
Fuente: *OMS (2006) recuperado de https://www.who.int/childgrowth/standards/imc_para_edad/es/*

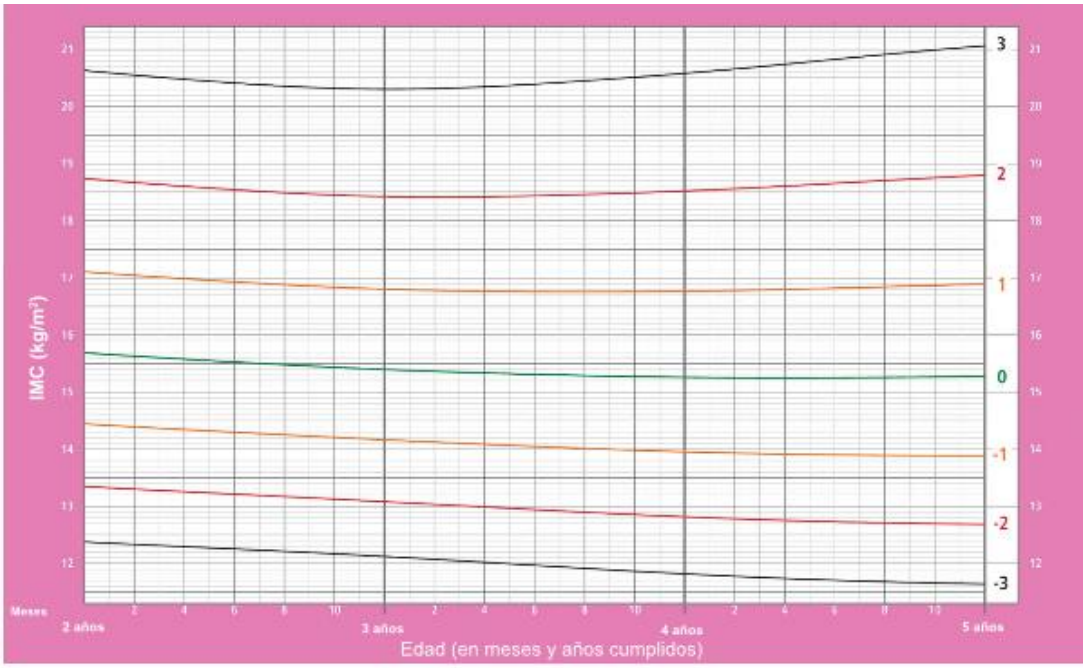


Figura 2. *Patrones del crecimiento infantil en niños*
Fuente: *OMS (2006) recuperado de https://www.who.int/childgrowth/standards/imc_para_edad/es/*

5. MATERIALES Y MÉTODOS

5.1 Tipo de estudio

El presente trabajo de investigación fue desarrollado bajo un enfoque cuantitativo con un diseño no experimental, el alcance es descriptivo y correlacional de corte transversal.

5.2 Área de estudio

La presente investigación se realizó en niños que se encuentra actualmente en la Escuela Fiscal Mixta Dra. Graciela Atarihuana la cual es una institución de Educación Regular ubicada en el sector Época, perteneciente a la ciudad de Loja.

El nivel educativo que ofrece: Inicial, Educación General Básica y Media, tipo fiscal, Modalidad: Presencial de jornada Matutina.

5.3 Población y universo

La población perteneciente a este estudio estuvo conformada por niños y niñas de Inicial a Séptimo año de educación básica que asisten y están matriculados actualmente en la institución en el periodo septiembre 2019- abril 2020.

5.4 Criterios de inclusión

- Fueron considerados a participar en el estudio todos aquellos niños y niñas de 3 a 12 años de edad.
- Niños que estén legalmente matriculados en Inicial a Séptimo año de Educación Básica.
- Niños cuyos padres o tutores firmaron la autorización aceptando la participación en el estudio.

5.5 Criterios de exclusión

- Niños que no estén legalmente matriculados en Inicial a Séptimo año de Educación Básica
- Niños cuyos padres o tutores no firmaron la autorización por lo tanto no aceptaron participar en el estudio

5.6 Instrumentos para la recolección de datos

Para la recolección de la información se utilizó como técnica la encuesta, la misma que se aplicó de forma autoadministrada a la población de estudio, previo a la misma, se obtuvieron datos generales como identificación, edad, sexo, año de educación básica que cursa el niño/a se obtuvieron en conjunto con la autorización del consentimiento informado.

Los hábitos alimentarios se midieron con el test rápido Krece-Plus **(Anexo III)** validado en el estudio enKid (2003), el cual ha sido aplicado en innumerables trabajos sobre hábitos alimenticios en niños y niñas, el mismo fue modificado para fines de investigación. Este cuestionario estuvo formado por 15 preguntas, a través de una calificación permitió determinar los hábitos alimenticios como buenos, regulares y malos; interpretados en el estudio de la siguiente manera:

Cuadro 2. Interpretación de hábitos alimenticios

CALIFICACIÓN	PUNTAJE
Hábitos alimenticios buenos	9-15
Hábitos alimenticios regulares	6-8
Hábitos alimenticios malos	0-5

Fuente: *EnKid (2003) recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322010000100006*

Para la toma de medida antropométricas se utilizó como técnica normativa, lo estipulado en el protocolo de atención y manual de consejería para el crecimiento del niño y la niña del Ministerio de Salud Pública (2011) **(Anexo 7),** donde se hizo uso de los equipos como la balanza y tallímetro; el peso se tomó con una balanza previamente calibrada y colocada sobre una superficie lisa, el niño/a subió al centro de la balanza descalzo y con ropa ligera, se obtuvo el peso en kilogramos y gramos, los datos fueron anotados en hojas de registro **(Anexo 4)**; para obtener la talla, el instrumento fue el tallímetro colocado contra una superficie dura y lisa, formando un recto con el piso (90), sé solicitó que se retire los zapatos y exceso de ropa u otros objetos en el cuerpo que interfieran con la medición, se indicó que se ubique de espalda al tablero, en posición erguida, con la vista fija al frente en un plano horizontal, asegurando que la parte posterior del cráneo, escapula, glúteos se encuentren en contacto con el tablero del tallímetro, con los brazos a los costados del cuerpo, talones unidos y los pies formando ligeramente una V, se tomó el valor de la medición en metros y se lo anoto en las hojas de registro.

Los registros del IMC se basaron en el instrumento de medidas antropométricas establecidos por la OMS en 2006. **(Anexo 9 y 10).**

5.7 Procedimiento para recolección de datos.

Primero se solicitó el permiso correspondiente a la directora de la institución, explicando el motivo y las actividades que se realizaron en el estudio **(Anexo 5)**, una vez concedida esta autorización, en una reunión de padres y/o tutores de los estudiantes, se procedió a entregar el consentimiento informado a través del cual aceptaron participar del estudio libre y voluntariamente, para finalmente aplicar la encuesta.

5.8 Tabulación, análisis y presentación de datos

Luego de la recolección de datos, estos se ingresaron a los programas SPSS y Excel, ambos fueron utilizados para el análisis estadístico, elaborando tablas estadísticas que muestran los resultados de la investigación con su respectivo análisis.

5.9 Consideraciones éticas

En el momento que se realizó la recolección de datos se respetó todos los principios éticos, a través del consentimiento informado, el cual garantizó la privacidad, anonimato y la veracidad de las repuestas emitidas por el grupo de estudio, por consiguiente la investigación no causó ningún daño a los participantes, pues la información obtenida se utilizó exclusivamente para fines del estudio.

5. RESULTADOS

Tabla 1.

Género de los niños de la Escuela Fiscal Mixta Dra. Graciela Atarihuana.

Género de los niños		
Género	**F**	**%**
Masculino	130	52,2
Femenino	119	47,8
Total	249	100

Fuente: *Encuesta a Padres de familia de los niños de la Escuela Fiscal Mixta Dra. Graciela Atarihuana.*
Elaboración: *Propia.*

En el presente resultado relacionado al género de los estudiantes se determina que predomina en mayor porcentaje el género masculino con el 52,2% y femenino con 47,8%.

Tabla 2.

Hábitos alimenticios en niños y niñas de inicial I a séptimo año de básica.

Hábitos alimenticios			
Calificación	**Masculino**	**Femenino**	**%**
Bueno	96	95	76,7
Regular	31	21	20,9
Malo	2	4	2,4
Total	**129**	**120**	**100**

Fuente: *Encuesta a Padres de familia de los niños de la Escuela Fiscal Mixta Dra. Graciela Atarihuana.*
Elaboración: *Propia.*

Se determinó que 76,7% de los estudiantes tienen hábitos alimenticios buenos, esto se debe a factores relacionados con una alimentación balanceada, hábitos alimenticios regulares se presentó en el 20,3% de la población, lo cual se relaciona con una alimentación alta en azúcares y comida rápida siendo totalmente desbalanceada para esta etapa de crecimiento. Respecto a los casos que presentan hábitos malos el porcentaje es 4,3%, lo cual no es relevante para el número de participantes.

Tabla 3.

Estado nutricional en relación al sexo en los niños de la Escuela Fiscal Mixta Dra. Graciela Atarihuana.

Sexo / Estado Nutricional	Masculino		Femenino		Total	
	f	**%**	**f**	**%**	**f**	**%**
Normal	79	31,7	85	34,1	164	65,9
Bajo peso	0	0	1	0,4	1	0,4
Sobrepeso	24	9,6	26	10,4	50	20,1
Obesidad	27	10,8	7	2,8	34	13,7
Total	**130**	**52,2**	**119**	**47,8**	**249**	**100**

Fuente: *Medidas antropométricas de niños y niñas de la Escuela Fiscal Mixta Dra. Graciela Atarihuana.*
Elaboración: *Propia.*

En la presente tabla se determinó que el 65,9% de la población se encuentran en un estado nutricional normal, donde se muestra que los porcentajes en ambos sexos tienen similitud ya que 31,7% de los niños tienen un estado nutricional normal y las niñas representan el 34,1%; 20,1% del total tienen sobrepeso, de este porcentaje el 9,6% son niños y 10,4% niñas, en cuanto a obesidad el 10,8% del sexo masculino predomina dentro de este estado nutricional, mientras que solo el 2,8% del sexo femenino tienen obesidad, esto posiblemente por una alimentación poco nutritiva de acuerdo a la pirámide nutricional.

Tabla 4.

Estado nutricional en relación a la edad en los niños de la Escuela Fiscal Mixta Dra. Graciela Atarihuana.

Edad / Estado nutricional	3-6 años		6-9 años		9-12 años		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Normal	78	31,4	54	21,7	32	12,9	164	65,9
Bajo peso	1	0,4	0	0	0	0	1	0,4
Sobrepeso	18	7,2	21	8,4	11	4,4	50	20,1
Obesidad	6	2,4	14	5,6	14	5,6	34	13,7
Total	103	41,4	89	35,7	57	22,9	249	100

Fuente: *Medidas antropométricas de niños y niñas de la Escuela Fiscal Mixta Dra. Graciela Atarihuana.*
Elaboración: *Propia.*

Se determinó que en relación a la edad el 31,4% de niños de 3-6 años tienen un estado nutricional normal, lo cual puede deberse a que a esta edad existe un mayor control en la alimentación por parte de los padres, podemos observar que el 8,4% de niños de 6-9 años presentan sobrepeso, en cuanto a obesidad los niños de 6 a 9 años y de 9 a 12 años representan el 5,6% cada uno.

Tabla 5.

Relación entre los Hábitos alimenticios y estado nutricional de los niños y niñas de la Escuela Fiscal Mixta Dra. Graciela Atarihuana.

Estado nutricional / Variables	Normal	Peso bajo	Sobrepeso	Obesidad	Total	χ^2	p
	%	%	%	%	%		
Hábitos alimenticios buenos	77,4	100	70	82,4	76,7		
Hábitos alimenticios regulares	20,7	0	26	14,7	20,9		
Hábitos alimenticios malos	1,8	0	4	2,9	2,4	2,79	0,834
Total	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**		

Fuente: *Base de datos del Programa informático SPSS.*
Elaboración: *Propia.*

Para determinar si existe relación entre los hábitos alimenticios y el estado nutricional, fue necesario calcular el valor de CHI2, determinando un valor de 2,79 el cual es inferior al CHI2 tabular, lo cual determina que no existe relación estadística significativa, así mismo, se identificó el p valor (0,83) el cual es mayor a 0,05 con lo que se confirma la no existencia de relación entre las variables del estudio.

7. DISCUSIÓN

El estado nutricional es la situación de salud que define la nutrición en una persona. Los hábitos alimenticios son manifestaciones adoptadas de prácticas socioculturales y socioeconómicas, haciéndose de manera recurrente.

Respecto a los hábitos alimenticios, el presente estudio, determinó que 76,7% de la población tienen hábitos alimenticios buenos mientras que el 23,3% restante tienen hábitos alimenticios regulares y malos, tales resultados difieren de los obtenidos en una investigación realizada en Cariamanga por (Cumbicus, 2016) donde muestra que escolares tienen hábitos alimenticios regulares y malos en un 89,5% de la población de estudio y el otro 10,5% tienen hábitos alimenticios buenos.

Referente al estado nutricional los datos obtenidos en el presente estudio el 65,9% están en un estado nutricional normal, de este porcentaje el sexo masculino representa el 31,7% y el femenino 34,1%, resultados semejantes se dan en una investigación efectuada en Perú por (Pajuelo, Sánchez, Álvarez, Tarqui, & Rosa Agüero, 2013) con niños de Educación básica donde del total de la población, 69,5% presentaron un estado nutricional normal, de este porcentaje 33,3% son niños y 36,2% niñas, en la presente investigación el 20,1% tienen sobrepeso, dato que discrepa de la investigación realizada en Perú donde el 10,2% presentaron sobrepeso; en el presente trabajo se evidencia que el 13,7% tienen obesidad donde el 10,8% representa al sexo masculino, este resultado muestra similitud en la investigación realizada en el 2013 donde el 11,3% de la población tenían obesidad, de este porcentaje el 10,2% son del sexo masculino.

En cuanto a la relación entre hábitos alimenticios y el estado nutricional, a través del cálculo de Chi2 se determina que no hay una relación significativa, resultado semejante al estudio realizado en la ciudad de Loja por (Soto, 2019), en niños de 8 a 12 años de la

Unidad Educativa Calasanz donde se obtuvo mediante el mismo cálculo que no hay una relación estadística entre estas dos variables.

8. CONCLUSIONES

- En relación a los hábitos alimenticios que mantienen los niños y niñas a través de la aplicación del test rápido de Krece Plus se evidencia que el 76,7% tienen buenos hábitos alimenticios.
- El estado nutricional evaluado a través del cálculo de IMC, 65,9% tienen un estado nutricional normal; en relación al sexo, se permitió visualizar que las niñas con peso normal representan un 34,1% de la población, resultado similar en niños con 31,7%, además es importante definir que alrededor del 10,4% y 9,6% de niñas y niños respectivamente presentan un estado nutricional con sobrepeso; el 10,8% de niños tienen obesidad, en relación a la edad el 31,4% de niños de 3 a 6 años tienen un estado nutricional normal.
- En cuanto a la relación entre los hábitos alimenticios y el estado nutricional se determinó mediante el cálculo estadístico de CHI2, que no existe una relación significativa entre los hábitos alimenticios y el estado nutricional en los niños/as de la Escuela Fiscal Mixta Dra. Graciela Atarihuana.

9. RECOMENDACIONES

- A la carrera de Enfermería continuar con temas de investigación relacionados a los hábitos alimenticios y estado nutricional; por la importancia que este tiene en la comunidad, en especial en el bienestar nutricional de los niños; a través de la elaboración de planes de intervención dirigidos a distintas instituciones educativas con el fin de promover hábitos alimenticios saludables disminuyendo el riesgo de sobrepeso y obesidad.
- A la Escuela Fiscal Mixta Dra. Graciela Atarihuana se recomienda realizar una evaluación periódica del estado nutricional de niños/as, además de charlas dirigidas a padres de familia y docentes sobre hábitos alimenticios saludables, con la finalidad de fomentar el bienestar físico y mental, lo que respalda un correcto desenvolvimiento académico y evita que se presenten problemas de salud en los estudiantes.

10. BIBLIOGRAFÍA

Álvarez, R., Cordero, G., Vásquez, M., Altamirano, L., & Gualpa, M. (2017). Hábitos alimentarios, su relación con el estado nutricional en escolares de la ciudad de Azogues. *Revista de ciencias médicas de Pinar del Río*,4(2), 852-859.

Angulo, N., Szarvas, S., Guevara, H., Mathison, Y., & González, D. (2014). Estilo de vida de un grupo de escolares obesos de Valencia. *Revista facultad ciencias de la salud*, 4(32), 25-31.

Aranceta, J., Pérez, R., & Majem, S. (2006). Nutrición comunitaria. *Revista Médica Universitaria de Navarra*, 12(2), 39-45.

Ávila, H., Gutiérrez, G., Martínez, M., Ruíz, J., & Guerra, J. (2018). Conducta y hábitos alimentarios en estudiantes escolares. *Horizonte Sanitario*, 7(3), 217-225.

Bastidas, A. (2018). Bebes y Más. Obtenido [el 20 de junio del 2019]: https://www.bebesymas.com/salud-infantil/obesidad-infantil-como-calcular-el-imc-de-los-ninos-y-valorarlo-en-las-tablas

Barrios, E., García, M., Murray, M., Ruiz, M., Santana, C., & Suárez, M. (2012). *Guía pediátrica de la alimentación; pautas de alimentación y actividad física de 0 a 18 años*. Gran Canarias: Sociedades Canarias de Pediatría.

Campo, T. L., Herazo, B. Y., García, P. F., Suarez, V. M., Méndez, O., & Vásquez, D. l. (2017). Estilos de vida saludables de niños, niñas y adolescentes. *Salud Uninorte Barranquila*, 3(1), 419-428.

Castaño, R. A. (2011). Introducción al concepto de hábito de Charles Peirce para el comportamiento del consumidor. *Revista punto de vista*, 2(3) 9-14.

CEAPA. (2012). *Guía para la promoción de hábitos saludables y prevención de la obesidad infantil dirigida a las familias*. Madrid: Puerta del sol.

Cumbicus, A. (2016). *Correspondencia entre valoración nutricional mediante antropometría y test Krece Plus en niños de 9-11 años de la Unidad Educativa María Auxiliadora de Cariamanga* (Tesis inédita de pregrado). Universidad Nacional de Loja, Ecuador.

De Vincezi, A., & Tudesco, F. (2007). La educación como proceso de mejoramiento de la calidad de vida de los individuos y de la comunidad. *Revista Iberoamericana Educación*, 49(7), 1-12.

El médico interactivo. (14 de Diciembre de 2016). *Los hábitos de vida saludable contrarrestan factores de riesgo de ECV*. Obtenido [el 20 de junio del 2019] de: http://elmedicointeractivo.com/habitos-vida-saludable-contrarrestan-factores-riesgo-ecv-20161214161031107748/

FAO, OPS, WFP y UNICEF. (2018). *Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe 2018*. Recuperado [el 20 de junio del 2019] de http://www.fao.org/3/CA2127ES/CA2127ES.pdf

Flores, C., González, E., Schmidt, J., Meneses, J., Correa, J., Correa, M., & Ramírez. (2016). Nivel y estado nutricional en niños y adolescentes de Bogotá, Colombia. *Nutrición Hospitalaria*, 33(4), 915-922. doi: http://dx.doi.org/10.20960/nh.392

Fundación Española de la Nutrición (FEN). (1 de Octubre de 2014). *Hábitos alimentarios.* Recuperado [el 20 de junio del 2019] de: http://www.fen.org.es/blog/habitos-alimentarios/

Galarza, V. (2014). *Hábitos alimentarios*. Obtenido [el 20 de junio del 2019] de: http://cecu.es/publicaciones/habitos_alimentarios.pdf

Gallegos, J. (2018). *Hábitos alimentarios, nivel socioeconómico y su relación con el estado nutricional en la población adulta, hombres y mujeres de la Provincia de Loja, Cantón Gonzanamá, Parroquia Nambacola, durante el periodo Agosto 2017.* Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

INEC. (2014). *Encuesta de estratificación del nivel socioeconómico*. Obtenido [el 20 de junio del 2019] de: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/ECV/ECV_2015/documentos/Infografia_ECV.pdf

Lafuente, Y., S. Rodríguez, V., Fontaine, R., Yañez, V. (2016). Prevalencia de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Tacopaya, primer semestre gestión 2014. Gaceta médica boliviana, 39 (1). Recuperado de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662016000100006

Macías, A., Gordillo, L., & Camacho, E. (2012). Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. *Revista chilena de nutrición,* 39 (3), 40-43. https://doi.org/10.4067/S0717-75182012000300006

MIES. (2013). *Desarrollo infantil integral.* Ministerio de Inclusión Económica y Social 2013. Recuperado a partir de https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/11/Libro-de-Pol%C3%ADticas-P%C3%BAblicas.pdf

Ministerio de Salud Pública e Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2013). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición: ENSANUT 2011-2013*. Recuperado [el 20 de junio del 2019] de:https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web/inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf

Ministerio de Salud Pública. (2018). *Seguimiento nominal: Monitoreo y seguimiento al estado nutricional durante los 1000 días de vida*. Obtenido [el 20 de junio del 2019] de: https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/2018/07/TALLER-INDUCCI%C3%93N-MONIT-ESTADO-NUTR.pdf

Morales, L. (2017). *Evaluación del estado nutricional de los niños y adolescentes de primer año de educación básica a primer año de bachillerato que asisten a la Unidad Educativa Bilingüe Génesis, Ambato en el periodo de enero-abril de 2010*. Obtenido [el 20 de junio del 2019] de:

http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/3980/T-PUCE-3239.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Navarrete, P., Velasco, J., Loayza, M., y Huatuco, Z. (2016). Situación nutricional de niños de tres a cinco años de edad en tres distritos de Lima Metropolitana. *Horizonte Médico*, 16, (4), 55-59.

OPS. (2016). *Guía de entornos y estilos de vida saludables en comunidades indígenas Lencas*. Honduras: OPS.

Organización Mundial de la Salud. (2018). *El hambre en el mundo sigue aumentando, advierte un nuevo informe de la ONU*. Recuperado [el 20 de junio del 2019] de https://www.who.int/es/news-room/detail/11-09-2018-global-hunger-continues-to-rise---new-un-report-says

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Obesidad y sobrepeso*. Recuperado [el 20 de junio del 2019] de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight

Pajuelo, J., Sanchez, J., Alvarez, D., Tarqui, C., & Rosa Agüero. (2013). *Sobrepeso, obesidad y desnutrición crónica en niños de 6 a 9 años en Perú, 2009,2010, p. 7*. Recuperado [el 20 de abril del 2020] de https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path =/media/assets/rpmesp/v30n4/a07v30n4.pdf

Romero, V. E., Campollo, R. O., Castro, H. J., Cruz, O. R., & Vásquez, G. E. (2006). Hábitos de alimentación e ingestión de calorías en un grupo de niños y adolescentes obesos. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 5(9), 187-195.

Serra, L., Aranceta, J., Ribas L., Sangil, M., Pérez, C. (2003). *El cribado del riesgo nutricional en pediatría. Validación del test rápido Krece Plus y resultados en la población española. En: Estudio enKid. Crecimiento y desarrollo*. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322010000100006

Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. (SEGHNP). (2010). *Protocolos diagnóstico terapéuticos de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica.* España: Ergón S.A.

Soto, A. (2019). *Hábitos alimentarios y su influencia en el estado nutricional en los niños de la Unidad Educativa Calasanz de Loja, 2018 – 2019* (Tesis inédita de pregrado). Universidad Nacional de Loja, Ecuador.

Velasco, E. (2018). *Los niños de España, entre los más obesos de Europa*. Recuperado [el 20 de junio del 2019] de https://www.lavanguardia.com/ciencia/cuerpo-humano/20180524/443804037514/obesidad-infantil-espana-europa-paises-mediterraneos.html

11. ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia

Tema	Objetivos general y específicos	Pregunta de investigación	Hipótesis	Índice del marco teórico
"Hábitos alimenticios y su relación con el estado nutricional de niños/as de la Escuela Fiscal mixta Dra. Graciela Atarihuana, de la Ciudad de Loja"	**Objetivo General** Determinar los hábitos alimenticios y su relación con el estado nutricional en niños y niñas de la Escuela Fiscal mixta Dra. Graciela Atarihuana, de la ciudad de Loja. **Objetivos Específicos** • Identificar los hábitos alimenticios que mantienen los niños y niñas de la Escuela Fiscal Mixta Dra. Graciela Atarihuana, de la ciudad de Loja. • Evaluar el estado nutricional de los escolares mediante indicadores antropométricos.	¿Están relacionados los Hábitos Alimentarios con el estado nutricional de los niños/as de la Escuela fiscal mixta Dra. Graciela Atarihuana?.	Si hay relación entre los hábitos alimenticios con el estado nutricional de los niños/as de la Escuela Fiscal mixta Dra. Graciela Atarihuana.	6.4 Hábitos 6.5 Hábitos alimenticios 1. Hábitos saludables 2. *Factores que influyen en el desarrollo de hábitos alimenticios* 6.5.1 Hábitos no saludables b. Alimentos saludables i. Alimentos en los primeros años de vida c. Estado nutricional i. Estado nutricional en niños/as ii. Índice de masa corporal *1. Ventajas* *2. Desventajas* *3. ¿Por qué se utiliza el IMC?* *a. Desnutrición global* *5.4.2.4 Herramientas de medición*

	• Establecer la relación entre los hábitos alimenticios y el estado nutricional de los niños y niñas de la Escuela Fiscal Mixta Dra. Graciela Atarihuana de la ciudad de Loja.			

Anexo 2. Consentimiento informado

Universidad Nacional de Loja

Facultad de la salud humana

Carrera de Enfermería

Documento de Consentimiento Informado

Este formulario de Consentimiento Informado está dirigido a los padres de familia de Escuela Fiscal Mixta Dra., Graciela Atarihuana y que se les invita a participar en la investigación "Hábitos alimenticios y su relación con el estado nutricional de niños/as de la Escuela Fiscal Mixta Dra., Graciela Atarihuana, de la ciudad de Loja".

Información

Mi nombre es Fátima Ortiz, estudiante de la carrera de enfermería de la Universidad Nacional de Loja y me encuentro investigando sobre el "Hábitos alimenticios y su relación con el estado nutricional de niños/as de la Escuela Fiscal Mixta Dra., Graciela Atarihuana, de la ciudad de Loja", esto como parte del proceso para obtener el título de licenciada en Enfermería.

Es importante que usted conozca que el propósito de este proyecto es conocer si hay relación entre los hábitos alimenticios con el estado nutricional de los niños y niñas pertenecientes a esta institución.

La presente investigación incluye únicamente la aplicación de un test y se lo realizara en una sola visita. La selección de los participantes se lo ha hecho en base a las características que deben cumplir para formar parte del estudio, es decir niños de la Escuela Fiscal Mixta Dra., Graciela Atarihuana, 3 a 12 años en el presente periodo lectivo. Su participación es totalmente voluntaria, duración de su participación será de 15 minutos.

Formulario de Consentimiento

He sido invitado a participar en la investigación que pretende conocer los hábitos alimenticios y su relación con el estado nutricional de niños/as de la Escuela Fiscal Mixta Dra., Graciela Atarihuana. He sido informado del procedimiento a aplicarse, que no habrá riesgos ni efectos adverso, además de los beneficios de mi participación. He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento sin que esto me afecte de ninguna manera.

Nombre del Estudiante_____

Nombre del Participante_____

Firma del Participante _____

Fecha _____

Anexo 3: Instrumento de evaluación

Universidad Nacional de Loja
Facultad de la Salud Humana
Carrera de Enfermería

La presente encuesta tiene como finalidad recolectar datos para llevar a cabo la investigación titulada "Hábitos alimenticios y su relación con el estado nutricional de niños/as de la Escuela Fiscal mixta Dra. Graciela Atarihuana, de la Ciudad de Loja", la información obtenida es confidencial y será utilizada únicamente para fines educativos.

TEST RAPIDO DE KRECE-PLUS PARA HABITOS ALIMENTARIOS.

Encierre la opción que corresponda	puntuación	
1. ¿Su niño desayuna todos los días?	Si = 0	No = -1
2. Su niño desayuna un lácteo (leche, yogurt) todos los días	Si = 1	No = 0
3. Su niño desayuna un cereal o un derivado al día (Pan)	Si = 1	No = 0
4. Su niño desayuna biscochos, pasteles o tortas.	Si = -1	No = 0
5. Su niño come una fruta o zumo de fruta todos los días	Si = 1	No = 0
6. Su niño come una segunda fruta todos los días.	Si = 1	No = 0
7. Su niño bebe un segundo lácteo al día	Si = 1	No = 0
8. Su niño come verduras una vez al día	Si = 1	No = 0
9. Su niño come verduras más de una vez al día	Si = 1	No = 0
10. Toma pescado con regularidad (2-3 veces por semana)	Si = 1	No = 0
11. Su niño come más de una vez por semana comida rápida (hamburguesa, hot-dogs, papas fritas)	Si = -1	No = 0
12. Su come legumbres (2 o más veces por semana)	Si = 1	No = 0
13. Su niño come varias veces al día dulces	Si = -1	No = 0
14. Su niño come fideos y arroz casi todos los días (5 días/semana).	Si = 1	No = 0
15. En su casa utilizan aceite de semillas de girasol	Si = 1	No = 0

Valoración	
0-5	Malos
6-8	Regulares
>9	buenos

Anexo 4. Registro de estudiantes de peso, talla e IMC

HOJA DE REGISTRO PARA LA VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL

UNIVERSIDAD DE LOJA

CARRERA DE ENFERMERÍA

Número	Sexo	Edad	Grado	Peso	Talla	IMC	Estado nutricional
1	Masculino	3	Inicial I	18,4	1,05	16,69	Normal
2	Femenino	3	Inicial I	15,5	0,99	15,81	Normal
3	Femenino	3	Inicial I	15,1	0,97	16,05	Normal
4	Femenino	3	Inicial I	16,6	0,97	17,64	Sobrepeso
5	Femenino	3	Inicial I	14,6	0,95	16,18	Normal
6	Masculino	4	Inicial I	18	1,07	15,72	Normal
7	Masculino	4	Inicial I	17	1,02	16,34	Normal
8	Masculino	3	Inicial I	15,3	0,97	16,26	Normal
9	Masculino	4	Inicial II	19,7	1,05	17,87	Sobrepeso
10	Femenino	4	Inicial II	18,5	1,05	16,78	Normal
11	Femenino	4	Inicial II	16,5	1,02	15,86	Normal
12	Masculino	4	Inicial II	14,5	0,98	15,1	Normal
13	Femenino	4	Inicial II	17,4	1,05	15,78	Normal
14	Masculino	4	Inicial II	15,3	0,98	15,93	Normal
15	Femenino	4	Inicial II	14,4	0,97	15,3	Normal
16	Femenino	4	Inicial II	17,6	1,07	15,37	Normal
17	Femenino	4	Inicial II	16,8	1,02	16,15	Normal

18	Femenino	4	Inicial II	16,8	1,03	15,84	Normal
19	Femenino	5	Inicial II	18	1,07	15,72	Normal
20	Masculino	4	Inicial II	16,5	1,04	15,26	Normal
21	Masculino	4	Inicial II	17	1,04	15,72	Normal
22	Femenino	4	Inicial II	15	1,04	13,87	Normal
23	Femenino	4	Inicial II	15,5	0,93	17,92	Sobrepeso
24	Masculino	5	Inicial II	17,5	1,06	15,57	Normal
25	Femenino	4	Inicial II	15	1,02	14,42	Normal
26	Masculino	5	Inicial II	17,5	1,08	15	Normal
27	Masculino	4	Inicial II	19	0,99	19,39	Obesidad
28	Femenino	4	Inicial II	14	0,98	14,58	Normal
29	Femenino	4	Inicial II	14	0,98	14,58	Normal
30	Masculino	4	Inicial II	15,5	1,02	14,9	Normal
31	Femenino	5	Inicial II	15	1,03	14,14	Normal
32	Femenino	4	Inicial II	15,5	1	15,5	Normal
33	Femenino	4	Inicial II	16,5	1	16,5	Normal
34	Femenino	5	Inicial II	19	1,03	17,91	Sobrepeso
35	Femenino	5	Primero	21,1	1,13	16,52	Normal
36	Masculino	5	Primero	18,5	1,11	15,02	Normal
37	Femenino	6	Primero	24,7	1,17	18,04	Sobrepeso
38	Femenino	5	Primero	14,7	1,03	13,86	Normal
39	Femenino	5	Primero	21	1,11	17,04	Normal
40	Masculino	5	Primero	22	1,1	18,18	Sobrepeso
41	Masculino	5	Primero	17,8	1,14	13,7	Normal
42	Femenino	5	Primero	16,9	1,03	15,93	Normal
43	Femenino	5	Primero	17,2	1,06	15,31	Normal

44	Femenino	5	Primero	15,9	1,04	14,7	Normal
45	Femenino	5	Primero	20	1,08	17,15	Sobrepeso
46	Femenino	5	Primero	19,5	1,06	17,35	Sobrepeso
47	Masculino	5	Primero	17,3	1,07	15,11	Normal
48	Masculino	5	Primero	19	1,05	17,23	Sobrepeso
49	Masculino	5	Primero	20,6	1,15	15,58	Normal
50	Femenino	5	Primero	19,4	1,08	16,63	Normal
51	Femenino	5	Primero	16,5	1,05	14,97	Normal
52	Masculino	5	Primero	18,1	1,07	15,81	Normal
53	Femenino	5	Primero	16,3	1,07	14,24	Normal
54	Femenino	5	Primero	15	1,04	13,87	Normal
55	Femenino	5	Primero	20,4	1,06	18,16	Sobrepeso
56	Femenino	5	Primero	21,4	1,13	16,76	Normal
57	Femenino	5	Primero	19,2	1,05	17,41	Sobrepeso
58	Masculino	5	Primero	21,3	1,12	16,98	Sobrepeso
59	Femenino	5	Primero	15,2	1,03	14,33	Normal
60	Masculino	5	Primero	21,5	1,08	18,43	Obesidad
61	Femenino	5	Primero	19,2	1,12	15,31	Normal
62	Femenino	5	Primero	17,7	1,05	16,05	Normal
63	Masculino	5	Primero	19,5	1,09	16,41	Normal
64	Masculino	6	Primero	23,9	1,25	15,3	Normal
65	Masculino	5	Primero	20,9	1,15	15,8	Normal
66	Masculino	5	Primero	19,8	1,11	16,07	Normal
67	Masculino	5	Primero	19,5	1,09	16,41	Normal
68	Masculino	5	Primero	16,5	1,1	13,64	Normal
69	Masculino	5	Primero	17,9	1,06	15,93	Normal

70	Femenino	7	Segundo	21,7	1,15	16,41	Normal
71	Femenino	6	Segundo	17,4	1,12	13,87	Normal
72	Femenino	6	Segundo	21,1	1,12	16,82	Normal
73	Femenino	6	Segundo	19,8	1,12	15,78	Normal
74	Femenino	6	Segundo	16,8	1,18	12,07	Bajo peso
75	Masculino	6	Segundo	22,1	1,19	15,61	Normal
76	Femenino	6	Segundo	28,5	1,18	20,47	Obesidad
77	Femenino	6	Segundo	17,9	1,1	14,79	Normal
78	Femenino	6	Segundo	20,3	1,18	14,58	Normal
79	Femenino	6	Segundo	22,3	1,15	16,86	Normal
80	Femenino	6	Segundo	22,3	1,1	18,43	Sobrepeso
81	Masculino	6	Segundo	24	1,14	18,47	Sobrepeso
82	Masculino	6	Segundo	16,8	1,1	13,88	Normal
83	Masculino	6	Segundo	19,8	1,15	14,97	Normal
84	Masculino	6	Segundo	19,8	1,12	15,78	Normal
85	Masculino	6	Segundo	18,3	1,13	14,33	Normal
86	Masculino	6	Segundo	25,4	1,13	19,89	Obesidad
87	Masculino	6	Segundo	22,5	1,14	17,31	Sobrepeso
88	Masculino	6	Segundo	21	1,13	16,45	Normal
89	Masculino	7	Segundo	22	1,13	17,23	Sobrepeso
90	Masculino	6	Segundo	18,5	1,14	14,24	Normal
91	Masculino	6	Segundo	23	1,15	17,39	Sobrepeso
92	Masculino	6	Segundo	22	1,19	15,54	Normal
93	Femenino	6	Segundo	20	1,1	16,53	Normal
94	Masculino	6	Segundo	21,5	1,16	15,98	Normal
95	Femenino	6	Segundo	21	1,15	15,88	Normal

96	Masculino	7	Segundo	23	1,21	15,71	Normal
97	Masculino	6	Segundo	20,3	1,14	15,62	Normal
98	Masculino	6	Segundo	21	1,03	19,79	Obesidad
99	Masculino	6	Segundo	19,7	1,16	14,64	Normal
100	Masculino	6	Segundo	26	1,15	19,66	Obesidad
101	Femenino	6	Segundo	29,5	1,24	19,19	Sobrepeso
102	Masculino	6	Segundo	18	1,14	13,85	Normal
103	Femenino	6	Segundo	18	1,14	13,85	Normal
104	Femenino	6	Segundo	20	1,18	14,36	Normal
105	Femenino	7	Tercero	21,5	1,13	16,84	Normal
106	Femenino	7	Tercero	23,9	1,14	18,39	Sobrepeso
107	Masculino	7	Tercero	23,6	1,23	15,6	Normal
108	Femenino	7	Tercero	18,7	1,15	14,14	Normal
109	Femenino	7	Tercero	19,3	1,14	14,85	Normal
110	Masculino	7	Tercero	26,9	1,25	17,22	Sobrepeso
111	Femenino	7	Tercero	19	1,15	14,37	Normal
112	Femenino	7	Tercero	22,8	1,26	14,36	Normal
113	Masculino	7	Tercero	21,2	1,16	15,76	Normal
114	Femenino	7	Tercero	24	1,2	16,67	Normal
115	Femenino	7	Tercero	22,4	1,16	16,65	Normal
116	Masculino	7	Tercero	20	1,16	14,86	Normal
117	Masculino	7	Tercero	21	1,18	15,08	Normal
118	Masculino	7	Tercero	20,3	1,19	14,34	Normal
119	Femenino	7	Tercero	24,4	1,17	17,82	Sobrepeso
120	Masculino	7	Tercero	31	1,24	20,16	Obesidad
121	Masculino	7	Tercero	23,6	1,2	16,39	Normal

122	Masculino	7	Tercero	20,6	1,09	17,34	Sobrepeso
123	Femenino	6	Tercero	20,6	1,12	16,42	Normal
124	Femenino	7	Tercero	26,2	1,22	17,6	Sobrepeso
125	Femenino	7	Tercero	21,8	1,17	15,93	Normal
126	Femenino	7	Tercero	23,8	1,27	14,76	Normal
127	Femenino	7	Tercero	21,3	1,13	16,68	Normal
128	Femenino	7	Tercero	23,9	1,19	16,88	Normal
129	Femenino	7	Tercero	23,9	1,22	16,06	Normal
130	Femenino	8	Tercero	28,8	1,27	17,86	Sobrepeso
131	Femenino	7	Tercero	18,9	1,14	14,54	Normal
132	Femenino	7	Tercero	22,5	1,22	15,12	Normal
133	Masculino	7	Tercero	30,5	1,24	19,84	Obesidad
134	Masculino	7	Tercero	23,8	1,22	15,99	Normal
135	Masculino	7	Tercero	23,2	1,15	17,54	Sobrepeso
136	Masculino	7	Tercero	20,1	1,18	14,44	Normal
137	Masculino	7	Tercero	37	1,26	23,31	Obesidad
138	Masculino	7	Tercero	32,2	1,27	19,96	Obesidad
139	Masculino	7	Tercero	18,5	1,19	13,06	Normal
140	Masculino	7	Tercero	24,7	1,17	18,04	Sobrepeso
141	Masculino	7	Tercero	25,9	1,21	17,69	Sobrepeso
142	Masculino	7	Tercero	27,8	1,26	17,51	Sobrepeso
143	Masculino	7	Tercero	24,7	1,23	16,33	Normal
144	Masculino	7	Tercero	23,8	1,28	14,53	Normal
145	Masculino	8	Cuarto	21	1,22	14,11	Normal
146	Masculino	8	Cuarto	34,8	1,3	20,59	Obesidad
147	Femenino	8	Cuarto	21,1	1,24	13,72	Normal

148	Femenino	8	Cuarto	30,8	1,34	17,15	Normal
149	Masculino	8	Cuarto	27,6	1,35	15,14	Normal
150	Femenino	8	Cuarto	25,3	1,18	18,17	Sobrepeso
151	Femenino	8	Cuarto	21,9	1,13	17,15	Normal
152	Masculino	9	Cuarto	33,8	1,27	20,96	Obesidad
153	Masculino	8	Cuarto	28,9	1,24	18,8	Sobrepeso
154	Masculino	8	Cuarto	32	1,24	20,81	Obesidad
155	Masculino	8	Cuarto	25,7	1,25	16,45	Normal
156	Masculino	8	Cuarto	24,2	1,25	15,49	Normal
157	Femenino	8	Cuarto	24,2	1,23	16	Normal
158	Masculino	8	Cuarto	27,7	1,34	15,43	Normal
159	Masculino	8	Cuarto	23,3	1,23	15,4	Normal
160	Masculino	8	Cuarto	24,5	1,25	15,68	Normal
161	Femenino	8	Cuarto	27,1	1,3	16,04	Normal
162	Masculino	8	Cuarto	26	1,3	15,38	Normal
163	Masculino	8	Cuarto	34,8	1,27	21,58	Obesidad
164	Femenino	8	Cuarto	22	1,21	15,03	Normal
165	Femenino	8	Cuarto	22	1,22	14,78	Normal
166	Femenino	8	Cuarto	34,7	1,31	20,22	Obesidad
167	Femenino	8	Cuarto	30,7	1,26	19,34	Sobrepeso
168	Masculino	9	Cuarto	32	1,34	17,82	Sobrepeso
169	Masculino	8	Cuarto	22,6	1,19	15,96	Normal
170	Masculino	8	Cuarto	31,5	1,26	19,84	Obesidad
171	Femenino	8	Cuarto	26,5	1,27	16,43	Normal
172	Masculino	8	Cuarto	25,2	1,24	16,39	Normal
173	Masculino	9	Quinto	37,8	1,45	17,98	Normal

174	Femenino	9	Quinto	36,8	1,38	19,32	Sobrepeso
175	Masculino	9	Quinto	30,8	1,25	19,71	Sobrepeso
176	Masculino	9	Quinto	32,4	1,26	20,41	Obesidad
177	Masculino	9	Quinto	29,9	1,26	18,83	Sobrepeso
178	Masculino	10	Quinto	36,3	1,44	17,51	Normal
179	Masculino	9	Quinto	27,6	1,26	17,38	Normal
180	Masculino	9	Quinto	29,6	1,29	17,79	Normal
181	Masculino	10	Quinto	36,4	1,43	17,8	Normal
182	Masculino	9	Quinto	32,7	1,16	24,3	Obesidad
183	Femenino	9	Quinto	34,3	1,32	19,69	Sobrepeso
184	Femenino	9	Quinto	29,6	1,28	18,07	Normal
185	Femenino	9	Quinto	36,1	1,38	18,96	Sobrepeso
186	Femenino	10	Quinto	36,7	1,39	18,99	Sobrepeso
187	Masculino	9	Quinto	30,4	1,29	18,27	Sobrepeso
188	Femenino	9	Quinto	26	1,31	15,15	Normal
189	Masculino	10	Quinto	28,2	1,28	17,21	Normal
190	Masculino	9	Quinto	26	1,25	16,64	Normal
191	Femenino	9	Quinto	32,5	1,24	21,14	Obesidad
192	Femenino	10	Quinto	29,2	1,34	16,26	Normal
193	Masculino	9	Quinto	64,7	1,42	32,09	Obesidad
194	Femenino	9	Quinto	28,5	1,29	17,13	Normal
195	Femenino	9	Quinto	25	1,24	16,26	Normal
196	Masculino	9	Quinto	32,7	1,28	19,96	Sobrepeso
197	Masculino	10	Quinto	48,6	1,45	23,12	Obesidad
198	Masculino	9	Quinto	28,5	1,3	16,86	Normal
199	Masculino	10	Sexto	27,5	1,26	17,32	Normal

200	Masculino	10	Sexto	45,3	1,34	25,23	Obesidad
201	Femenino	10	Sexto	44,5	1,45	21,17	Sobrepeso
202	Masculino	10	Sexto	27,7	1,3	16,39	Normal
203	Femenino	10	Sexto	23	1,28	14,04	Normal
204	Masculino	12	Sexto	33,5	1,43	16,38	Normal
205	Masculino	10	Sexto	40,7	1,37	21,68	Obesidad
206	Masculino	12	Sexto	61,1	1,54	25,76	Obesidad
207	Femenino	10	Sexto	34,9	1,36	18,87	Normal
208	Femenino	10	Sexto	39	1,32	22,38	Obesidad
209	Masculino	10	Sexto	36,5	1,41	18,36	Normal
210	Masculino	10	Sexto	25,7	1,34	14,31	Normal
211	Femenino	10	Sexto	56,1	1,44	27,05	Obesidad
212	Masculino	10	Sexto	46,3	1,43	22,64	Obesidad
213	Femenino	10	Sexto	31,3	1,34	17,43	Normal
214	Masculino	10	Sexto	38,1	1,4	19,44	Sobrepeso
215	Masculino	10	Sexto	53,7	1,45	25,54	Obesidad
216	Masculino	10	Sexto	35,5	1,37	18,91	Sobrepeso
217	Femenino	10	Sexto	39,2	1,4	20	Sobrepeso
218	Masculino	10	Sexto	28,5	1,25	18,24	Normal
219	Femenino	12	Sexto	40	1,44	19,29	Normal
220	Femenino	10	Sexto	30,6	1,27	18,97	Normal
221	Masculino	10	Sexto	38,5	1,39	19,93	Sobrepeso
222	Femenino	10	Sexto	32,5	1,36	17,57	Normal
223	Femenino	10	Sexto	25,5	1,27	15,81	Normal
224	Femenino	10	Sexto	49	1,41	24,65	Obesidad
225	Femenino	11	Sexto	30,3	1,32	17,39	Normal

226	Femenino	11	Séptimo	43,7	1,46	20,5	Sobrepeso
227	Masculino	11	Séptimo	34,5	1,34	19,21	Normal
228	Femenino	11	Séptimo	34,5	1,4	17,6	Normal
229	Masculino	11	Séptimo	37,4	1,42	18,55	Normal
230	Masculino	11	Séptimo	40,5	1,47	18,74	Normal
231	Femenino	11	Séptimo	39,6	1,37	21,1	Sobrepeso
232	Masculino	11	Séptimo	47	1,5	20,89	Sobrepeso
233	Femenino	11	Séptimo	35,6	1,34	19,83	Normal
234	Masculino	11	Séptimo	59,7	1,51	26,18	Obesidad
235	Masculino	12	Séptimo	55,9	1,5	24,84	Obesidad
236	Femenino	11	Séptimo	26,7	1,33	15,09	Normal
237	Femenino	12	Séptimo	44	1,48	20,09	Normal
238	Femenino	11	Séptimo	41,8	1,43	20,44	Sobrepeso
239	Masculino	12	Séptimo	35,3	1,38	18,54	Normal
240	Femenino	11	Séptimo	47	1,4	23,98	Obesidad
241	Femenino	11	Séptimo	29,3	1,35	16,08	Normal
242	Femenino	11	Séptimo	45,9	1,53	19,61	Normal
243	Femenino	11	Séptimo	45,9	1,45	21,83	Sobrepeso
244	Masculino	11	Séptimo	50,3	1,35	27,6	Obesidad
245	Masculino	11	Séptimo	36	1,37	19,18	Normal
246	Masculino	11	Séptimo	30,8	1,4	15,71	Normal
247	Masculino	11	Séptimo	36	1,47	16,66	Normal
248	Masculino	11	Séptimo	50,4	1,48	23,01	Obesidad
249	Masculino	11	Séptimo	31,5	1,38	16,54	Normal

Anexo 5. Autorización para aplicar el instrumento de investigación.

Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Salud Humana

Of. N° 012 DCE-FSH-UNL.
Loja, 07 enero de 2020.

Licenciada.
Martha Rojas Granda.
DIRECTORA DE LA ESCUELA FISCAL MIXTA DRA. GRACIELA ATARIHUANA
Ciudad.

De mi consideración:

Por medio del presente reciba un cordial saludo, deseándole éxitos en el desempeño de sus delicadas funciones. A su vez me permito solicitarle de la manera más comedida la autorización respectiva a fin de que se brinde las facilidades para que la **Srta. FÁTIMA CRISTINA ORTIZ MONTOYA, estudiante del Internado Rotativo de la Carrera de Enfermería, de la Universidad Nacional de Loja,** pueda aplicar el instrumento de recolección de datos (encuesta, medidas antropométricas), en la Institución educativa que usted acertadamente dirige, cuyos resultados servirán para cumplir con los objetivos señalados en el Proyecto de Titulación, denominado: **"HÁBITOS ALIMENTICIOS Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS/AS DE LA ESCUELA FISCAL MIXTA DRA. GRACIELA ATARIHUANA, DE LA CIUDAD DE LOJA"**

Con la seguridad de contar con su favorable aceptación, le anticipo mis sinceros agradecimientos y sentimientos de alta estima.

Atentamente,

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA CARRERA DE ENFERMERIA COORDINACIÓN ÁREA DE SALUD HUMANA

Lic. Denny Ayora Apolo. Mg. Sc.
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA.FSH-UNL.

C.c. Archivo
DAA/kiv

072 -57 1379 Ext. 102
Calle Manuel Monteros,
tras el Hospital Isidro Ayora · Loja - Ecuador

Anexo 6. Certificado de realizar las encuestas, toma de peso y talla.

ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA
"GRACIELA ATARIHUANA DE CUEVA"
Educar con sabiduría, es educar para la vida

Lic. Martha Isabel Rojas Granda, Directora de la Escuela de Educación Básica. Graciela Felipa Atarihuana de Cueva.

CERTIFICA:

Que la Sra. **FATIMA CRISTINA ORTIZ MONTOYA** con cédula de identidad número **1150540456**, estudiante del Octavo Ciclo de la Carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Loja, aplicó el instrumento de recolección de datos dirigido a padres de familia (encuesta), toma de talla y peso a los estudiantes desde inicial a séptimo grado de educación básica, durante los días 22, 23, 24, 28, 29 y 30 de enero del 2020; con una población de 249 niños y niñas.

Es todo lo que puedo certificar en honor de la verdad, facultando a la interesada hacer uso del presente en lo que estime conveniente.

Loja, 21 de febrero del 2020

.....

Lic. Martha Isabel Rojas Granda
DIRECTORA

ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA Graciela Atarihuana de Cueva DIRECCIÓN LOJA - ECUADOR

Anexo 7. Certificado de traducción del resumen al idioma inglés

We prepare for Cambridge English Qualifications

"Easy English" School of Languages
International Exam Preparation Centre for English Tests
#Cambridge #PEARSON #ITEP

easy english School of Languages

Lic. Mg. Sc. Alex Fernández C.
Director Académico
"Easy English" School of Languages
Aquí si se aprende

CERTIFICA:

Que hemos realizado la traducción de español a inglés del artículo científico y resumen derivado de la tesis: **"HÁBITOS ALIMENTICIOS Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS/AS DE LA ESCUELA FISCAL MIXTA DRA. GRACIELA ATARIHUANA, DE LA CIUDAD DE LOJA"**

De la autoría de la estudiante: ***Fátima Cristina Ortiz Montoya,*** portadora de la cédula de identidad número **1150540456**, egresada de la carrera de Enfermería del Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, misma que se encuentra bajo la dirección de la Lic. Mg. Sc. Maura Mercedes Guzmán Cruz

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad facultando a la interesada hacer uso del presente en lo que estime conveniente.

Loja, 01 de Agosto del 2020

Lic. Mg. Sc. Alex Fernández
DIRECTOR ACADÉMICO

¡Aquí sí se aprende!

Lauro Guerrero entre Teniente Maximiliano Rodríguez y Mercadillo
Telefax: 07 2 560 310 E-mail: easyenglishloja@gmail.com

Anexo 8. Protocolo de medidas antropométricas del Ministerio de Salud Publica

1. Medición del peso

1.1 Preparando la medición del peso.

Asegúrese de que la balanza sea colocada en una superficie plana, sólida y pareja. Explique los procedimientos a la madre y prepárela para que le ayude. Los bebés deben estar sin ropa pero abrigados, envueltos con una sábana para mantenerlos calientes hasta la toma del peso. Si socialmente no es aceptable desvestir al niño o niña, quítele tanta ropa como sea posible. Los niños y niñas mayores y las personas adultas deben pesarse con la menor cantidad de ropa posible.

1.2 Medición del peso en niños y niñas menores de dos años de edad

Aplique el procedimiento de peso reprogramado (función de tara o puesta a cero).

Antropometrista: informe a la familia el procedimiento que se va a realizar. Encienda la balanza. Cuando aparezcan los números 0.0 en la pantalla, la balanza está lista.

Asegúrese de que el niño o niña esté con una sola prenda, preferiblemente sin pañal o con el pañal limpio y seco, para que no varíe el peso.

Antropometrista: Pídale a la madre que entregue el niño/ña al asistente, proceda a pesar primero a la madre. Pídale que se pare en la mitad de la balanza, con los pies ligeramente separados, formando un ángulo de 45º y los talones juntos, tratando de no moverse, mirando hacia al frente con los brazos caídos a los lados.

Asistente: vigile que mientras se pesa a la madre, el niño o niña se encuentre en brazos de una persona cercana.

Antropometrista: con la madre en la balanza presione el botón de tara para “encerar”. La balanza está lista cuando la pantalla muestre los números 0.0.

Asistente: entregue el niño o niña a la madre y pídale que se mantenga inmóvil. El bebé debe estar ubicado de frente al antropometrista. El peso del bebé aparecerá en la pantalla, momento en el cual registrará el peso

Antropometrista y Asistente: Repitan el procedimiento y luego registre el peso del niño o niña en la casilla correspondiente. Si la diferencia entre el primero y el segundo peso es más de 0,5 kg, procedan a una tercera pesada y registren el dato.

1.3 Medición del peso en niños y niñas de más de dos años de edad

Si el niño o niña tiene dos años o más y se puede parar por sí mismo, péselo solo. Si salta sobre la balanza o no se queda quieto, use el procedimiento de pesado con encerado, en el cual la madre carga a su hijo, como se describió anteriormente y repórtelo en observaciones.

Asistente: verifique que el niño o niña no haya ingerido alimentos momentos antes y durante el procedimiento. Certifique que previamente haya ido al baño.

Antropometrista: informe a la madre acerca del procedimiento a seguir. Ponga la balanza en una superficie plana, sin alfombras y evitando desniveles. Revise que la balanza esté encendida, cuando aparezcan los números 0.0 está lista para pesar.

Asistente: pida a la madre que ayude al niño o niña a quitarse los zapatos y la ropa exterior. Déjelos con una sola prenda. Si se niega a permitir que se le quite la ropa y no está quieto, espere a que se calme.

Antropometrista: pare al niño o niña en la mitad de la balanza, con los pies ligeramente separados, formando un ángulo de 45° y los talones juntos

Procure que permanezca recto, tratando de que esté quieto y mirando al frente. Verifique que la mirada del niño o niña se dirija al frente y que permanezca en esta posición hasta que el resultado aparezca en la pantalla. Lea en voz alta el peso.

2. Medición de la estatura

Dependiendo de la edad del niño o niña y de su habilidad para pararse, mida la longitud o la talla. Si un niño o niña es menor de dos años de edad, mida la longitud en posición acostada, boca arriba (decúbito supino). Es importante ajustar las mediciones, si se tomó la longitud en lugar de la talla y viceversa. Si un menor de dos años de edad no permite estar acostado boca arriba para medirle la longitud, mídale la talla en posición de pie, sume 0,7 cm y registre el valor ajustado.

2.1 Preparando la medición de longitud (niños y niñas menores de dos años de edad)

Prepárese para medir la longitud inmediatamente después de la toma del peso, mientras el niño o niña todavía esté desvestido. Con este propósito tome en consideración previamente lo siguiente:

- Explique los procedimientos a la madre y prepárela para que le ayude.• El niño o niña deberá estar sin zapatos ni medias.
- Solicite a la madre que deshaga las trenzas y retire los accesorios para el pelo si interfieren con la medición de la longitud.
- Si el niño o niña está sin ropa durante la medición, se le puede poner un pañal seco para evitar que se moje durante la medición de la longitud
- Si el cuarto está frío y se da algún retraso, mantenga al niño o niña caliente envolviéndolo con una sábana hasta que la medición de la longitud sea posible.
- Use el infantómetro y colóquelo en una superficie plana y sólida, como una mesa.

2.2 Midiendo la longitud

Coloque sobre la superficie del infantómetro una tela delgada o papel suave para guardar la higiene del caso y la comodidad del niño o niña. Explique a la madre que será necesario que ella misma ponga al bebé en la tabla, acostándolo boca arriba, con su cabeza contra el tope fijo del infantómetro, de tal manera que el tope fijo presione el cabello del niño o niña. Dígale a la madre que se mantenga cerca durante el procedimiento para que el niño o niña permanezca tranquilo. La madre deberá colocarse opuesta al antropometrista principal, del lado donde no se encuentra la cinta métrica, junto al infantómetro.

Asistente: ponga el cuestionario y el lápiz sobre la mesa o en el piso, dependiendo del lugar donde se encuentre el infantómetro. Colóquese detrás del tope fijo del infantómetro. Si este se encuentra en el piso, arrodíllese con las dos rodillas en el suelo.

Antropometrista: colóquese del lado del infantómetro, donde se encuentre la cinta métrica, de tal manera que usted pueda ver la escala métrica y sostener las piernas y el tope fijo de los pies del niño o niña.

Asistente: con los brazos extendidos ponga sus manos abiertas sobre las orejas del niño o niña y mantenga la cabeza del niño o niña contra el tope fijo del infantómetro, logrando que la mirada apunte recto hacia arriba. De esta manera, la mirada deberá estar perpendicular a la tabla del infantómetro, logrando establecer el Plano de Frankfurt, que consiste en una línea vertical imaginaria que une el borde inferior de la órbita del ojo con el conducto auditivo externo, y que cae perpendicularmente a la tabla del infantómetro.

Antropometrista: revise que el niño o niña se encuentre acostado, recto, en el centro y a lo largo de la tabla y que no cambie su posición. Los hombros deben tocar la tabla, y la espalda no debe estar arqueada. Pídale a la madre que le avise si el niño o niña arquea su espalda o si cambia de posición. Sujete las piernas del bebé con la mano izquierda,

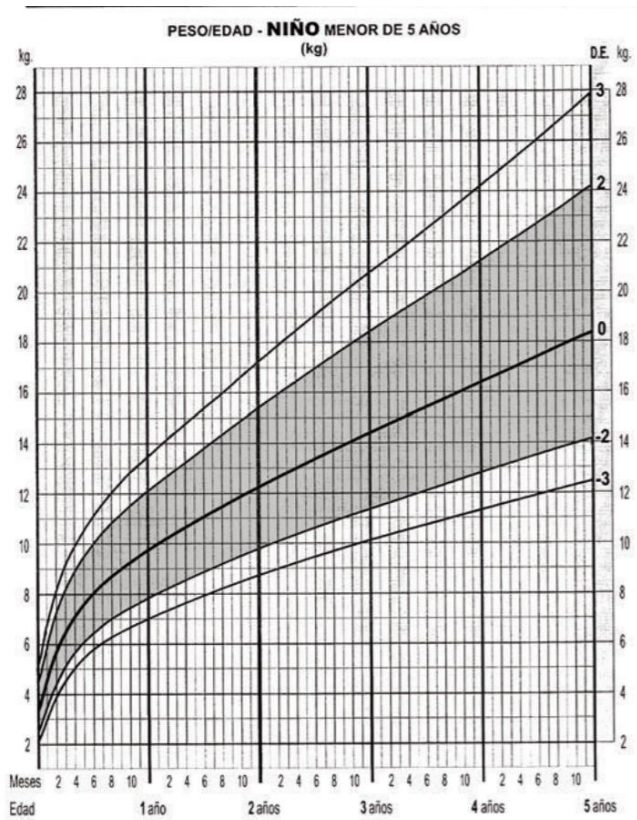
aplicando una presión suave sobre las rodillas para estirar las piernas tanto como sea posible, sin causar daño. Acerque el tope móvil con su mano derecha hasta lograr contacto contra los talones del niño o niña. Las plantas de los pies deben estar planas contra el tope, los dedos deben apuntar hacia arriba. Si el menor dobla los dedos y no permite que el tope móvil toque las plantas de los pies, realice un cosquilleo y cuando estire los dedos deslice rápidamente el tope hacia los pies. Lea la medición.

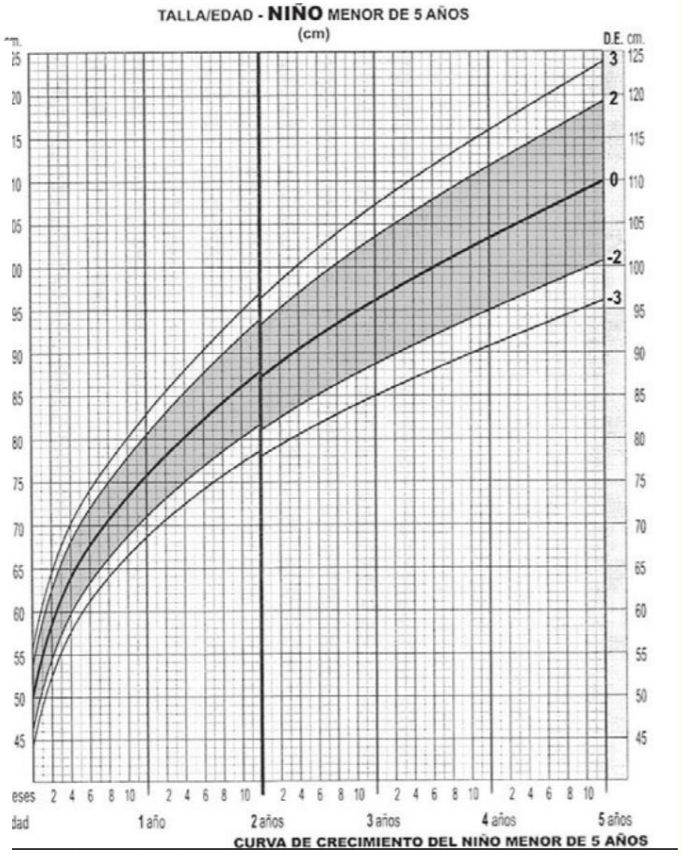
Asistente: consigne en el registro correspondiente la longitud del niño o niña en centímetros hasta el último milímetro completado. Esto corresponde a la última línea que usted es capaz de ver. (0,1 cm = 1 mm). Inmediatamente retire la cabeza del niño o niña y pida a la madre que lo levante con cuidado.

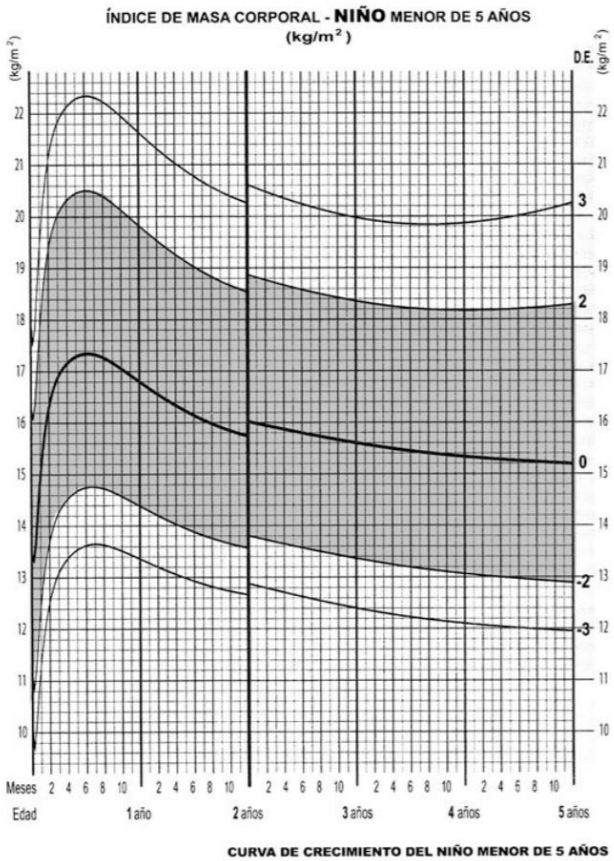
Antropometrista: compruebe el dato registrado en el cuestionario para asegurar la veracidad del registro y la claridad de la escritura. Instruya al asistente si debe borrarse y corregir. Antropometrista y asistente: repitan todo el procedimiento una vez más.

Nota: Recuerde que resulta casi imposible estirar las rodillas de los recién nacidos tanto como en los niños y niñas mayores. Sus rodillas son frágiles y pueden dañarse fácilmente, de manera que debe aplicar una presión suave y delicada. Si el niño o niña está demasiado inquieto y no es posible mantener ambas piernas en la posición correcta, tome la medición con una sola pierna en la posición señalada.

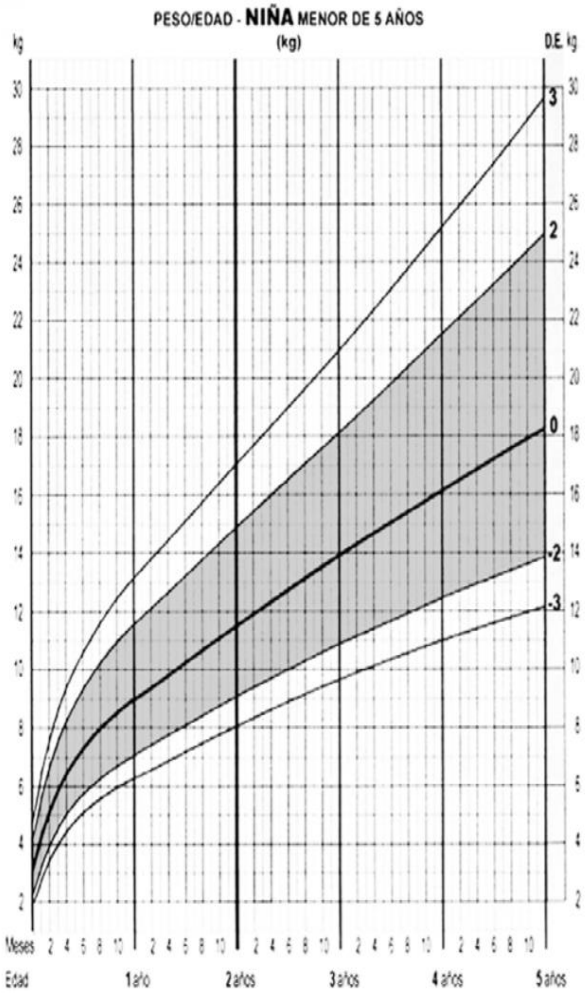
Anexo 9. Curvas del niño menor a los 5 años.

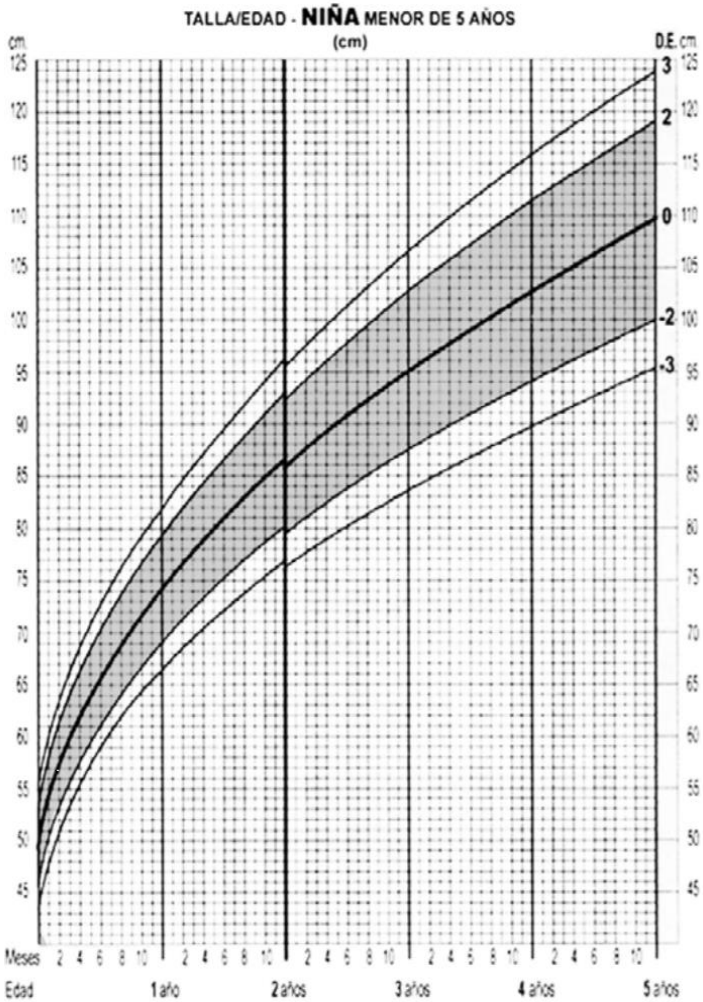




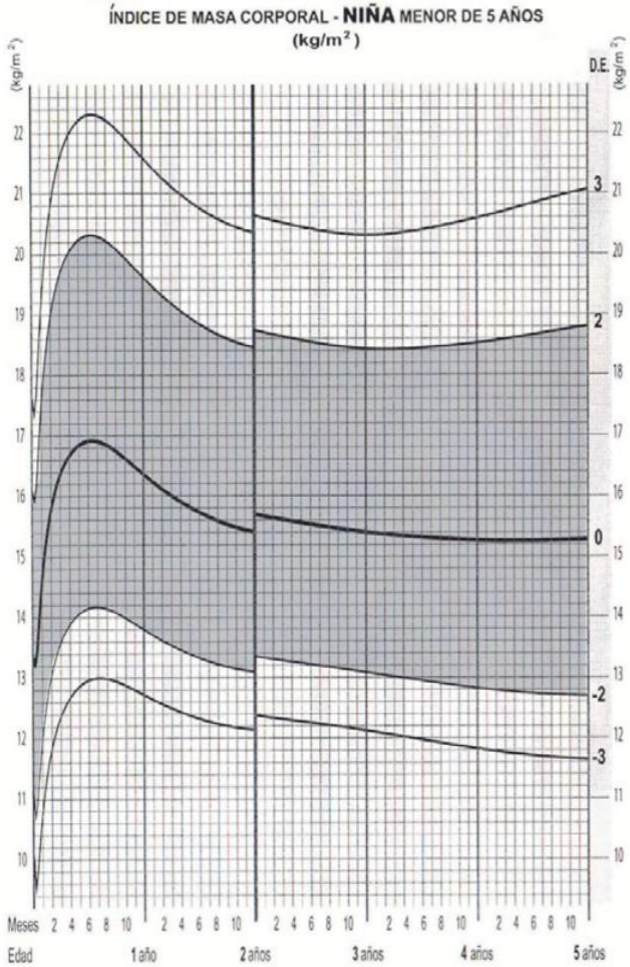


Anexo 10. Curvas de niña menor a los 5 años.





CURVA DE CRECIMIENTO DE LA NIÑA MENOR DE 5 AÑOS



CURVA DE CRECIMIENTO DE LA NIÑA MENOR DE 5 AÑOS

Anexo 11. Fotografías de respaldo