



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

1 8 0 3

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS
DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGÍA

**LA INFLUENCIA DE LAS PRÁCTICAS DE CRIANZA Y EL ESTRATO
SOCIOECONÓMICO EN EL ESTADO NUTRICIONAL Y EL DESARROLLO
DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 5 AÑOS EN EL NORTE DEL MUNICIPIO DE
CAUCASIA-ANTIOQUIA**

María Fernanda Zapata Sossa

Trabajo de grado para optar al título de antropólogo

Asesor

Dr. JAVIER ROSIQUE GRACIA

CAUCASIA, ANTIOQUIA

2019

LA INFLUENCIA DE LAS PRÁCTICAS DE CRIANZA Y EL ESTRATO SOCIOECONÓMICO EN EL ESTADO NUTRICIONAL Y EL DESARROLLO DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 5 AÑOS EN EL NORTE DEL MUNICIPIO DE CAUCASIA-ANTIOQUIA.

Los niños son más que el objeto de la atención y del amor de sus padres, son también una necesidad biológica y social. La especie humana se perpetua a través de los niños, grupos culturales, religiosos y nacionales transmiten sus valores y tradicionales por medio de niños; las familias mantienen sus linajes a través de los niños, y los individuos pasan su herencia genética y social a través de los niños.

El valor máximo de los niños es la continuidad de la humanidad. Arnold *et al.*, 1975, pág. 1

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer a Dios, a mi familia por siempre acompañarme en este proceso y ser mi motor principal, a mi asesor el Dr. Javier Rosique por haber confiado en mi trabajo, por su paciencia y dirección. A la universidad de Antioquia por haberme brindado tantas oportunidades y por haber sido la sede de todos los conocimientos adquiridos estos años.

Mis agradecimientos a las personas que participaron en la investigación y confiaron en el trabajo realizado. Este trabajo es un esfuerzo en el que participaron de manera directa o indirectamente distintas personas, acompañándome, corrigiendo, opinando y dando ánimos en los momentos de crisis y en los de alegrías.

A todos ustedes mi mayor reconocimiento y gratitud.

Tabla de Contenido

1. RESUMEN	6
2. INTRODUCCIÓN	8
2.1 Conceptos básicos y antecedentes	10
3. MARCO TEÓRICO	14
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	22
5. OBJETIVOS	24
5.1 Objetivos Específicos	24
6. METODOLOGÍA	25
6.1 TIPO DE ESTUDIO	25
6.2 AREA DE ESTUDIO	25
6.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	27
6.3.1 Universo y Muestra:	27
6.3.2 Criterios de inclusión:	28
6.3.2 Criterios de exclusión:	28
6.3.3 Técnicas y Procedimientos:	28
6.3.4 Aspectos Éticos:	29
6.4 ANÁLISIS DEL CONTEXTO POR ENTREVISTA	30
6.5 ANÁLISIS	30
6.5.1 Técnicas e Instrumentos.	30
6.5.2 Categorización de variables, Tabulación y análisis.	30
7 RESULTADOS	32
7.1 EVALUACION DEL ESTADO NUTRICIONAL	33
7.1.1 Características sociodemográficas y de salud	33
7.2 ESTADO NUTRICIONAL	40
7.3 DESARROLLO PSICOMOTRIZ DE LOS NIÑOS Y NIÑAS	46
7.4 INFLUENCIA DE LOS PATRONES DE CRIANZA EN EL ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS Y NIÑAS	48
7.4.1 Características sociodemográficas, grado de parentesco y hábitos de los dadores de cuidado.	48
7.5 PRÁCTICAS DE CRIANZA	53
7.5.1 Prácticas de la crianza de antes	54

7.5.2	Prácticas de la crianza actual.....	55
7.6	RELACIÓN ENTRE EL ESTADO NUTRICIONAL, EL ESTRATO SOCIOECONÓMICO Y EL NIVEL EDUCATIVO DE LA MADRE	59
7.6.1	Estrato socioeconómico	59
7.6.2	Las prácticas de crianza y el estrato socioeconómico en el estado nutricional de los niños y niñas.	67
7.6.3	Grado de escolaridad de los dadores de cuidados.....	69
8	DISCUSIÓN.....	70
8.1	Prácticas de crianza	70
8.1	Desarrollo psicomotor	72
9	CONCLUSIÓN.....	73
10	BIBLIOGRAFÍA.....	75
11	ANEXOS.....	77

1. RESUMEN

Este trabajo presenta la influencia de las prácticas de crianza y el estrato socioeconómico en el estado nutricional y el desarrollo de 120 menores entre los 0 a 5 años de edad, en 5 barrios (El Bosque, Pedro Valdivia, El Palmar, Las Gaviotas y Correa Garzón) del norte del municipio de Cauca (Antioquia). Es un estudio descriptivo transversal de tipo comparativo y mixto (cuali-cuantitativo). Para la selección de los niños y niñas se utilizó una encuesta al responsable, en donde los menores debían cumplir con los criterios de inclusión propuestos para la edad y aceptación de su participación. La obtención de los datos se realizó por medio de encuestas dirigidas a los dadores de cuidado de los menores, también por grupos focales y por la toma de medidas antropométricas a los menores para obtener el peso, la talla, el perímetro cefálico, y los perímetros de brazo y pierna. El desarrollo se estudió mediante un test de habilidad motora.

En los 116 hogares estudiados el acceso a los alimentos es por compra diaria (menudeo), la mayoría de las veces las compras no son superiores a \$15.000 pesos. Los hogares en un 70% están compuestos por más de 4 personas. Se encontró relación estadística por chi-cuadrado ($p < 0,05$) entre el número de personas por hogar y los estratos socioeconómicos, a mayor número de integrantes en el hogar menor es el estrato al que se pertenece.

Al analizar los resultados obtenidos con el programa SPSS respecto a la relación entre el estrato socioeconómico de los menores, el estado nutricional y las prácticas de crianza se pudo observar una estrecha relación entre el estado nutricional y el estrato socioeconómico al que pertenecen los menores, principalmente se encontró que la talla baja tiene relación con el nivel de ingresos. En donde se concluye que el estado nutricional y el desarrollo de los niños y niñas está condicionado por el acceso y el aprovechamiento que tienen de los alimentos, por los patrones de crianza que tienen los dadores de cuidados con ellos y por la pertenencia a ciertos

estratos socioeconómicos. No se encontró una relación específica entre el grado de escolaridad de los dadores de cuidado y el estado nutricional de los menores.

Palabras clave: patrones de crianza, estado nutricional, dador de cuidado, estrato socioeconómico, Caucasia, infancia.

2. INTRODUCCIÓN

Las prácticas de crianza permiten comprender e identificar los principales procesos sociales y culturales que comparten las familias en un grupo o una sociedad y que influyen en el estado de salud y nutrición durante la infancia. Las prácticas de crianza y sus efectos sobre la salud son un tema de interés social por el incremento en la variedad de los patrones de cuidados que se encuentran entre las familias. A menudo se considera que el estado nutricional y el desarrollo de los niños y niñas podrían estar muy marcados por las formas en las que sus padres o/y dadores de cuidado atienden la crianza de los menores. La perspectiva de la alimentación y nutrición por su parte permite analizar en antropología además de la información biológica sobre cómo son las personas, su comportamiento alimentario y algunos aspectos del contexto social y ambiental de las comunidades, así como las nociones y prácticas cotidianas de cuidados en la salud y enfermedad, hábitos y prácticas alimentarias, y cada una de las creencias asociadas con la alimentación.

Los niños son vistos en la comunidad como “sujetos sociales”¹ debido a que reciben cuidados y son protegidos no solo por las personas allegadas a ellos sino también por la misma sociedad a la cual pertenecen. La antropología ha buscado conocer a los niños a través de metodologías que permitan su conocimiento e interpretación como sujetos en las comunidades y grupos sociales. Por tal razón Calderón (2015, p. 133) afirma que “la investigación antropológica está demostrando interés por este campo de estudio, el cual se ha incrementado en la última década a partir de la psicología social y la sociología; además, la socialización y enculturación han sido base en los estudios infantiles, enfocándose en las instituciones encargadas de llevar a cabo este proceso: la familia y la escuela” El desarrollo infantil es visto como un fenómeno histórico y

¹ Calderón, Daniel. *Los niños como sujetos sociales. Notas sobre la antropología de la infancia*. México. 2015.

evolutivo en la sociedad. El concepto de desarrollo del niño ha sido muy debatido a lo largo de los años, además de tener múltiples interpretaciones en diferentes disciplinas como la psicología, la sociología e incluso la antropología, porque el tema del desarrollo de los niños no solo permite conocer aspectos particulares de los mismos, sino también las dinámicas sociales y económicas que se podrían estar involucrando entorno al niño. Debido a que no se conocen estudios previos en Caucasia resultó importante el análisis diseñado para conocer como el estado nutricional y el desarrollo de los niños y niñas de 0 a 5 años de edad podría presentar o no diferencias entre los estratos socioeconómicos y según las prácticas de crianza. Y en relación a estas diferencias el presente estudio busca encontrar los factores que son más influyentes en el bienestar de los niños y niñas en Caucasia. Según Evans y Myers (1994, p. 1) “por años los antropólogos, sociólogos y psicólogos han estado proveyendo descripciones de cómo se crían los niños dentro de culturas alrededor del mundo, incluyendo las creencias y prácticas que rodean al embarazo, el nacimiento y el trato a los niños pequeños”. Por lo cual es frecuente encontrar descripciones pertinentes de los barrios en cuanto a las actividades económicas, a las problemáticas urbanas y culturales, con las que el menor tiene de forma directa o indirectamente una relación; permitiendo así conocer aspectos sociales y apreciar el tipo de relación que tiene la familia con el menor.

2.1 Conceptos básicos y antecedentes

En la década de 1990 la Convención de los Derechos del Niño definió a los infantes como sujetos y no como objetos de derecho, lo cual permitió que distintas disciplinas como la sociología, la psicología y la antropología los incluyeran en sus investigaciones, no sólo de manera descriptiva sino también práctica, a través del diseño de nuevas metodologías, técnicas y teorías para su estudio (Calderón, 2005, p.1). A partir de esto han sido muchos los estudios que se han realizado en la población infantil, no solo en Latinoamérica sino también en el mundo. Los temas relacionados con las prácticas de crianza, el desarrollo de los niños, y su estado nutricional entre otros aspectos, han llamado la atención no solo de la antropología sino de otras disciplinas de las ciencias sociales y humanas debido a su relación con el crecimiento y desarrollo entendido de un modo integral. La desnutrición infantil es uno de los problemas que más impresiona a la opinión pública en el mundo hoy en día, por su relación con los derechos básicos del niño y en particular con el derecho a la alimentación. Estudios como el realizado por Muzzo (2002, p. 2) en Chile aseguran que el primer año de vida del niño es crítico para su crecimiento y desarrollo, debido a que su alimentación depende de terceras personas y es el momento de la vida en que los procesos de crecimiento y desarrollo se realizan a mayor velocidad; teniendo una mayor susceptibilidad de ser impactados por cambios económicos, políticos y sociales.

Según Vilorio (2007, p.16), en la primera década del siglo XXI, en América Latina y el Caribe, la desnutrición crónica (baja estatura para su edad) afectaba al 16% de la población menor de 5 años (8,8 millones de niños), la mayoría sumidos en la extrema pobreza. En Colombia el 12% de los niños entre 0 y 4 años presentaban desnutrición crónica. El autor, afirma además que una buena alimentación de la madre durante el embarazo, y luego, en los dos

primeros años de vida del niño, se constituye en la base fundamental de la futura salud del adulto y también de la capacidad intelectual de una persona adulta. Además, proporcionar la estimulación adecuada al niño basándose en técnicas sencillas como hablarle, jugar y mostrarle colores, ayuda a acelerar las conexiones entre las neuronas y el desarrollo del pequeño.

Las prácticas de crianza implementadas por los padres o simplemente por el dador de cuidado del menor influyen en el bienestar físico del niño, promueven el bienestar psico-social, apoyan su desarrollo físico, promueven su desarrollo mental y facilitan la interacción del niño con otros fuera de su casa; durante esos procesos de crianza hay una serie de patrones que rodean al niño tales como: las expectativas en torno al nacimiento del niño, las normas relativas de cómo se nombra al niño, también le rodean las expectativas de como el niño aprenderá a volverse un miembro responsable de la comunidad a la cual pertenece. Y es que los niños pequeños necesitan una nutrición adecuada, salud y cuidados específicos durante su nacimiento; debido a que no solo hay consecuencias para su bienestar físico, sino que además cada una de estas variables interactúa teniendo un impacto social y cognitivo. Estos tres factores mencionados (nutrición, salud y cuidados) están influenciados por el contexto económico y político en el cual se desenvuelve el niño, y a su vez están mediados por las prácticas y patrones de crianza y las creencias de la familia.

En efecto, en Colombia hay estudios que han estimado que el nivel socioeconómico es un determinante en el estado nutricional de los menores, en donde el 17% de los niños pertenecientes al nivel 1 del Sisben presentan desnutrición crónica, mientras en los niveles 3 a 6 baja al 6%. Gaviria y Palau (citado en Vilorio, 2007) encontraron una diferencia de estatura cercana a 1,7 centímetros entre niños de la misma edad (tres años) atribuible al estrato socioeconómico. A pesar de que varios estudios permiten establecer un esquema general de

desarrollo, se sabe que su velocidad, calidad y características varían de niño a niño. Por lo cual Pollitt (2010, p. 388) afirma que

“los niños de familias con menores recursos económicos que viven en condiciones de pobreza, crecen y se desarrollan lentamente, a diferencia de aquellos de clases socioeconómicas altas. Y que estos dos dominios el biofísico y el psicosocial, mantienen estrechas relaciones entre los procesos internos ligados a la configuración biológica de cada niño (crecimiento) y externos en la relación que tiene con el ambiente y con su entorno más cercano, influyendo fuertemente las interacciones con la familia, a lo largo de diferentes periodos del desarrollo (fetal, infantil, preescolar y escolar)”.

En la mayoría de las sociedades es la familia la encargada de dirigir la crianza de los niños y no las personas externas a ella. Evans y Myers (1994, pp. 4 -11) plantean que existe una considerable variación de familia a familia, que depende de cómo es la construcción psicológica de los padres, incluyendo su personalidad, las experiencias que tuvieron cuando niños y las condiciones en las que viven. Afirman además que el papel que juegan otros miembros de la sociedad en la crianza de los niños difiere del grupo cultural al que pertenecen; en algunos lugares el papel que juegan es cercano y significativo y en otros manejan un papel distante, por lo tanto si las familias que viven bajo las creencias tradicionales crían a sus hijos de cierta manera; las familias en transición cultural, o que se consideran a sí mismas modernas, tendrán un conjunto bastante diferente de creencias y patrones en sus prácticas de crianza, respecto a las de otras generaciones.

Según Méndez, Aragón y Lagunes (2014, pp.134-138) en los últimos 25 años las investigaciones sobre la familia han evaluado la influencia de diferentes estilos y prácticas parentales, empleando conceptos que frecuentemente los investigadores usan de manera

intercambiable. Los estilos de crianza se refieren al clima emocional en el cual los padres crían a sus hijos, en la mayoría de los padres se asume que los estilos de crianza giran fundamentalmente en torno a los temas de control, difieren en la manera de controlar o socializar a sus hijos y en el grado en que lo hacen. En los estilos, también interviene la capacidad de respuesta, también conocida como calidez o apoyo de los padres. Cada uno de estos estilos reflejan diferentes patrones, prácticas y comportamientos; el estilo autoritario se caracteriza por una baja sensibilidad, alta exigencia y poca autonomía otorgada; el democrático, por alta sensibilidad, alta exigencia paterna y alta autonomía otorgada; el permisivo, muestra altos niveles de sensibilidad y autonomía otorgada y bajos niveles de exigencia paterna; el negligente (e inconsistente) muestra poco compromiso, bajos niveles de calidez, exigencia y autonomía otorgada.

Para evaluar los estilos y las prácticas parentales se han diseñado instrumentos con diferentes propósitos, su mayoría elaborados para cubrir etapas específicas de la niñez y la adolescencia, dando como resultado que el factor *castigo* es una dimensión de los estilos de crianza que comprende prácticas relacionadas con la disciplina de los hijos. Los papás y mamás emplean el regaño y el castigo físico como una forma de corregir a sus hijos. En el factor *permisivo*, los papás y las mamás tienen poco o ningún control sobre los comportamientos de sus hijos, les permiten autorregularse de acuerdo a sus necesidades e intereses. En el factor *emocional negativo*, el estado de ánimo de papás y mamás está relacionado con el comportamiento de sus hijos, que ellos consideran inadecuado por lo que esta percepción les molesta, los frustra, los entristece, los desilusiona y les provoca enojo. En el factor *control conductual* se refiere al otorgamiento de premios de los padres a los hijos cuando cumplen con lo establecido por ellos.

El factor *cognición negativa* es una dimensión que hace referencia a la incertidumbre de papás y mamás relacionada con la manera de criar a sus hijos, la cual les resulta complicada y difícil.

3. MARCO TEÓRICO

Muchas culturas africanas y latinoamericanas pueden ser caracterizadas como en transición ya que experimentan los cambios de la modernización que impactan la vida familiar. Estos cambios, indirectamente afectan las creencias y prácticas de crianza y el crecimiento y el desarrollo de los niños.

La madre alimenta al hijo de acuerdo a sus valores, creencias, costumbres, símbolos, representaciones sobre los alimentos y las preparaciones alimentarias. Por ejemplo, las representaciones que tiene ella sobre el cuerpo ideal del hijo pueden corresponder a un niño obeso y por lo tanto su perfil de alimentación ideal irá acorde con tal percepción, las porciones de alimentos tenderán a ser mayores que las recomendables y exigirá al hijo que deje el plato vacío (Osorio, Weisstaub y Castillo, 2002, p. 3). Siendo la madre responsable de incorporar al niño a las practicas alimentarias y al contexto social de la familia y del grupo puede influir con este vínculo al perfil nutricional del niño. Fue el psicólogo John Bowlby que en su trabajo en instituciones con niños privados de la figura materna formuló la “Teoría del apego”. El apego es el vínculo emocional que desarrolla el niño con sus padres (o cuidadores) y que le proporciona la seguridad emocional indispensable para un buen desarrollo de la personalidad. El bebé según esta teoría “nace con un repertorio de conductas las cuales tienen como finalidad producir respuestas en los padres: la succión, y el llanto, no son más que estrategias por decirlo de alguna manera del bebé para vincularse con sus papás” (Admin, 2010, p. 1). Con este repertorio los bebés buscan mantener la proximidad con la figura de apego, resistirse a la separación, protestar

y utilizar la figura de apego como base de seguridad desde la que explora el mundo (Admin, 2010, p. 1). Existen distintos estilos de crianza que según Méndez et al. (2014, p.134) se dan a partir del nivel de exigencia y la capacidad de respuesta, que finalmente constituyen una tipología de cuatro estilos parentales: autoritario, democrático, indulgente e inconsistente.

De cierta forma lo que los padres o los dadores de cuidado realizan tiene un impacto en como el niño crece y se desarrolla. Por otro lado, en los países de América Latina con un proceso de desarrollo y cambios culturales acelerados, los trastornos alimentarios y del estado nutricional no pueden ser entendidos en forma aislada del entorno sociocultural y tampoco enfrentarse de la misma forma en las distintas sociedades y culturas. Por lo que los niños aprenden a comer principalmente de su madre, quien a su vez ha adquirido en forma oral categorías y conceptos de alimentación infantil principalmente de su madre (abuela del niño), lo que determina una transmisión cultural por vía femenina (Osorio, Weisstaub y Castillo, 2002, p.4).

Según estudios realizados por Vilorio (2007, p. 22) en Colombia más directamente en las grandes regiones geográficas, hasta el año 2000 la desnutrición crónica en niños menores de 5 años fue mayor en el Pacífico, pero en 2005 el Caribe se ubicó como la región con mayor desnutrición a nivel nacional, Antioquia presentaba porcentajes superiores a la media. De todos los factores influyentes, participaba en forma significativa el estrato socioeconómico al que pertenece el niño. Por otro lado, la Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN) en el 2010, arrojó que el 13,2% de los niños menores de cinco años sufren de desnutrición crónica, porcentaje que está 5 puntos porcentuales por encima de la meta propuesta (8% en el 2015) por la ONU con el fin de cumplir con los ODS (Objetivos de Desarrollo Sostenible) (Moreno et al. 2017, p. 353).

Por su parte la OMS (2016) afirma que los niños corren un mayor riesgo de morir antes de cumplir cinco años si nacen en zonas rurales u hogares pobres o si sus madres se vieron privadas de educación básica, y que más de la mitad de las muertes de niños menores de cinco años se deben a enfermedades prevenibles y tratables mediante intervenciones simples y relativamente asequibles. Los niños malnutridos, especialmente aquellos con una malnutrición aguda grave, tienen más probabilidades de morir por enfermedades comunes en la infancia como la diarrea, la neumonía y el paludismo. Diversos factores relacionados con la nutrición contribuyen a aproximadamente el 45% de las muertes de niños menores de cinco años. En un documento de la Universidad Federal Pernambuco en Brasil y publicado en la revista Salud pública y nutrición (2003, p.1) se afirma que hoy en día hay más de 800 millones de personas que padecen desnutrición crónica y no pueden disfrutar de una vida saludable y activa; entre ellos hay más de 200 millones de niños menores de cinco años que se acuestan todas las noches con hambre sin disponer de las calorías y proteínas esenciales que necesita su cuerpo para crecer. Y es que los cambios frecuentes de la economía no solo afectan la alimentación y la salud, sino que a su vez los entornos y las prácticas de crianza están cambiando como resultado de esos cambios económicos, sociales y políticos.

De acuerdo con los estudios antropológicos de Aguirre citado por (Osorio et al., 2002, p. 3) en poblaciones de diversos estratos socioeconómicos de Buenos Aires en Argentina, cada estrato establece modos de alimentarse claramente identificatorios del grupo al que pertenece, aunque con múltiples interacciones entre los estratos. Por ejemplo, al niño proveniente de un estrato pobre se le inculca desde pequeño la ingestión de alimentos baratos y saciadores, tales como el pan y las pastas; en los estratos con mayores ingresos se incorpora crecientemente la necesidad que los alimentos ingeridos sean sanos y favorezcan una figura corporal más estilizada. Es así

como en ambientes socioeconómicos más pobres aún se percibe como saludable un niño con tendencia a la obesidad; la madre es valorada positivamente en la medida que cría un hijo gordito, pero que finalmente se evaluará con sobrepeso. Esto implica que las madres perciban como adecuado que las porciones y tipos de alimentos deben ser abundantes, que el plato debe ser vaciado antes de completar el horario de alimentación, o que las mamaderas (biberones) deben ir adicionadas de componentes «llenadores», tales como cereales y bastante azúcar. El papel del azúcar es contradictorio, pues no provoca una saciedad a largo plazo sino sólo a corto plazo, motivando nuevas ingestiones en momentos posteriores.

El estado nutricional está determinado por factores económicos, sociales y culturales, y por la disponibilidad, el acceso, el consumo y el aprovechamiento biológico de los alimentos. Según un estudio realizado por Moreno et al. (2017, p. 362) en el Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja (HINFP) las diferencias en la talla para la edad de los niños son significativas según el nivel de ingresos del hogar, es decir, a mayor cantidad de ingresos menor es la probabilidad de mala nutrición. Elevar el ingreso de los hogares, así como la escolaridad de la madre (nivel educativo) podría jugar un papel fundamental en mejorar el estado nutricional de los niños. En Colombia, hay políticas públicas para incrementar los ingresos de los hogares de estrato socioeconómico bajo enfocadas en la vía de los subsidios, entregando recursos de acuerdo al número de hijos.

Un aspecto de trascendental importancia en el estado nutricional son los hábitos y las costumbres alimenticias, los cuales se ven influenciados por el ambiente donde el niño se desarrolla; en la infancia se imitan algunas preferencias alimentarias de familiares, amigos y de las personas que se consideren el modelo para la alimentación, pero también la influencia de la madre es bastante fuerte en esa etapa, porque es ella quien decide los alimentos que compra y prepara de acuerdo con su capacidad económica, la disponibilidad de tiempo y los conocimientos

y preferencias que tenga para la selección de alimentos. En relación con lo anterior Cruz y Maya citados en (Restrepo y Maya, 2005, p. p 128-143) afirman que, por medio del acto alimentario, la madre también da sentido a lo cotidiano, de modo que la comida trasciende el hecho físico del alimento y se convierte en un lenguaje que permite expresar el cuidado, el amor y la responsabilidad para con todos los miembros de la familia.

Así que de acuerdo a las formas en las que son alimentados los niños, en cada una de las preparaciones que compone la madre o el dador de cuidado, de cierta forma planta sus conocimientos en busca de un mejor desarrollo y crecimiento del menor. Según Ogden citado en (Castrillón y Giraldo, 2014, p. 62), la interacción entre prácticas de alimentación por parte de los padres y las conductas alimentarias de los niños en un ambiente emocional adecuado, caracterizado por la validación emocional, la receptividad a las necesidades, y un contexto apto para el aprendizaje de conductas en la mesa, es esencial para establecer vínculos con el entorno en general, con las demás personas y con los alimentos. Desde los primeros días de vida, los niños son receptores de cuidados y de alimentos como el de la lactancia. En cuanto a factores individuales, Bandura citado en (Castrillón y Giraldo, 2014, p. 63) afirma que las creencias del individuo sobre sus capacidades funcionan como un conjunto de determinantes próximos de su conducta, patrones de pensamiento y reacciones emocionales que experimenta.

En este sentido, la autodeterminación en las conductas alimentarias desde edades tempranas, favorecería las capacidades autoevaluativas mediante sus efectos en el medio interno y externo. Según Morasso y Duro (2004, p. 40) el vínculo madre-hijo, la estimulación oportuna, el alimento y la información que intercambia con los otros seres humanos y con los objetos que lo rodean constituyen los principales estímulos de este desarrollo. A lo largo de la evolución de la especie humana, la preparación y el consumo de alimentos ha tenido

diversas connotaciones: desde lo imprescindible para vivir hasta lo ritual, desde lo placentero a lo terapéutico, desde el festejo de una fecha importante hasta la ostentación de riquezas; cuando la madre da el pecho a su hijo, no sólo está ofreciéndole alimento: el contacto con su piel, el calor del cuerpo, el sonido de su voz, su mirada, son estímulos que el bebé irá registrando como información y que le servirán para construirse una imagen del mundo externo e incluso de sí mismo.

La nutrición a su vez está sometida a factores condicionantes: algunos fijos, como el potencial genético del individuo y otros dinámicos, como los factores sociales, económicos y culturales, que pueden actuar en forma favorable o desfavorable. Cuando se modifica el equilibrio de estos factores y se ve alterada la nutrición, se desajusta el crecimiento y desarrollo de los niños, dando lugar a la desnutrición infantil y poniendo en riesgo la salud del futuro adulto. Stoch y Smythe citados en (Ortiz et al. 2006) fueron los primeros en formular la hipótesis relativa a que la desnutrición durante los primeros dos años de vida, podrían inhibir el crecimiento del cerebro y esto produciría una reducción permanente de su tamaño y un bajo desarrollo intelectual; los primeros dos años de vida no sólo corresponden al período de máximo crecimiento del cerebro, sino que al final del primer año de vida, se alcanza el 70% del peso del cerebro adulto. A los 6 años el peso alcanza el 90% del cerebro adulto.

Marín, Álvarez y Rosique, (2004, p. 52) plantean que en la relación que se crea entre las poblaciones humanas y su alimentación surgen costumbres alimentarias que se vuelven características propias de dichas poblaciones, y que hacen parte de una tradición cultural, ya que son un conjunto de conocimientos legados de unas generaciones a otras, pero que están expuestos, además, a la modificación en el tiempo por influencias externas y es que como dice Contreras citado en (Marín, Álvarez y Rosique, 2004) “La alimentación no es

exclusivamente un fenómeno biológico, nutricional, médico. La alimentación es un fenómeno social, psicológico, económico, simbólico, religioso y cultural, en el más amplio sentido del término”.

El concepto de desarrollo del niño abarca tanto a la maduración en los aspectos físicos, cognitivos, lingüísticos, socio-afectivos y temperamentales como el desarrollo de la motricidad fina y gruesa. La buena nutrición y salud, los constantes cuidados afectuosos y el estímulo para aprender en los primeros años de vida ayudan a los niños a obtener mejores resultados escolares, estar más sanos y participar en la sociedad. Por lo que esto tiene especial importancia en el caso de los niños con escasos recursos. Una buena base en los primeros años, repercute en la edad adulta e incluso mejora el punto de partida de la generación siguiente. El desarrollo en la primera infancia constituye la base del desarrollo humano en la sociedad y debe ser un aspecto clave para determinar el grado de éxito de las sociedades. La medición a nivel mundial de la situación del desarrollo en la primera infancia, basada en métodos comparables, permitirá que las sociedades puedan determinar su grado de éxito. (OMS, 2012).

Según Restrepo (2000, p. 216 -222) las primeras experiencias del bebé se asocian con el alimento. La conducta alimentaria o la actitud de aceptación o rechazo que se tiene al alimento se forma en los primeros años de vida y define en gran parte los hábitos de alimentación; su formación depende de la madurez física, cognoscitiva y emocional del niño, de los valores, las actitud, intereses y creencias de quienes conforman su entorno (padres o dadores de cuidado). Las creencias y actitudes se relacionan con los factores socioculturales traídos de la familia y que determinaron el patrón de crianza de la madre, el manejo de la alimentación durante la

enfermedad, los tratamientos caseros, la automedicación, los patrones de alimentación y demás factores que influyen en la crianza de sus hijos.

Evans y Myers (1994, p.p 3-4) afirman que los cambios en ocasiones son muy rápidos y pueden generar un impacto significativo en el desarrollo de los niños, además afirman que en ese proceso se pierden algunas prácticas que siguen teniendo valor cultural, pero otras prácticas parecieran ser “desviantes”, es decir que representan nuevas adaptaciones a contextos particulares. Afirman una vez más que las prácticas de crianza están dadas en la cultura y determinan en gran parte los comportamientos y las expectativas que rodean al nacimiento de un niño y su infancia.

De esta forma la crianza consiste en una serie de prácticas que están ancladas en patrones y creencias culturales que son propias del dador de cuidado, dichas prácticas incluyen los estilos generalmente aceptados y los tipos de cuidados esperados que van a responder a las necesidades de los niños en sus primeros meses y años de vida. Y es que los patrones definen la crianza como la forma de asegurar la supervivencia, el mantenimiento y el desarrollo del grupo o cultura, así como la del niño. Además, las diferencias nutricionales que se producen durante los dos primeros años de vida pueden ser de enorme trascendencia debido a que durante esta etapa el niño depende de los adultos para recibir cuidados y, entre ellos, el de la alimentación. Por lo tanto, los adultos proveen los cuidados de acuerdo con sus conocimientos, pautas culturales y recursos. Además, los recursos económicos determinan que la familia pueda proporcionar a los hijos vivienda, alimentación, atención médica, vestido, recreación, educación y en general una adecuada calidad de vida. Por lo que Restrepo plantea además que las costumbres, los hábitos, las creencias y los tabúes de la familia se relacionan entre sí y es importante conocerlos, saber

cómo actúan en relación con la alimentación y nutrición del niño y cómo influye sobre su crecimiento y desarrollo.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El informe del perfil socioeconómico de la subregión del Bajo Cauca elaborado por la cámara de comercio de Medellín en 2015² resalta que una de las debilidades de la región se encuentra en el elevado índice de pobreza y alta desnutrición en niños menores de siete años. Además, la calidad de vida se considera precaria según los indicadores económicos para Antioquia, por ejemplo, la proporción de familias de la cabecera municipal con NBI (Necesidades Básicas Insatisfechas) es del 48,55% una cifra muy superior al promedio para Antioquia en 2011 que era del 15,90%. La proporción de población por debajo de la línea de la miseria en la cabecera municipal es del 18,24% según el mismo informe (2).

Para el programa Maná desde octubre de 2014, además de la necesidad de reducir la desnutrición entre indígenas, las tres regiones donde más se requiere reducir la desnutrición infantil son Urabá, Bajo Cauca y Magdalena Medio.³ También se ha documentado a partir de los datos de la RIPS (Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud) del Ministerio de Salud⁴ un subregistro de la desnutrición de los niños menores de 5 años en la subregión del Bajo Cauca respecto al Valle de Aburrá ya que en el Valle de Aburrá en 2012 la consulta por desnutrición era del 52,7% y en el Bajo Cauca del 1,6%. El riesgo de bajo peso para la edad y baja talla para la edad en la subregión para menores de 5 años está estimado en el 20% de los

² http://www.camaramedellin.com.co/site/Portals/0/Documentos/2017/Publicaciones%20regionales/18-3Perfil%20BajoCauca_Oct14.pdf

³ <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-14674896>

⁴ <http://diagnosticosalud.dssa.gov.co/0-4-seguridad-alimentaria-y-nutricional/pagina-1-4-seguridad-alimentaria-y-nutricional/>

casos por consulta médica. Pero se debe tener en cuenta que muchas familias no consultan. El Bajo Cauca y Urabá superan las cifras departamentales para la mortalidad por desnutrición en menores de 5 años (4). La subregión que presentó las mayores tasas de muerte por desnutrición en el departamento de Antioquia desde el 2005 hasta el 2011 fue el Bajo Cauca, pero desde ese año Urabá ha superado las cifras del Bajo Cauca que ha experimentado cierto descenso en la mortalidad de menores de 5 años.

Hay estudios que muestran la relación existente entre el estado nutricional y los hábitos alimentarios y el nivel socioeconómico y cultural de las familias. De hecho, la poca disponibilidad o la baja calidad de los alimentos que se consumen puede comprometer el crecimiento, por la deficiencia en calorías y nutrientes a la que se somete al niño (Restrepo, 2003, p. 14). También el sobrepeso y la obesidad infantil pueden tener componentes contextuales similares. Con el tiempo las familias con NBI y las que están por debajo de la línea de la miseria, pueden exponerse a la inseguridad alimentaria por inestabilidad en las ocupaciones y oficios, precariedad en los asalariados y fluctuaciones ambientales que afectan a los productores de alimentos para autoconsumo o venta. La vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria se debe a problemas en el acceso a los alimentos de modo estable y continuado. Esto permite hablar de factores de riesgo o de amenazas para la seguridad alimentaria de origen ambiental, económico y social. Las amenazas generalmente en algunos estudios son estimadas mediante mediciones indirectas de la pobreza, la disponibilidad de alimentos y la desnutrición. Una población altamente vulnerable será aquella que tiene una alta probabilidad de ser afectada por crisis derivadas de una o varias amenazas y tener una baja capacidad de recuperación (Dávila, 2013, p. 1). La inseguridad alimentaria que podría afectar tanto a nivel familiar como individual, se

concreta con repercusiones en la salud de los menores, dificultando el sano crecimiento y el desarrollo de los mismos.

5. OBJETIVOS

Conocer el estado nutricional y el desarrollo de niños y niñas de 0 a 5 años de modo comparado entre barrios urbanos del norte de Caucasia, identificando las posibles influencias sobre dicha condición biológica del estrato socioeconómico y prácticas de crianza de los hogares.

5.1 Objetivos Específicos

- Evaluar el estado nutricional a través de los indicadores nutricionales de una muestra de 120 niños y niñas de 0 a 5 años procedentes del norte del municipio de Caucasia, que comprende 5 barrios (Pedro Valdivia, El Bosque, El Palmar, Correa Garzón y Las Gaviotas).
- Obtener una evaluación del desarrollo de los mismos niños y niñas: aspectos locomotores y proporciones corporales.
- Identificar la influencia de los modos (patrones) de crianza en el estado nutricional y en el desarrollo durante la lactancia.
- Comparar el estado nutricional y desarrollo de los niños y niñas por estrato socioeconómico, nivel educativo de la madre y localización de la vivienda en el barrio.

6. METODOLOGÍA

6.1 TIPO DE ESTUDIO

El estudio fue de tipo descriptivo transversal. Con un enfoque comparativo y mixto, ya que recoge datos cuantitativos y observaciones de tipo cualitativo. Se tomaron datos cuantitativos en relación al estado nutricional, y cualitativos respecto a la forma de crianza y el desarrollo de niños y niñas entre los 0 a 5 años de los estratos 1, 2 y 3 de los barrios del norte del municipio de Cauca, Antioquia. Se evaluó el estado nutricional a través de mediciones antropométricas del peso y la longitud/estatura teniendo como referencia los valores propuestos por la OMS para cada grupo de edad y sexo mediante el software Anthro WHO v.3.2.2 de enero de 2011, disponible en: <https://www.who.int/childgrowth/software/es/>. Además del peso y la estatura el software permite evaluar las mediciones de los perímetros cefálico y braquial también se añadió el perímetro de la pierna para estudiar su comportamiento respecto al perímetro del brazo. El desarrollo locomotor se evaluó a partir de la información proporcionada en las entrevistas con los dadores de cuidados.

6.2 AREA DE ESTUDIO

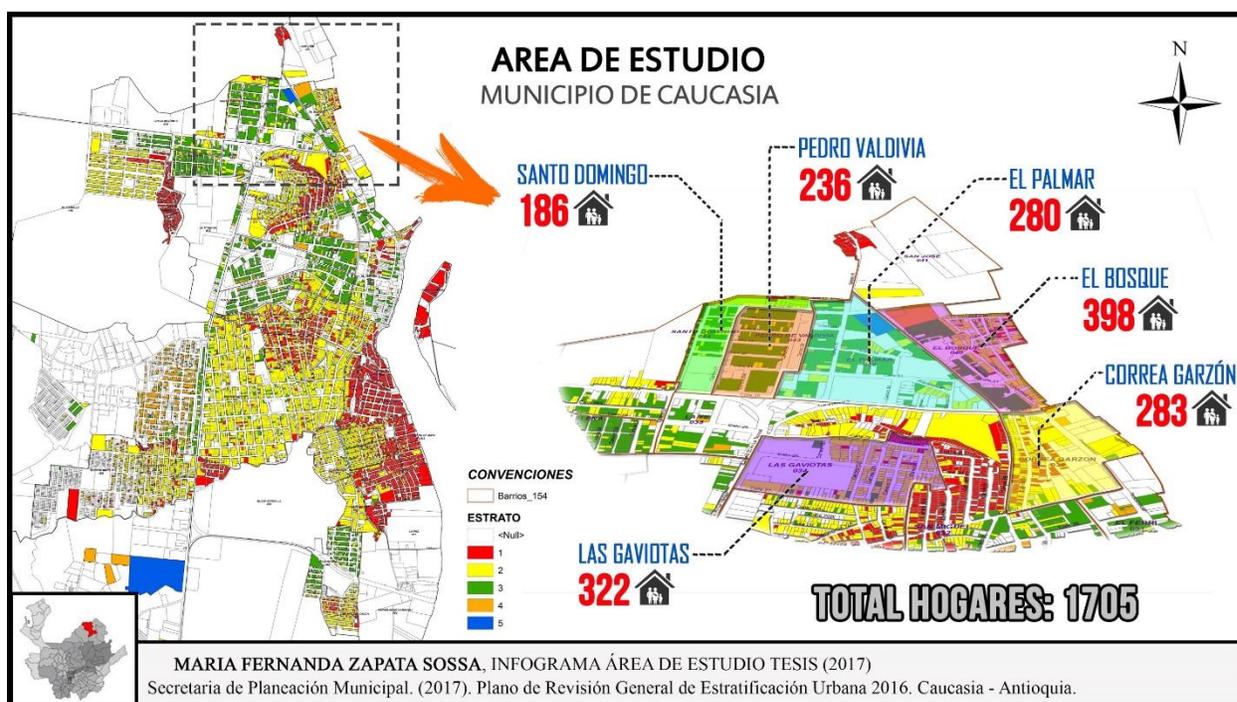
El municipio de Cauca se encuentra localizado al norte de Antioquia, en los límites con el departamento de Córdoba y en la subregión antioqueña del Bajo Cauca. Es uno de los municipios más importantes de la zona debido a su privilegiada ubicación geográfica, cerca de la confluencia de importantes afluentes colombianos como el río Cauca y el río Nechí. Limita por el Norte con Montelíbano, municipio perteneciente al departamento de Córdoba, por el Este con

los municipios de Nechí y El Bagre, por el Sur con el municipio de Zaragoza, y por el Oeste con el municipio de Cáceres.

Caucasia es el eje de la actividad comercial del Bajo Cauca y el de mayor densidad de la población de la región. La pesca, la agricultura y la minería fueron los sectores básicos al comienzo de su vida; en la primera mitad del siglo, su desarrollo estuvo ligado al río Cauca y más tarde el desarrollo de la economía se da de forma paralela con la construcción de la troncal de occidente; la minería es el sector que lo impulsa definitivamente a alcanzar por cinco años consecutivos el título de Municipio mayor productor de oro en Colombia, pero al mismo tiempo la explotación del oro lo llevó a la crisis económica y ambiental. Caucasia es el mayor productor de ganado de la subregión, es considerada como centro comercial del Bajo Cauca, puesto que abastece de víveres, abarrotes e insumos a los demás municipios de la región. Se destaca el comercio informal o “rebusque”; gracias a su ubicación a orillas del río Cauca y junto a las troncales de la Paz y de Occidente se convierte en el punto de unión entre la Costa Atlántica y Antioquia. Las fuentes de empleo a nivel municipal se centran en los sectores de servicios, comercio, agricultura e industrial.

La zona urbana de Caucasia está conformada por 56 barrios, y el área rural está conformado por 64 veredas y 10 corregimientos. Actualmente se construyen edificaciones para apartamentos en unidad cerrada, entre los proyectos encontramos Ciprés Urbanización y Altos de Valencia.⁵ El área de estudio fue la zona urbana perteneciente a los barrios del Norte de Caucasia, Antioquia, (El Palmar, El bosque, Pedro Valdivia, Correa Garzón, San miguel y Las Gaviotas).

⁵ Recuperado de <http://www.caucasia-antioquia.gov.co>



(*) El barrio Santo Domingo se encuentra incluido en el barrio Pedro Valdivia.

(*) Fuente: Elaborado por autora.

6.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

6.3.1 **Universo y Muestra:** la investigación está constituida por 120 menores (niños y niñas) de 0 a 5 años, pertenecientes a los estratos 1,2 y 3 de los barrios ubicados en la zona norte del municipio de Caucasia. No es un estudio epidemiológico sino comparativo.

Para el cálculo del tamaño de la muestra necesaria y la estimación del número de niños y niñas que podría estudiarse se ha usado Epiinfo on-line <http://www.winepi.net/f102.php>. Teniendo en cuenta un nivel de confianza del 95%, para el tamaño de población de 0 a 5 años en Caucasia (19000 sujetos de ambos sexos), con una proporción esperada de casos del 19% y un error máximo del 6%. Finalmente, el tamaño estimado fue de 120 sujetos.

La muestra fue tomada por selección a partir del criterio de inclusión por estrato, en 5 barrios y se conformaron tres grupos en donde se tuvo en cuenta el estrato socioeconómico al que pertenecían (Grupo 1: Menores estrato 1 (G.1), Grupo 2: Menores estrato 2 (G.2), Grupo 3: Menores estrato 3 (G.3)), cumpliendo con los criterios de inclusión. Al ser un estudio de niños y niñas, se procuró incluir de cada estrato un 50% de cada sexo. Pero no fue posible debido a que el estrato socioeconómico 3 no tuvo buena participación en el trabajo y aun así se consiguió cierta participación.

El muestreo se realizó de barrio en barrio mediante un criterio incluyente basado en las reuniones de madres y/o los dadores de cuidado de los menores.

6.3.2 **Criterios de inclusión:** niños(as) de 0 a 5 años, pertenecientes a los estratos 1, 2 y 3 que vivan en los barrios del norte del municipio de Caucasia, Antioquia: (Pedro Valdivia, El Bosque, El Palmar, Correa Garzón, Las Gaviotas).

6.3.2 **Criterios de exclusión:** niños(as) mayores de 5 años, o de estratos 4 o superior.

6.3.3 **Técnicas y Procedimientos:**

Para la ejecución de este trabajo se realizó inicialmente una identificación de los estratos socioeconómicos de los barrios pertenecientes al norte del municipio de Caucasia, para esto se consultó a la dependencia encargada de la estratificación del municipio (Planeación Municipal). Posteriormente se realizó una primera visita a los hogares. Posteriormente en la visita al hogar se aplicó una encuesta de valoración antropométrica, para tomar datos de peso, longitud/estatura y perímetros del brazo, cefálico y pierna. En la encuesta también se han incluido algunos aspectos nutricionales y de seguridad alimentaria *Ver Encuesta 2*.

Estas valoraciones estuvieron acompañadas por diferentes espacios de interacción grupal (Grupos focales) los cuales fueron realizados con las madres o los dadores de cuidado del menor, así se analizaron los comportamientos, las acciones y los patrones de crianza en cada uno de los hogares.

Generando información relevante con la cual posteriormente se pudo sacar conclusiones. Se diseñó una guía temática para el desarrollo de los grupos focales.

Después se evaluó el peso para la edad, talla para la edad y peso para la talla. Además, se tomó la medida del perímetro cefálico de cada niño teniendo en cuenta las recomendaciones en la

medición de la OMS

(https://www.who.int/childgrowth/publications/physical_status/es/) y por la resolución 2465 de

2016 del Ministerio de salud y protección social. Las tablas propuestas por la Organización

Mundial de la Salud (OMS) como los estándares de crecimiento infantil de niñas y niños

disponibles en: <https://www.who.int/childgrowth/standards/es/> desde el nacimiento hasta los dos años de edad.(Ver tablas 32-42)⁶.

6.3.4 Aspectos Éticos: Esta investigación estuvo enfocada en analizar el comportamiento y prácticas de crianza de cada estrato socioeconómico, sin discriminar a las personas al momento de su elección, por tal motivo el estudio en los hogares se realizó con el consentimiento informado de las personas para saber que dan su aprobación y colaboración.

⁶ OMS. Patrones de crecimiento infantil. Departamento de nutrición. Suiza. Recuperado de <http://www.who.int/childgrowth/standards/es/>

6.4 ANÁLISIS DEL CONTEXTO POR ENTREVISTA

Las variables con las cuales se realizó el trabajo, fueron de tipo biológico y social. Se obtuvo información a partir de entrevistas a los líderes sobre la actividad económica más frecuente en el barrio, las problemáticas sociales, urbanas y culturales. El estudio del contexto fue proporcionado en los conversatorios en grupo, las entrevistas con las madres y o dadores de cuidado y la observación en los hogares.

6.5 ANÁLISIS

6.5.1 Técnicas e Instrumentos.

1. Encuestas con formato cerrado (n= 120) y grabadora de audio para entrevista.
2. Conversatorios en grupos focales (3 grupos focales), entrevistas grupales, conversatorio con los líderes de los barrios seleccionados, dinámicas en grupo, observaciones etnográficas en los hogares.
3. Instrumentos antropométricos Formato de recolección de datos antropométricos, herramientas de pesaje (báscula) y medición (infantometro y cinta métrica), tablas de referencia de la OMS.

6.5.2 Categorización de variables, Tabulación y análisis.

Una vez recolectada la información en campo se procedió a realizar la transcripción de los grupos focales y el análisis de las encuestas creando categorías de análisis. La tabulación de encuestas se realizó creando una Base de Datos utilizando el programa de Excel, en el cual se pretendió filtrar por grupo (G.1, G.2, G.3) los datos recolectados. El proceso de análisis

cuantitativo se realizó haciendo uso de la herramienta de análisis estadístico SPSS para obtener valores descriptivos. La información fue recolectada por medio de 3 encuestas (ver anexos), la primera tenía el objetivo de seleccionar los menores con los que se realizó el trabajo, la segunda encuesta de valoración antropométrica para tomar medidas de peso, talla/longitud, perímetro cefálico, de brazo y de pierna. Para los resultados obtenidos en esta encuesta se tuvo en cuenta las tablas de los estándares de crecimiento para los niños y niñas según la OMS. La tercera y última encuesta tenía como objetivo la recolección de información relacionada con los dadores de cuidado y la salud de los menores.

Para las asociaciones de las variables de interés del estudio se utilizaron pruebas como chi cuadrado, y tablas de contingencia para la distribución espacial según los barrios para datos tabulados, teniendo como límites de significación estadística valores de p menores de 0,05, para determinar asociación con las características ambientales, epidemiológicas y nutricionales.

Las tablas de contingencia complejas es decir de tamaño $m \times n > 2 \times 2$, se analizaron mediante un análisis de asociación entre variables basado en el análisis multivariado y denominado análisis de correspondencias simple (ACS). Este análisis proporciona la chi-cuadrado de la matriz y descompone en un conjunto de combinaciones lineales independientes (sumas de variables por coeficientes) la matriz de recuentos de más de 2 categorías por variable. Las filas corresponden a categorías de objetos y las columnas a categorías de la variable. Cada combinación lineal es una dimensión ortogonal (normalización simétrica) para objetos y variables por separado. La importancia de la dimensión la da la inercia de la dimensión. El análisis busca encontrar una representación gráfica que describa la asociación por proximidad entre objetos y variables en las dos dimensiones cuando la chi-cuadrado es significativa ($p < 0.05$), si no lo es el análisis se toma como una tendencia local que no se puede confirmar ni

en la muestra, ni en la población (en este caso Caucasia). El análisis de la tendencia, sea o no significativa, puede tener interés descriptivo y también permite la descripción de proximidades entre categorías de objetos y variables cuando se usan distancias euclidianas transformando los recuentos de casos con la opción del módulo del SPSS para reducción de dimensiones (análisis de correspondencias).

7 RESULTADOS

Este apartado tiene como objetivo dar a conocer los resultados que se obtuvieron durante el trabajo de investigación con una muestra conformada por 120 niños y niñas en 116 hogares y con 117 dadores de cuidados, esto debido que un hogar cuenta con dos dadores de cuidados. Los resultados serán presentados de la siguiente forma: un primer apartado donde se da a conocer información general sobre las características sociodemográficas y de salud de la muestra estudiada y por ultimo información que permite conocer como es el estado nutricional de los menores. Un segundo apartado referido a información sobre el desarrollo psicomotor de los menores. El tercero hace referencia a la información de los dadores de cuidado y el grado de escolaridad de las madres, información del hogar, un paralelo realizado por los encargados de los menores en relación a cómo eran las prácticas de crianza de antes y como ellos perciben las actuales, esto en relación a las diferencias de género, a las normas y los acompañamientos que se les hacen a los menores para su adecuado desarrollo. Los últimos apartados hacen referencia a la relación que hay entre el estado nutricional y el desarrollo de los menores con el estrato socioeconómico de los hogares y al grado de escolaridad de las madres.

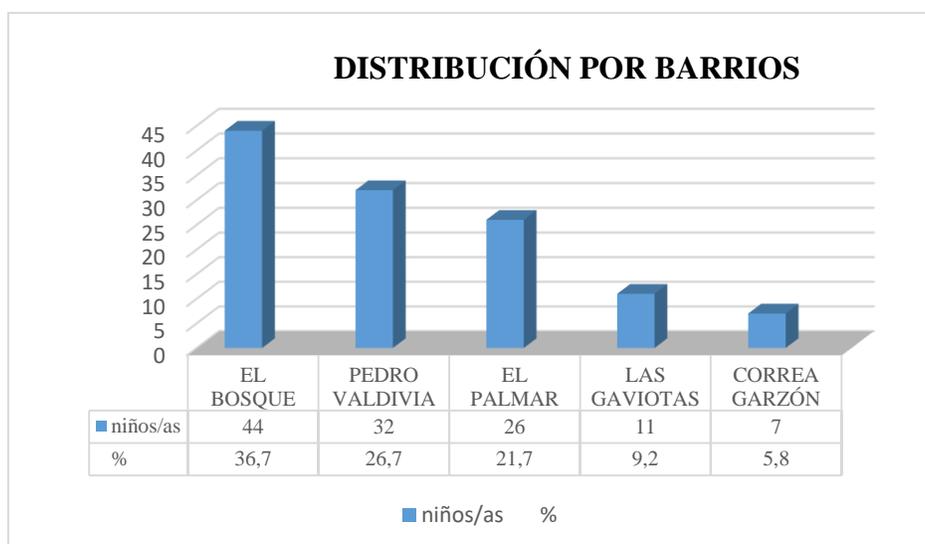
7.1 EVALUACION DEL ESTADO NUTRICIONAL

La evaluación del estado nutricional de niños y niñas menores de 5 años en Cauca no ha sido un objeto frecuente de investigación, por este motivo los resultados que se presentan tienen importancia para conocer la condición biológica de los menores que son una consecuencia de los cuidados durante la infancia, además este tipo de análisis tiene la utilidad de conocer la existencia de algunos factores determinantes de la situación nutricional de la comunidad.

7.1.1 Características sociodemográficas y de salud

La presente investigación en el municipio de mayor importancia administrativa y demográfica del Bajo Cauca, se ha concentrado en los niños y niñas provenientes de 5 barrios que están localizados en la zona urbana del norte de Cauca, entre los 49 barrios del municipio. En la Gráfica 1 se evidencia la ubicación geográfica de la muestra de niños y niñas incluidos en la presente investigación y su distribución según los barrios en los que viven. En los barrios: El Bosque, Pedro Valdivia y el Palmar se concentraron el 85% de los menores de la muestra estudiada, evidenciando del mismo modo que el barrio Correa Garzón con un 5,8% fue el que menor número de participantes tuvo.

Gráfica 1. Distribución en porcentajes de los niños y niñas por barrio.



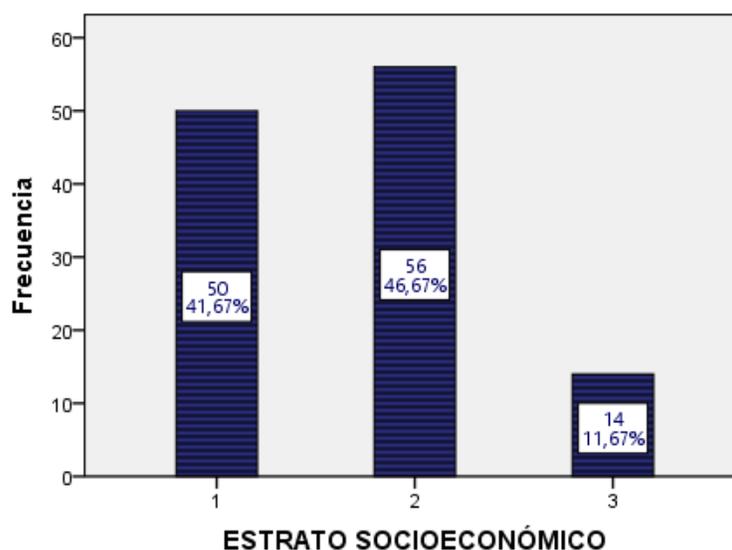
(*) Fuente: Elaborado por autora, en el software estadístico SPSS.

El estrato socioeconómico podría determinar el tipo y carácter de los cuidados que recibe la infancia según las hipótesis formuladas y por este motivo tiene importancia conocer la distribución de los niños y niñas por estrato. En la Gráfica 2, se presenta la distribución de la muestra, según el estrato socioeconómico al que pertenecen los menores. Evidenciando que el estrato 2 con un 46,7% es el que tuvo mayor participación en la investigación, mientras que el estrato socioeconómico 3 con un 11,6% presentó una menor representación de los hogares en el trabajo de investigación.

Respecto a la edad, se ha estudiado en la muestra de menores de 5 años la agrupación por meses. En la Tabla 1, se aprecia la distribución de la muestra según el rango de edad de los menores analizados, en la cual podemos destacar que los porcentajes más altos 21,7% y 19,2% hacen referencia a que la mayor parte de muestra tiene edades entre los 18-25 meses (26 menores) y

58-65 meses (23 menores) respectivamente, sin omitir que hay una cantidad significativa que se encuentra entre los 2 y los 17 meses (38 menores).

Gráfica 2. Distribución de la muestra de los niños y niñas por estrato socioeconómico.



(*) Fuente: Elaborado por autora, en el software estadístico SPSS.

Tabla 1. Distribución de las edades de los menores por estrato socioeconómico del hogar.

		ESTRATO SOCIOECONÓMICO			TOTAL
		1	2	3	
EDAD EN MESES (agrupado)	0-1	1	3	0	4
	2-9	8	9	1	18
	10-17	8	9	3	20
	18-25	8	15	3	26
	26-33	0	4	0	4
	34-41	0	3	2	5
	42-49	9	5	0	14
	50-57	1	1	1	3
	58-65	12	7	4	23
	66-73	3	0	0	3
Total		50	56	14	120

(*) Fuente: Elaborado por autora, en el software estadístico SPSS.

Se evidencia una distribución de la muestra por género al que pertenecen los menores (Tabla 2), en la que el 50,8% de la muestra estuvo conformada por niños y el 49,2% por niñas.

Tabla 2. Distribución por de la muestra por el género de los menores.

GÉNERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
Femenino	59	49,2	49,2
Masculino	61	50,8	100,0
Total	120	100,0	

(*) Fuente: Elaborado por autora, en el software estadístico SPSS.

El tamaño del número de personas que conforman un hogar puede verse relacionado con factores económicos o sociales que tienen las personas e incluso con la economía del hogar y tipos de cuidados como se puede ver más adelante en este estudio. En la Tabla 3, se evidencia que la mayoría de los hogares (50%) están conformados por 4 o 5 personas, en cambio un 30,2% están conformados por 2 a 3 personas y un 19,8% de los hogares tienen 6 o más personas.

Tabla 3. Distribución de la cantidad de personas que conforman los hogares.

N° DE PEROSNAS POR HOGAR	RECuento	%
De 2 a 3 personas	35	30,2
De 4 a 5 personas	58	50,0
De 6 o más personas	23	19,8
Total	116	100

(*) Fuente: Elaborado por autora, en el software estadístico SPSS.

El análisis de correspondencias simple (ACS), para estudiar la relación entre el estrato socioeconómico y la distribución por el tamaño de los hogares, produjo los siguientes resultados. En la tabla 4, se evidencia que el estrato socioeconómico 1 estaba compuesto por 24 hogares conformados por 4 a 5 personas, 16 compuestos por 2 a 3 personas y 10 entre 6 o más personas. En el estrato socioeconómico 2, la mayoría de los hogares 31, estaban conformados por 4 a 5 personas, 11 hogares por 2 a 3 personas y 14 por 6 o más personas. El estrato 3 estaba compuesto por 9 hogares conformados entre 2 a 3 personas, 4 hogares entre 4 a 5 personas y solo 1 hogar estaba conformado por 6 o más personas.

El valor de la prueba χ^2 para la tabla de contingencia, fue estadísticamente significativo (tabla 5). Mostrando un valor de relación de $p=0,039$. En la Gráfica 7, se evidencia una distribución de acuerdo a la dimensión 1, en donde los niños pertenecientes al estrato socioeconómico 1 están más relacionados con grupos de familia más grandes (hogares de 4 personas en adelante), el estrato 2 están más relacionado con familias compuestas por 4 a 5 personas y el estrato socioeconómico 3, se encuentra cerca de un grupo familiar compuesto por 2 a 3 personas.

Tabla 4. Tabla de contingencia del tamaño familiar según el estrato socioeconómico.

ESTRATO SOCIOECONÓMICO	TAMAÑO FAMILIAR			Total
	2-3 PERSONAS	4-5 PERSONAS	6 o más PERSONAS	
1	15	24	10	49
2	11	30	12	53
3	9	4	1	14
Total	35	58	23	116

(*) Fuente: Elaborado por autora, en el software estadístico SPSS.

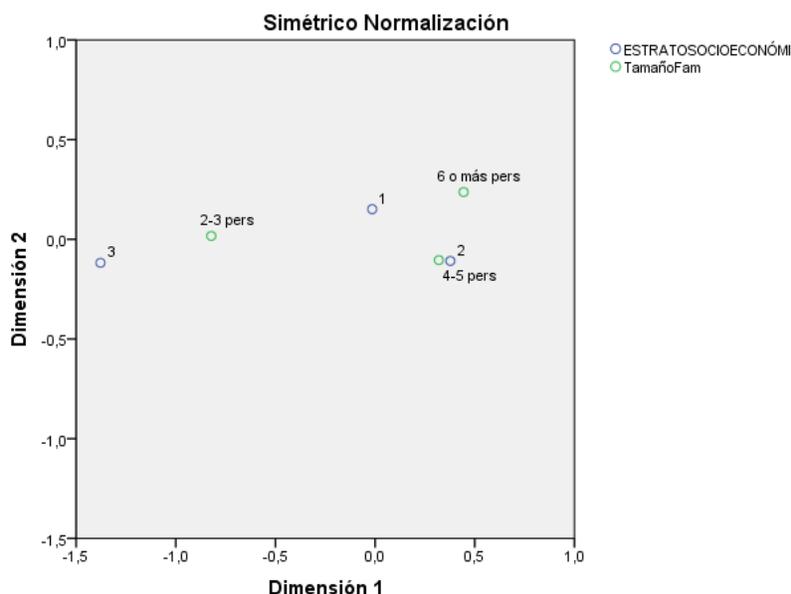
Tabla 5. Tabla con el puntaje de chi2.

Dimensión	Valor singular	Inercia	Chi cuadrado	Sig.	Proporción de inercia		Valor singular de confianza	
					Contabilizado para	Acumulado	Desviación estándar	Correlación 2
1	0,294	0,087			0,997	0,997	0,096	-0,053
2	0,017	0			0,003	1	0,093	
Total		0,087	10,075	,039a	1	1		

a. 4 grados de libertad

(*) Fuente: Elaborado por autora, en el software estadístico SPSS.

Gráfica 3. Distribución del tamaño familiar según el estrato socioeconómico



(*) Fuente: Elaborado por autora, en el software estadístico SPSS.

En la encuesta a los cuidadores se indagó por los antecedentes de salud de los menores y por las enfermedades más recurrentes. En donde se clasificaron 8 como las más importantes, algunas consideradas “normales o comunes” y otras que generan mayor atención para los dadores de cuidado. En la Tabla 6, se aprecian los tipos de enfermedades más comunes en los 120 niños y niñas pertenecientes a la muestra estudiada, en donde la enfermedad más común en los menores

son los resfriados y la obstrucción nasal, el primero con un 55% y el segundo con un 48,3%. Enfermedades como la varicela, las infecciones urinarias y la otitis son las que menos se presentan como antecedentes; además no se evidenció en la muestra ningún caso de sarampión o de paperas.

Tabla 6. Distribución por tipos de enfermedades más comunes.

TIPOS DE ENFERMEDAD	RECuento	%
Resfriados	66	55,0
Obstrucción nasal	58	48,3
Amigdalitis	17	14,2
Alergias	10	8,3
Otitis	5	4,2
Varicela	7	5,8
Infección urinaria	7	5,8
Pañalitis	9	7,5
Total	179	

(*) Fuente: Elaborado por autora, en el software estadístico SPSS.

La mayoría de las enfermedades más comunes en los menores y las cuales preocupan más a los dadores de cuidado, en especial a las madres, son de tipo gastrointestinal, las cuales generalmente son producidas por parásitos o por algún virus en el ambiente. En la Tabla 7, se evidencia una distribución de enfermedades presentadas en la muestra de los 120 niños y niñas, referidas por los dadores de cuidados durante la realización de la segunda visita a los hogares. En donde el 18,3% de los niños y niñas habían presentado pérdidas de apetito, el 10,8% diarrea, 10% fiebre y el 7,5% vómitos.

Tabla 7. Distribución de enfermedad referida en los últimos 15 días por los dadores de cuidado.

EN LOS ULTIMOS 15 DIAS	RECUESTO	%
Perdida de apetito	22	18,3
Diarrea	13	10,8
Vómitos	9	7,5
Fiebre	12	10,0
Total	56	

(*) Fuente: Elaborado por autora, en el software estadístico SPSS.

7.2 ESTADO NUTRICIONAL

Realizar estudios que permitan conocer el estado nutricional, tiene importancia para dar cuenta del estado de salud en el que se encuentran los menores de forma individual y colectiva, evaluándolos según la posición en la que se encuentren dentro de las curvas de crecimiento de la OMS. Las clasificaciones siguen lo planteado por la resolución 2465 de 2016 del Ministerio de salud y protección social. Los valores z y % en cada categoría de la tabla 8, 9, 10, 11, 12 y 13 se obtuvieron con el programa WHOAnthro de la OMS.

La evaluación del estado nutricional a través del indicador peso para la talla (P/T), sirve para identificar niños con bajo peso o con sobrepeso, y desnutrición aguda. En la Tabla 8, se evidencia el estado nutricional de los 120 niños y niñas, en donde se puede apreciar que el 72% de los niños y el 71% de las niñas pertenecientes a la muestra se encontraron en un peso adecuado para su talla mientras que en el 11% de la muestra en total se presentó con riesgo de desnutrición aguda, estos son casos leves, los tipos de casos moderados y severos no se

presentaron entre los menores estudiados. El 8% presenta riesgo de sobrepeso, de forma leve y no hubo ningún caso de obesidad y el sobrepeso (riesgo moderado) se presentó solo en un niño.

Tabla 8. Evaluación nutricional de peso/talla según el género ().*

GÉNERO	SOBREPESO			RIESGO DE SOBREPESO			PESO ADECUADO PARA LA TALLA			RIESGO DE DESNUTRICIÓN AGUDA			TOTAL
	n	z	%	n	z	%	n	z	%	n	z	%	
Niños	1	2,18	1,6	10	1,28	16,4	44	-0,1	72	6	-1,41	10	61
Niñas	0	0,00	0,0	10	1,29	17	42	0,14	71	7	-1,34	12	59
Total	1	2,18	1	20	1,29	8	86	0,02	72	13	-1,38	11	120

(*) Los códigos de colores se han extraído del programa WHOAnthro. Verde: estado normonutricional, amarillo: riesgos leves, naranja: riesgos moderados y rojo: riesgos severos. (n)= número de casos, (z) = puntaje z o ubicación del sujeto en las curvas por edad para los indicadores antropométricos, (%)= proporción de casos encontrados para el total del mismo sexo o en la última fila para el total de la muestra. (*) Fuente: Elaborado por autora, en el software estadístico SPSS.

El indicador antropométrico peso para la edad (P/E) da cuenta de la cantidad de masa corporal en relación a la edad cronológica de los menores y su sexo y sirve para detectar los casos de desnutrición global, es decir aquellos que son debidos tanto déficit en el crecimiento esquelético como en los tejidos blandos del cuerpo. En la Tabla 9, se evidencia la evaluación nutricional de la muestra de 120 niños y niñas pertenecientes a la investigación, en donde el 70% de los menores presentaron un peso adecuado para su edad, el 7% presentó riesgo de desnutrición global (casos leves) y un 3% presentó desnutrición global (casos moderados). No hubo casos severos. Los casos de exceso de peso fueron 25 (21%) pero se clasificaron con el IMC como recomienda la Resolución 2465 del Ministerio de Salud.

Tabla 9. Evaluación de peso/edad según el género (*).

GÉNERO	PESO ADECUADO PARA LA EDAD			RIESGO DE DESNUTRICIÓN GLOBAL			DESNUTRICIÓN GLOBAL			TOTAL
	n	z	%	n	z	%	n	z	%	
NIÑOS	48	0,13	79	3	-1,27	5	2	-2,75	3	53
NIÑAS	36	-0,05	61	5	-1,16	8	1	-2,26	2	42
TOTAL	84	0,04	70	8	-1,21	7	3	-2,5	3	95 (*)

(*) Los códigos de colores se han extraído del programa WHOAnthro. Verde: estado normonutricional, amarillo: riesgos leves, naranja: riesgos moderados y rojo: riesgos severos. (n)= número de casos, (z) = puntaje z o ubicación del sujeto en las curvas por edad para los indicadores antropométricos, (%)= proporción de casos encontrados para el total del mismo sexo o en la última fila para el total de la muestra. (**) Se consideran solo 95 casos y no 120 ya que hubo 25 niños que por tener peso superior al adecuado para su edad se clasificaron con el IMC según recomienda la Resolución 2465 del Ministerio de Salud. (*) Fuente: Elaborado por autora, en el software estadístico SPSS.

Por medio del indicador talla para la edad (T/E) se puede dar cuenta del estado nutricional de los menores a través del crecimiento lineal o crecimiento esquelético y sirve para conocer los casos de desnutrición crónica. En la Tabla 10, se evidencia la evaluación del estado nutricional de la muestra de los 120 niños y niñas, donde el 85% de los menores presentaron una talla adecuada para su edad, el 10% riesgos de talla baja y un 5% conformado por 5 niños y 1 niña presentaron talla baja para la edad.

Tabla 10. Evaluación del estado nutricional se talla/edad según el género (*).

GÉNERO	TALLA ADECUADA PARA LA EDAD			RIESGO DE TALLA BAJA			TALLA BAJA PARA LA EDAD			TOTAL
	n	z	%	n	z	%	n	z	%	
NIÑOS	54	0,5	89	2	-1,74	3	5	-2,4	8	61
NIÑAS	48	0,85	81	10	-1,4	17	1	-2,78	2	59
TOTAL	102	0,67	85	12	-1,57	10	6	-2,59	5	120

(*) Los códigos de colores se han extraído del programa WHOAnthro. Verde: estado normonutricional, amarillo: riesgos leves, naranja: riesgos moderados y rojo: riesgos severos. (n)= número de casos, (z) = puntaje z o ubicación del sujeto en las curvas por edad para los indicadores antropométricos, (%)= proporción de casos encontrados para el total del mismo sexo o en la última fila para el total de la muestra.
 (*) Fuente: Elaborado por autora, en el software estadístico SPSS.

La evaluación del indicador perímetro cefálico para la edad (PC/E), permite dar cuenta de cómo es el desarrollo de la cabeza de los menores, cambios o alteración en esta medida podría revelar problemas de neurodesarrollo y de salud en el adulto. En la Tabla 11, se evidencia que el 85% de la muestra de los 120 niños y niñas se encontraron en estado normal en relación al perímetro cefálico para la edad, y un 15% compuesto por 15 niñas y 3 niños presentan algún factor de riesgo para el neurodesarrollo.

Tabla 11. Evaluación del perímetro cefálico/edad según el género (*).

GÉNERO	FACTOR DE RIESGO PARA EL NEURODESARROLLO			NORMAL			FACTOR DE RIESGO PARA EL NEURODESARROLLO			TOTAL
	n	z	%	n	z	%	n	z	%	
NIÑOS	0	0,0	0	58	-0,17	95	3	0,4	5	61
NIÑAS	10	3,19	17	44	0,06	75	5	-2,84	8	59
TOTAL	10	3,19	8	102	-0,05	85	8	-1,22	7	120

(*) Fuente: Elaborado por autora, en el software estadístico SPSS.

El indicador antropométrico perímetro de brazo para la edad (PB/E), es importante para detectar riesgo de muerte por desnutrición en niños y niñas entre los 6 y los 59 meses de edad. Se puede aplicar de forma paralela al indicador de desnutrición aguda (P/T). En la Tabla 12, se evidencia la evaluación del estado nutricional de los 120 niños y niñas estudiados, en relación al perímetro de brazo para la edad, en donde el 100% de la muestra se encontró en estado normal, no presentando ninguno de los menores estudiados riesgos importantes de muerte por desnutrición.

Tabla 12. Evaluación del estado nutricional del perímetro de brazo/edad según el género (*).

GÉNERO	NORMAL			TOTAL
	n	z	%	
NIÑOS	61	15,54	100	61
NIÑAS	59	15,08	100	59
TOTAL	120	15,31	100	120

(*) Los códigos de colores se han extraído del programa WHOAnthro. Verde: estado normonutricional, amarillo: riesgos leves, naranja: riesgos moderados y rojo: riesgos severos. (n)= número de casos, (z) = puntaje z o ubicación del sujeto en las curvas por edad para los indicadores antropométricos, (%)= proporción de casos encontrados para el total del mismo sexo o en la última fila para el total de la muestra.
 (*) Fuente: Elaborado por autora, en el software estadístico SPSS.

El indicador IMC para la edad (IMC/E) permite evidenciar cambios ligados al exceso o al déficit de energía en la salud de los menores. Este indicador es especialmente útil para examinar casos ligados al sobrepeso u obesidad. En la Tabla 13, se observa que la evaluación del estado nutricional con el IMC/E en la muestra de niños y niñas de Caucasia identifica el 21% de los menores con riesgo de sobrepeso (casos leves) y solo hay 1 niño que tiene el 1% con sobrepeso, además es un caso de riesgo moderado, no se encontraron niños y niñas en la categoría de obesidad.

Tabla 13. Evaluación del estado nutricional del IMC/edad según el género (*).

GÉNERO	SOBREPESO			RIESGO DE SOBREPESO			TOTAL
	n	z	%	n	z	%	
NIÑOS	1	2,27	2	13	1,28	21	14
NIÑAS	0	0,00	0	12	1,33	20	12
TOTAL	1	2,27	1	25	1,30	21	26(**)

(*) Los códigos de colores se han extraído del programa WHOAnthro. Verde: estado normonutricional, amarillo: riesgos leves, naranja: riesgos moderados y rojo: riesgos severos. (n)= número de casos, (z) = puntaje z o ubicación del sujeto en las curvas por edad para los indicadores antropométricos, (%)= proporción de casos encontrados para el total del mismo sexo o en la última fila para el total de la muestra. (**) son 26 casos y no 120 debido a que 94 niños fueron delgados (valores bajos de IMC) y se clasificaron en la tabla de P/T como recomienda la resolución 2465 del Ministerio de Salud.

(*) Fuente: Elaborado por autora, en el software estadístico SPSS.

7.3 DESARROLLO PSICOMOTRIZ DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

Conocer el momento del desarrollo psicomotriz de los menores, permite abordar el problema de si se encuentran en el momento adecuado para la adquisición del aprendizaje de habilidades en las etapas por las atraviesan. Además, da cuenta de los procesos por los que pasan hasta lograr el control total de sus habilidades motoras o acciones básicas.

En la Tabla 14, se evidencia que el 79,2% de la muestra de los niños y niñas presentaron agarre de los objetos entre el primer y tercer mes de edad. El 90,9% de los menores sostuvieron la cabeza por si solos entre el primer y cuarto mes. El 20% de la muestra no han iniciado aun la etapa del gateo o simplemente no gatearon, mientras el 70% iniciaron el gateo entre el sexto y noveno mes. Los meses en los que los niños y niñas han comenzado a realizar los primeros pasos son entre los 10 a los 12 meses y un 17,5% de la muestra aun no inicia a caminar

Tabla 14. Distribución de las características del desarrollo psicomotriz en los niños y niñas

TIEMPO EN MESES	RECuento	%	
AGARRE DE OBJETOS	1	31	25,8
	2	32	26,7
	3	32	26,7
	4	16	13,3
	5	4	3,3
	6	3	2,5
	8	2	1,7
TOTAL	120	100	
SOSTUVO LA CABEZA	1	28	23,3
	2	35	29,2
	3	32	26,7
	4	14	11,7
	5	5	4,2
	6	5	4,2
	7	1	0,8
TOTAL	120	100	
COMENZO A GATEAR	0	24	20,0
	4	3	2,5
	5	6	5,0
	6	17	14,2
	7	22	18,3
	8	32	26,7
	9	13	10,8
	10	3	2,5
TOTAL	120	100	
PRIMEROS PASOS	0	21	17,5
	7	1	0,8
	8	9	7,5
	9	10	8,3
	10	27	22,5
	11	10	8,3
	12	29	24,2
	13	7	5,8
	14	1	0,8
	16	3	2,5
	18	2	1,7
TOTAL	120	100	

(*) Fuente: Elaborado por autora, en el software estadístico SPSS.

7.4 INFLUENCIA DE LOS PATRONES DE CRIANZA EN EL ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS Y NIÑAS

El estado nutricional y las prácticas de crianza son factores que están determinados por aspectos económicos, sociales y culturales. En donde la disponibilidad, el acceso, y el consumo de los alimentos juegan un papel importante en el repertorio de estrategias de cuidados para el desarrollo de los niños y niñas, el análisis de las características sociodemográficas de la familia y sus hábitos alimentarios permiten observar posibles riesgos para la salud de los menores.

7.4.1 Características sociodemográficas, grado de parentesco y hábitos de los dadores de cuidado.

Los dadores de cuidados, son las personas a cargo de suministrar afecto, alimentación, protección, condiciones para el desarrollo físico e integral, conocimientos y saberes a los menores, en la mayoría de los casos son familiares cercanos. En la Tabla 15, se puede observar una distribución por el género al que pertenecen los dadores de cuidado de los menores, arrojando como resultado que el 93,2% de los dadores de cuidados de los niños y las niñas son mujeres y que el 6,8% son hombres.

Tabla 15. Distribución por el género de los dadores de cuidados

GENERO DEL DADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
Femenino	109	93,2	93,2
Masculino	8	6,8	100,0
Total	117	100,0	

(*) Fuente: Elaborado por autora, en el software estadístico SPSS.

En la Tabla 16, se observa que el 77,8% de las encargadas de los menores son las mamás, seguidas de las abuelas con un 14,5%, mientras que en los porcentajes más bajos se encuentran los papás con un 6,8% y la tía con 0,9%.

Tabla 16. Distribución del grado de parentesco entre el dador de cuidado y el menor.

PARENTESCO	FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
Abuela	17	14,5	14,5
Mamá	91	77,8	92,3
Papá	8	6,8	99,1
Tía	1	,9	100,0
Total	117	100,0	

(*) Fuente: Elaborado por autora, en el software estadístico SPSS.

En los barrios estudiados se analizó la distribución de los dadores de cuidados por las actividades económicas más representativas (Tabla 17), en donde se logró evidenciar que la actividad económica que más desempeñan los dadores de cuidados es la de los oficios varios con un 55,6%, los barrios que más lo practican son El Bosque con 21 personas y El Palmar, el comercio puede ser visto como la segunda actividad económica más importante con un 19,7% teniendo mayor representación en el barrio Pedro Valdivia.

Tabla 17. Distribución de la actividad económica realizada por los dadores de cuidados en relación a los barrios.

ACTIVIDAD ECONÓMIC A PRINCIPAL	BARRIO					TOTAL
	CORREA GARZÓ N	EL BOSQUE	EL PALMA R	LAS GAVIOTA S	PEDRO VALDIVI A	
Minería	0 (0,0%)	1 (0,9%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,9%)
Administrador	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,9%)	1 (0,9%)
Agricultura	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,9%)	1 (0,9%)
Auxiliar De Enfermería	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,9%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,9%)
Comercio	2 (1,7%)	6 (5,1%)	5 (4,3%)	3 (2,6%)	7 (6,0%)	23 (19,7%)
Docente	0 (0,0%)	1 (0,9%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,9%)
Ganaderia	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,9%)	1 (0,9%)
Minería	0 (0,0%)	5 (4,3%)	1 (0,9%)	0 (0,0%)	1 (0,9%)	7 (6,0%)
Mototaxismo	1 (0,9%)	4 (3,4%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (1,7%)	7 (6,0%)
Oficios Varios	4 (3,4%)	21 (17,9%)	18 (15,4%)	7 (6,0%)	15 (12,8%)	65 (55,6%)
Policia	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,9%)	1 (0,9%)
Porcicultura	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,9%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,9%)
Secretaria	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,9%)	0 (0,0%)	1 (0,9%)
Soldador	0 (0,0%)	1 (0,9%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,9%)
Topografo	0 (0,0%)	2 (1,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (1,7%)
Trabajador Independiente	0 (0,0%)	1 (0,9%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,9%)
Vigilancia	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (1,7%)	2 (1,7%)
Total	7 (6,0%)	42 (35,9%)	26 (22,2%)	11 (9,4%)	31 (26,5%)	117 (100,0%)

(*) Fuente: Elaborado por autora, en el software estadístico SPSS.

Hogares

El termino hogar fue descrito por los dadores de cuidado de los menores como como aquel lugar central donde el niño o la niña adquiere los conocimientos adecuados y los cuales le van a permitir afrontar distintas situaciones en la vida, “el hogar, es el lugar donde se adquieren [sic] todo lo necesario para la vida, es donde uno encuentra seguridad, ayuda y amor” (María, primer grupo focal, 22/03/2018).

El acceso a alimentos de calidad y en la cantidad necesaria es de las cosas más importantes para los niños y niñas, hoy en día se evidencia que la adquisición de estos se puede realizar de múltiples formas. En Tabla 18, se presenta la distribución de los tipos de adquisición de alimentos, en el 99,2% de los hogares los alimentos son producto de la compra, mientras el 0,8% son de producción propia.

Tabla 18. Distribución de la obtención de los alimentos en los hogares

OBTENCIÓN DE LOS ALIMENTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
La Compra	115	99,1	99,1
La produccion propia	1	0,9	100,0
Total	116	100,0	

(*) Fuente: Elaborado por autora, en el software estadístico SPSS.

Responsabilidad del hogar, Parentesco y grado de escolaridad de los dadores de cuidado

En la Tabla 19, se evidencia con un 51,7% que las madres son vistas como la figura de mayor responsabilidad en los hogares, seguidas por los padres o padrastros de los menores con un 40,5%.

Tabla 19. Distribución de la responsabilidad en el hogar.

RESPONSABLE DEL HOGAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
Abuela	8	6,9	6,9
Mamá	60	51,7	58,6
Papá / Padrastro	47	40,5	99,1
Tía	1	0,9	100,0
Total	116	100,0	

(*) Fuente: Elaborado por autora, en el software estadístico SPSS.

La salud y la educación se muestran íntimamente relacionadas, en una encuesta realizada a los dadores de cuidado de 120 menores, se logró evidenciar que estos buscan prepararse más con el pasar de los días, planteando que al hacerlo están preparados para afrontar cambios ya sean de tipo económicos o sociales. En la Tabla 20, se evidencia una distribución de la muestra por el grado de escolaridad de los dadores de cuidado de los menores. Evidenciando que el 35,3% de las personas han adquirido el título de técnicos y 34,5% el de bachillerato. El porcentaje más bajo es del 4,3% donde solo 5 personas han obtenido un título universitario.

Tabla 20. Distribución por el grado de escolaridad del dador de cuidado.

GRADO DE ESCOLARIDAD DEL DADOR DE CUIDADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
Bachiller	40	34,5	34,5
Primaria	12	10,3	44,8
Secundaria	18	15,5	60,3
Técnico	41	35,3	95,7
Universitario	5	4,3	100,0
Total	116	100,0	

(*) Fuente: Elaborado por autora, en el software estadístico SPSS.

En la Tabla 21, se presenta la distribución de la muestra por el grado de escolaridad que tienen los dadores de cuidados y el parentesco que tienen con los niños y niñas, en donde se aprecia que las mamás de los menores son quienes presentan un mayor grado de escolaridad en comparación con las abuelas y los papás de los niños. 33 de ellas han obtenido el título de bachiller, 35 el título de técnicas y 3 han logrado realizar carreras universitarias.

Tabla 21. Distribución por el grado de escolaridad y su parentesco con el menor.

Parentesco	Bachiller	Primaria	Secundaria	Técnico	Universitario	Total
Abuela	5	4	4	2	1	16
Mamá	33	8	12	35	3	91
Papá	2	0	2	3	1	8
Tía	0	0	0	1	0	1
Total	40	12	18	41	5	116

(*) Fuente: Elaborado por autora, en el software estadístico SPSS.

7.5 PRÁCTICAS DE CRIANZA

Las prácticas de crianza son vistas como todas aquellas acciones cargadas de saberes o creencias relacionadas con los valores, los cuidados, la alimentación, el desarrollo, las normas y la educación de los menores que los padres o los dadores de cuidado tienen en distintas situaciones de la vida. La crianza está fuertemente marcada por aquello que se considera conveniente y bueno para ser replicado, son conocimientos que se pueden evidenciar de forma individual, pero al mismo tiempo es común encontrar posiciones similares en un grupo de personas o en una misma comunidad. En donde los padres de los menores deciden si tienen presente o no todos aquellos recuerdos o vivencias que tuvieron durante su infancia y cuáles de esas les gustaría transmitirles o replicarlas con sus hijos y nietos.

Las distintas posiciones adquiridas básicamente reflejan una serie de patrones, los cuales hacen referencia a normas determinadas a través de guías o recomendaciones a seguir. Un ejemplo de esto es la determinación del tiempo adecuado para dar inicio a la alimentación complementaria en los niños, los alimentos aptos para este proceso y el tiempo adecuado para dejar de amamantar a los menores. Convirtiendo estas recomendaciones en un tipo de dilema para los padres, los cuales tienen que elegir entre las recomendaciones hechas por los pediatras o médicos y las creencias que tienen los padres en relación a los cuidados.

7.5.1 **Prácticas de la crianza de antes**

Los padres y los dadores de cuidados de los menores manifestaron que anteriormente las prácticas de crianza estaban fuertemente marcadas por la imponencia de actividades en donde se les enseñaba a las niñas a ser “mujer” realizando labores domésticas desde los 8 años de edad; a los niños por el contrario se les enseñaba las labores más activas que realizaban los papás en el campo. No evidenciaban que hubiera muchos cuidados especiales hacia los menores, sino que las mamás los tenían cerca mientras ellas realizaban las labores de la casa, estas no los mantenían cargados o en brazos. El inicio de la alimentación complementaria se daba a partir de los 3 meses con coladas de plátano, tinta de frijoles con leche, y sopas de verdura. No les daban leches de potes a los niños, por bajos ingresos económicos o porque algunas mamás no las consideraban del todo buenas para los niños. El tetero principal era de aguapanela con leche o de aguapanela con limón, ya que se creía que estos tienen la función de preparar el estómago de los niños y niñas para la variedad de comida de todo el día, acelerando al mismo tiempo la digestión de los alimentos.

7.5.2 Prácticas de la crianza actual

Actualmente la construcción de creencias ligadas a la forma correcta en la que se debe criar a los niños se ha visto marcada por las distintas vivencias en relación a lo aprendido por las personas a cargo del menor, con sus propios abuelos o papás; siendo la experiencia previa un determinante para la reproducción de conocimientos y prácticas para temas relacionados con la alimentación, la lactancia y los patrones de crianza.

Las creencias previas relacionadas con la alimentación que se les debe dar a los niños, se logró observar principalmente cuando se conversó con los dadores de cuidado sobre el tiempo adecuado en el que se debería realizar la iniciación de una alimentación complementaria en los niños, y cuales serían esos alimentos útiles o necesarios para dar inicio a ese proceso. La mayoría de los dadores de cuidado coincidieron en que, al momento de iniciar una alimentación complementaria, se debe hacer con alimentos “suaves”, cuando se emplea este tipo de categoría se hace referencia a distintos tipos de sopas, pero en especial a la “sopa de todos los plátanos”⁷ (que se les da como primer alimento), papillas, compotas, jugos, etc. Sin embargo, cuando se habló de cuál sería el momento adecuado para dar inicio a esta práctica, sus respuestas estaban ligadas no solo a sus creencias o percepciones como tal, sino también a lo dicho o manifestado por sus papás especialmente por las abuelas del niño o niña, evidenciando también que muchas de las personas responsables de los menores asumen el momento y el tipo de alimento de acuerdo a las sugerencias realizadas por los pediatras en donde afirman: “según lo que el pediatra

⁷ La sopa de todos los plátanos es una sopa en crema compuesta por el plátano dominico, chopo, guineo, banano. Su preparación consiste en pelar los plátanos y ponerlos a cocinar con un poquito de sal y por último se licuan todos los ingredientes. Los plátanos se ponen en el agua con sustancia de carne o pollo para darles un sabor distinto.

me dijo es que debo dar inicio a la alimentación complementaria a partir de los 6 meses e iniciar esta con alimentos sanos para el niño” (Kelly, El Bosque, segundo grupo focal, 28/03/2018).

En relación a los cuidados que se tienen con los menores, se logró evidenciar dos tipos; uno de ellos ligado al día a día que tienen los dadores de cuidado y otro relacionado al tema de las enfermedades. Para el primero, manifestaron atenciones relacionadas con la alimentación, en donde los alimentos deben estar bien lavados, preparados y cocidos, no darles agua cruda (agua del grifo), mantenerlos aseados y estar pendiente de que no se lleven ningún objeto a la boca. En relación a las enfermedades se encontraron acciones antes y durante la enfermedad.

ANTES: Evitar bañarlos a altas horas de la noche, no darles alimentos muy fríos, tener las vacunas al día y mantener una buena higiene en el hogar.

DURANTE: evitar que se mojen con agua lluvia, estar al tanto de los medicamentos, evitar sacarlos a altas horas de la noche, evitando complicar la gripa o causar una enfermedad más grave.

Diferencias socioeconómicas en las prácticas de crianza

Las prácticas alimentarias se ven alteradas por distintos condicionantes como son la composición de los hogares, el estado civil de las mamás y especialmente por los ingresos económicos que llegan al hogar. Una cosa muy distinta es lo que los dadores o encargados de los menores quieren proporcionales y otra es lo que realmente se puede y se logra proporcionar en su contexto. En temas de alimentación anteriormente se mencionaba cuáles eran los alimentos que las personas responsables de los menores consideraban necesarios a la hora de dar inicio a la alimentación complementaria, pero esto de cierta forma no se realiza completamente. Debido a que la alimentación complementaria en la muestra se está dando antes de los 6 meses, esto ligado

principalmente a cuestiones de tiempo, en donde la mamá tiene que salir a trabajar y no puede dedicarle tiempo completo al menor, dejándolo a cargo la mayoría de las veces con las abuelas o familiares cercanos.

Otro factor que determina el inicio de la alimentación complementaria es el económico, existen hogares que presentan poca disponibilidad económica y por tanto tienen un acceso limitado a los alimentos, especialmente a la hora de comprar la leche en tarro, sumándose además el hecho de que son muy pocas las mamás que tienen suficiente leche materna para alimentar a los menores hasta un tiempo que se considere adecuado; siendo esta una de las principales razones por las que en los hogares se comienza la alimentación complementaria de forma temprana. Cabe resaltar que este tipo de situaciones se evidenció aún más en hogares que están conformados por madres cabeza de familia.

Los cuidados y atenciones hacia los menores, son en parte completamente distintas a las que se tenían unas décadas atrás, las prácticas de crianza de ahora tienden a ser más “sobreprotectoras” con los menores en aspectos ligados a la higiene, al cuidado de las enfermedades, a la selección exclusiva de alimentos y a las interacciones que tienen los menores con otras personas; pero al mismo tiempo tienden a darles mayor libertad en cuando a las decisiones. Las formas de corregir y las reglas de los hogares tienden a inclinarse más hacia el respeto con los menores y la paciencia, sin dejar de lado en ocasiones la forma rígida como medio para corregir lo que los papás y mamás denominan grosería o rebeldía. Se evidenció que en los hogares de los estratos socioeconómicos 1 y 2, las reglas tienden a ser mucho más flexibles que en los hogares del estrato socioeconómico 3; además se comprobó por encuesta que 77 hogares (66%) de la muestra seleccionada implementan reglas de tipo flexible y el 34% reglas no flexibles (Tabla 22).

Tabla. 22 Distribución de las reglas de los hogares por el estrato socioeconómico.

		REGLAS EN EL HOGAR				
		FLEXIBLES		NO FLEXIBLES		TOTAL
		N	%	N	%	
ESTRATO SOCIOECONÓMICO	1	35	45,5	14	35	49
	2	39	50,6	15	37,5	54
	3	3	3,9	11	27,5	14
TOTAL		77	100	40	100	117

(*) Fuente: Elaborado por autora, en el software estadístico SPSS.

Las reglas en los hogares también están determinadas por diversos factores, en la Tabla 23 se evidencia que las reglas tienden a ser más flexibles cuando no hay hijos únicos con un 57,1% en los niños y niñas y se implementan reglas mucho más rígidas con un 62,5% en los menores que son hijos únicos.

Tabla. 23 Distribución de las reglas en los hogares.

		REGLAS EN EL HOGAR				
		FLEXIBLE		NO FLEXIBLES		TOTAL
		N	%	N	%	
HIJO ÚNICO	No	44	57,1	15	37,5	59
	Sí	33	42,9	25	62,5	58
TOTAL		77	100	40	100	117

(*) Fuente: Elaborado por autora, en el software estadístico SPSS.

Diferencias de género en las prácticas de crianza

Es común encontrar que las madres sean las encargadas de atención y cuidados no solo de la familia sino también de los niños y niñas, sin embargo, esta responsabilidad no está reservada únicamente a las madres; los padres y los abuelos/as también fueron en el estudio figuras muy representativas para los cuidados y atenciones de los menores. Las prácticas de crianza se van

modificando con el pasar del tiempo, en este caso se evidenció que los papás a diferencia de las madres y las abuelas, tendieron a ser más condescendientes a las peticiones de los menores, mostrándose indiferentes ante ciertos comportamientos y delegando mayor responsabilidad a las mamás de los pequeños. Sin embargo, en algunos casos los papás eran quienes estaban a cargo y tomaban el control total de las situaciones, explicando que ellos como figura paterna son vistos con respeto, autoridad y además al ser vistos como ejemplo, influyen en la crianza de los menores.

7.6 RELACIÓN ENTRE EL ESTADO NUTRICIONAL, EL ESTRATO SOCIOECONÓMICO Y EL NIVEL EDUCATIVO DE LA MADRE

7.6.1 Estrato socioeconómico

El análisis de correspondencias simple (ACS) por categorías para estudiar la relación entre el estrato socioeconómico del hogar y el estado nutricional de los menores arrojó los siguientes resultados. En la Tabla 24 se evidencia que 35 menores pertenecientes al estrato socioeconómico 1 presentan un peso adecuado para su talla, 7 de ellos riesgos de desnutrición aguda, 7 riesgo de sobre peso y solo 1 presenta sobrepeso; para el estrato socioeconómico 2, 41 menores presentan peso adecuado, 5 riesgos de desnutrición aguda y 10 riesgos de sobrepeso. El estrato socioeconómico 3 presenta 10 menores con peso adecuado para la talla, 1 en riesgo de desnutrición y 3 presentan riesgos de sobre peso.

El valor de la prueba χ^2 para la tabla de contingencia, no fue estadísticamente significativo ($p > 0,05$). La distribución biespacial o bidimensional en la Gráfica 4, muestra que el estrato 1 se encuentra cerca del riesgo de desnutrición aguda. El estrato 2 se encuentra cerca de peso

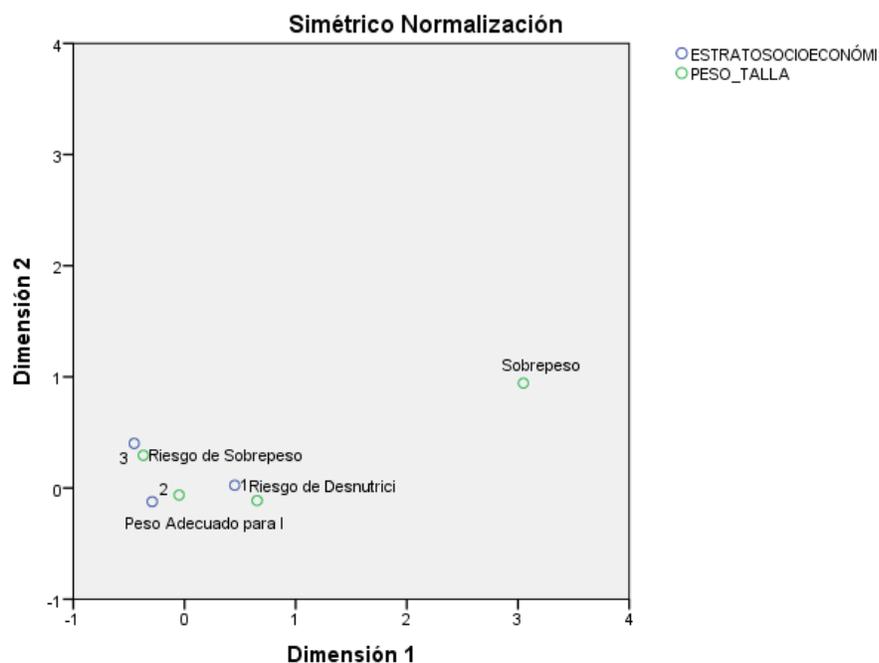
adecuado para la talla y el estrato 3 relativamente cerca de riesgo de sobrepeso. No obstante, el sobrepeso se relaciona poco con todos los estratos.

Tabla 24. Tabla de contingencia de la evaluación del estado nutricional peso/talla según el estrato socioeconómico.

ESTRATO SOCIOECONÓMICO	PESO_TALLA				
	PESO ADECUADO PARA LA TALLA	RIESGO DE DESNUTRICIÓN AGUDA	RIESGO DE SOBREPESO	SOBREPESO	TOTAL
1	35	7	7	1	50
2	41	5	10	0	56
3	10	1	3	0	14
Total	86	13	20	1	120

(*) Fuente: Elaborado por autora, en el software estadístico SPSS.

Gráfica 4. Distribución espacial de la evaluación nutricional peso/talla según estrato socioeconómico.



(*) Fuente: Elaborado por autora, en el software estadístico SPSS.

En la tabla 25 se evidencia que 35 menores del estrato socioeconómico 1 presentaron peso adecuado para la edad y 4 de ellos, riesgo de desnutrición global. El estrato socioeconómico 2 presentó 40 menores con peso adecuado para la edad, 3 en riesgo de desnutrición global y 3 desnutrición global. El estrato 3 presentó 9 menores con peso adecuado para la edad, y 1 riesgo de desnutrición global. El valor de la prueba Chi² para la tabla de contingencia, no fue estadísticamente significativo ($p > 0,05$). La distribución espacial en la Gráfica 5, el estrato socioeconómico 1 se encuentra cerca de peso adecuado para la edad y de riesgo de desnutrición de acuerdo a la dimensión 1, por lo tanto, el estrato socioeconómico 2 se encuentra cerca de peso adecuado para la talla y el estrato socioeconómico 3 cerca de peso adecuado para la edad.

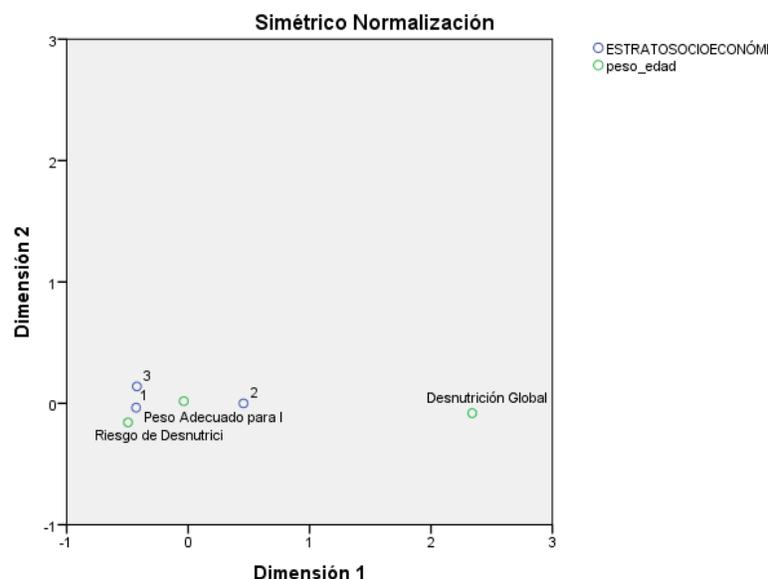
Tabla 25. Tabla de contingencia de la evaluación del estado nutricional peso/edad según el estrato socioeconómico.

ESTRATO SOCIOECONÓMICO	PESO_EDAD			
	PESO ADECUADO PARA LA EDAD	RIESGO DE DESNUTRICIÓN GLOBAL	DESNUTRICIÓN GLOBAL	TOTAL
1	35	4	0	39
2	40	3	3	46
3	9	1	0	10
TOTAL	84	8	3	95

(*) Se consideran solo 95 casos y no 120 ya que hubo 25 niños que por tener peso superior al adecuado para su edad se clasificaron con el IMC según recomienda la Resolución 2465 del Ministerio de Salud.

(*) Fuente: Elaborado por autora, en el software estadístico SPSS.

Gráfica 5. Distribución de la evaluación del estado nutricional peso/edad según el estrato socioeconómico.



(*) Fuente: Elaborado por autora, en el software estadístico SPSS.

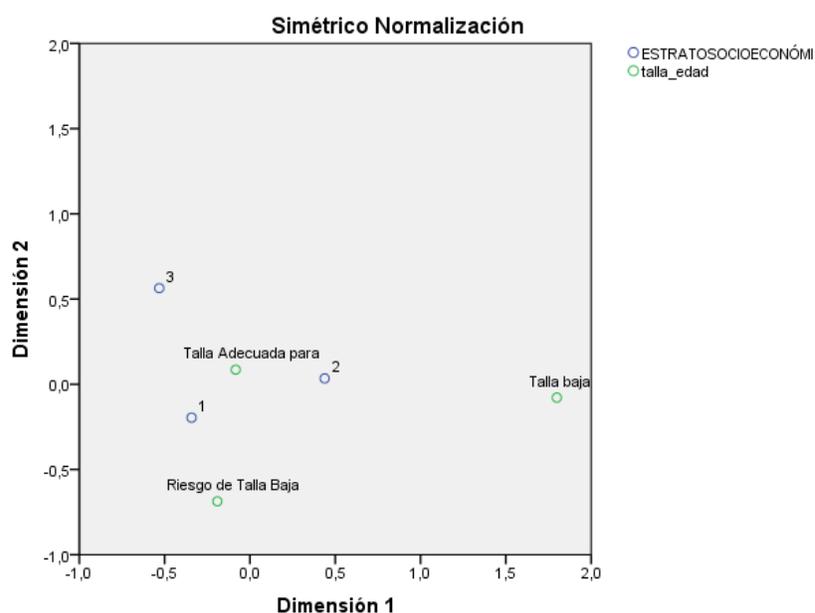
En la Tabla 26 se evidencia que 43 menores pertenecientes al estrato socioeconómico 1 presentan talla adecuada para la edad, 6 riesgos de talla baja y solo 1 niño presenta talla baja. Para el estrato socioeconómico 2 46 menores presentan talla adecuada para la edad, 5 riesgos de talla baja y 5 menores talla baja para su edad. El estrato 3 presenta 13 menores con talla adecuada para la edad, y solo 1 menor presenta riesgo de talla baja. El valor de la prueba χ^2 para la tabla de contingencia, no fue estadísticamente significativo ($p > 0,05$). En la distribución espacial de la Gráfica 6, se evidencia que los estratos socioeconómicos 1, 2 y 3 se encuentran cerca de talla adecuada para edad, de acuerdo a la dimensión 2.

Tabla 26. Tabla de contingencia de la evaluación del estado nutricional talla/edad según el estrato socioeconómico.

ESTRATO SOCIOECONÓMICO	TALLA_EDAD			TOTAL
	TALLA BAJA	RIESGO DE TALLA BAJA	TALLA ADECUADA PARA LA EDAD	
1	1	6	43	50
2	5	5	46	56
3	0	1	13	14
TOTAL	6	12	102	120

(*) Fuente: Elaborado por autora, en el software estadístico SPSS.

Gráfica 6. Distribución de la evaluación del estado nutricional talla/edad según el estrato socioeconómico.



(*) Fuente: Elaborado por autora, en el software estadístico SPSS.

En la Tabla 27 se evidencia, que 42 menores pertenecientes al estrato socioeconómico 1 se encuentran normal y 8 menores presentan factores de riesgo de neurodesarrollo, 48 menores del estrato socioeconómico 2 se encuentran en estado normal, y 8 de ellos presentan riesgo de

neurodesarrollo, el estrato 3 presenta 12 menores en estado normal y 2 con factores de riesgo de neurodesarrollo.

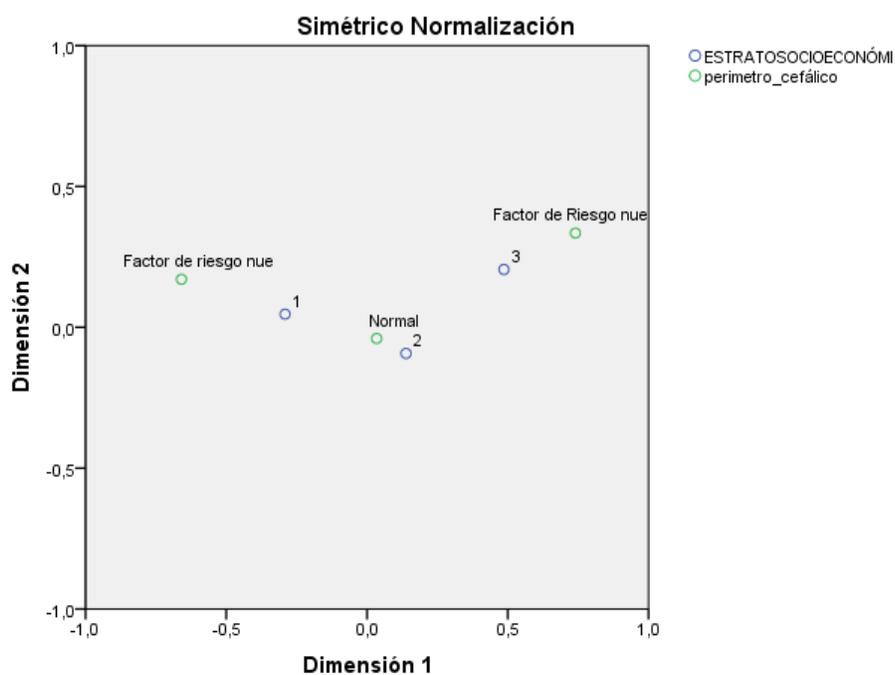
El valor de la prueba Chi² para la tabla de contingencia, no fue estadísticamente significativo ($p>0,05$). En la distribución espacial de la Gráfica 7, se evidencia que los estratos socioeconómicos 1, 2 y 3 se encuentran más cerca de la evaluación normal que el estrato 3, de acuerdo a la dimensión 1.

Tabla 27. Tabla de contingencia de la evaluación del perímetro cefálico según el estrato socioeconómico.

ESTRATO SOCIOECONÓMICO	PERIMETRO_CEFÁLICO			TOTAL
	NORMAL	FACTOR DE RIESGO DE NEURODESARROLLO POR DEBAJO	FACTOR DE RIESGO NEURODESARROLLO POR ENCIMA	
1	42	2	6	50
2	48	3	5	56
3	12	1	1	14
TOTAL	102	6	12	120

(*) Fuente: Elaborado por autora, en el software estadístico SPSS.

Gráfica 7. Distribución de la evaluación del perímetro cefálico según el estrato socioeconómico



(*) Fuente: Elaborado por autora, en el software estadístico SPSS.

La restricción en el acceso y la disponibilidad de los alimentos en los hogares podría generar distintos tipos de alteraciones en el estado nutricional y en el desarrollo de los menores. En la Tabla 28, se evidencia que 84 hogares en los que los ingresos económicos por día se encuentran superiores a los \$15.000 y \$20.000 pesos, los menores tienden a presentar una talla adecuada para su edad; a diferencia esos, los ingresos económicos menores o iguales a este rango son propensos a presentar riesgos de talla baja (10). Se evidenció además que 6 menores estudiados presentan talla baja, de ellos 1 tiene ingresos inferiores a \$5.000 pesos y 5 presentan ingresos superiores a los \$20.000 pesos.

El valor de la prueba Chi2 para la tabla de contingencia, fue estadísticamente significativo (Tabla 29). Mostrando un valor de relación de $p=0,028$. En la gráfica 8, se evidencia una distribución de acuerdo a la dimensión 1.

Tabla 28. Tabla de contingencia de la evaluación de talla/edad según los ingresos económicos por día

INGRESOS POR DÍA EN LA FAMILIAR	TALLA_EDAD			TOTAL
	TALLA BAJA	RIESGO DE TALLA BAJA	TALLA ADECUADA PARA LA EDAD	
Menos de \$5.000	1	0	3	4
Entre \$5.000 y \$10.000	0	4	15	19
Entre \$15.000 Y \$20.000	0	6	43	49
Más de \$20.000	5	2	41	48
Total	6	12	102	120

(*) Fuente: Elaborado por autora, en el software estadístico SPSS.

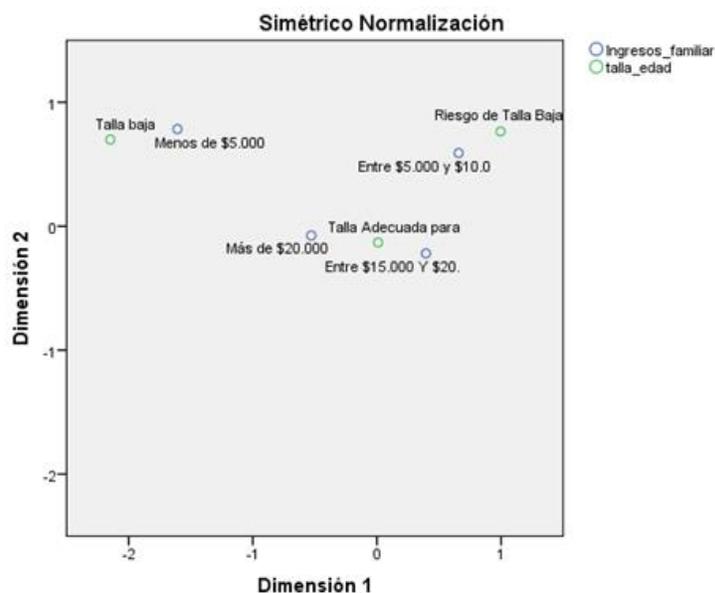
Tabla 29. Tabla con el puntaje de Chi2

Dime nsión	Val or singul ar	In ercia	Ch i cuadr ado	S ig.	Proporción de Inercia		Valor singular de confianza	
					Contabi lizado para	Acum ulado	Desvi ación estándar	Correl ación
1	,33 0	0,10 9			,920	,920	,074	,518
2	,09 7	0,01 0			,080	1,000	,101	
Total		0,11 8	14,19 2	,028 a	1,000	1,000		

a. 6 grados de libertad.

(*) Fuente: Elaborado por autora, en el software estadístico SPSS.

Gráfica 8. Distribución de frecuencias de la evaluación de talla/edad según los ingresos económicos de las familias por día.



(*) Fuente: Elaborado por autora, en el software estadístico SPSS.

7.6.2 Las prácticas de crianza y el estrato socioeconómico en el estado nutricional de los niños y niñas.

Al estudiar la relación entre el estrato socioeconómico de los menores y el estado nutricional se pudo observar una estrecha dependencia entre el *Peso adecuado para la talla* y el incremento en el *Estrato socioeconómico*, dicho análisis parte de interpretar el comportamiento de cada variable que conforma esta categoría. En la tabla 31 podemos apreciar que, respecto al estrato socioeconómico de los menores, la tendencia de los tres estratos (1,2,3) es contribuir a que exista una mayor cantidad de menores en un *Peso adecuado para la talla*, pero si observamos los

valores de *Riesgo de desnutrición Aguda* y *Riesgo de sobrepeso*, nos indican que los riesgos disminuyen al aumentar el estrato según nuestra hipótesis inicial.

Tabla 30. Relación entre el estrato socioeconómico y el peso/talla.

ESTRATO SOCIOECONÓMICO	PESO_TALLA								
	PESO ADECUADO PARA LA TALLA	%	RIESGO DE DESNUTRICIÓN AGUDA	%	RIESGO DE SOBREPESO	%	SOBREPESO	%	TOTAL
1	35	70%	7	14%	7	14%	1	2%	50
2	41	73%	5	9%	10	18%	0	0%	56
3	10	71%	1	7%	3	21%	0	0%	14
Total	86		13		20		1		120

(*) Fuente: Elaborado por autora, en el software estadístico SPSS.

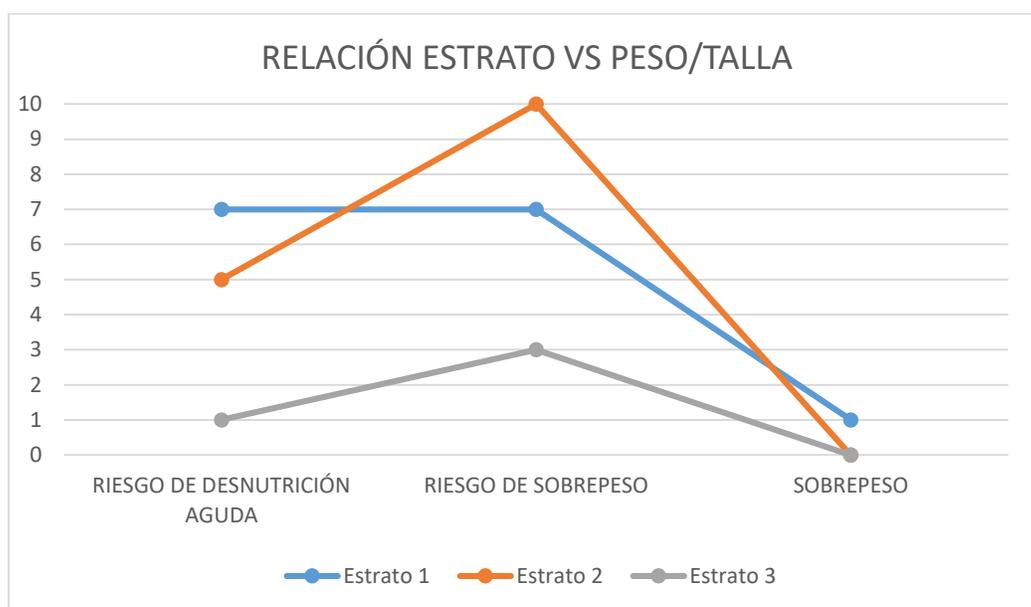
La categoría *Riesgo de desnutrición aguda* presenta un mayor número de casos en el estrato más bajo (Estrato 1) siendo este uno de los estratos con alta vulnerabilidad, en segundo y tercer lugar encontramos el estrato 2 y 3, con menor cantidad de casos (5 menores y 1 menor) en esta categoría. Los valores se ubican según lo esperado para cada estado y en relación a su posibilidad de acceso a recursos económicos.

A su vez la categoría *Riesgo de Sobrepeso* nos muestra el segundo resultado que podemos destacar, ya que encontramos que el mayor porcentaje de casos se encuentra en el estrato medio (Estrato 2) el cual posee un mejor acceso a recursos económicos y alimenticios en comparación al estrato 1, pero a su vez analizando los alimentos consumidos por la población perteneciente a este (Según los grupos focales realizados), se encuentra que no es tan saludable ya que a su dieta alimenticia agregan comida chatarra (hamburguesas, salchipapas, entre otras), esto provoca un aumento en el peso de los menores por la ingesta de alimentos altos en energía (y quizás más grasas saturadas), lo contrario que se evidencia en el estrato más alto de la muestra (Estrato 3) los cuales tienden a tener mayor acceso a los recursos y a llevar una dieta más balanceada (frutas,

jugos, lácteos) y es probable que este motivo influya en la menor proporción de casos en esta categoría.

En la siguiente grafica 9 se observa de manera más clara el comportamiento y la relación de estas tres categorías que relacionan el *Peso para la Talla* y el *Estrato Socioeconómico*.

Gráfica 9. Relación del estrato socioeconómico y peso/talla.



(*) Fuente: Elaborado por autora, en el software estadístico SPSS.

7.6.3 Grado de escolaridad de los dadores de cuidados

Se logró observar que el grado de escolaridad de los dadores de cuidado no influye en el estado nutricional de los niños y niñas, ya que no se evidencia diferencia alguna entre haber estudiado una primaria o una carrera universitaria.

8 DISCUSIÓN

8.1 Prácticas de crianza

Al ver los distintos modelos de crianza que están implementando las personas en Caucasia a la hora de educar y formar a los niños y niñas hoy en día en relación a unas décadas atrás, es fácil darse cuenta que estas han cambiado rotundamente. Los padres de los menores tratan de desaprender y cambiar los modelos de crianza que aprendieron de pequeños por sus padres para generar sus propias creencias y reflejar en la crianza de sus hijos todo aquello que quisieron tener en su familia cuando pequeños. Evans y Myers, (1994) plantean que los entornos y las practicas están transformándose como resultado de cambios económicos, sociales y políticos. Pero que a veces esos cambios son muy rápidos y pueden tener un impacto significativo en el desarrollo de los niños y las niñas. Dichos cambios pueden generar la perdida de conocimientos importantes en las familias, sin embargo, se están creando otras prácticas que dan cuenta de nuevas adaptaciones a contextos particulares y las cuales podrían ser seguidas por razones en las que los papás o los dadores de cuidados las consideren adecuadas o también por haber presentado buenos resultados en experiencias anteriores.

No se puede pasar por alto que las distintas modificaciones que sufren las familias son consecuencia de múltiples factores que afectan la convivencia, las reglas o normas de los hogares, su economía, el número de personas que conforman el hogar y las relaciones que se generen entorno a este. Aguirre y Yáñez (2000) afirmaron que

“las transformaciones y los cambios que en general vive el mundo moderno, afectan necesariamente los diferentes aspectos de la vida social del país, por ende la de los hogares

y la sociedad en la que interactúan, produciendo la aparición de nuevos fenómenos sociales, como es el caso de los cambios en la conformación de la identidad personal y social de la población colombiana; la reproducción de la violencia en sus distintas manifestaciones; los ajustes en la familia y en el papel jugado por la mujer o la modificación en los patrones de socialización durante la crianza”.

Estar a cargo y realizar los cuidados necesarios a los menores ya no es una tarea únicamente de la mamá ahora es una responsabilidad que se ha delegado a la familia al ser una unidad primaria con la que el niño o niña tiene mayor interacción destacando la presencia de distintas figuras como la de los abuelos y en especial la del hombre, han marcado cambios relacionados en las atenciones de los menores y a terceros los cuales se pueden reconocer como lugares prestadores de servicios como salas cunas, jardines y el caso de algunos padres que cuentan con la ayuda de las nanas o niñeras de tiempo completo según la solvencia económica.

En los hogares estudiados se evidencia que las conformaciones de los hogares son de tipo de familia monoparental, en donde una buena proporción (51,7%) de las madres son solteras y son quienes llevan la responsabilidad del hogar y los cuidados de los menores. Mientras que otros hogares están compuestos por un tipo de familia nuclear (40,5%) en donde la mayoría de las veces el padre es el responsable.

En cuanto a la alimentación la mayoría de los hogares estudiados adquieren los alimentos producto de la compra diaria para su preparación y la mayoría tiene ingresos económicos que sobrepasan los \$15.000 pesos por día la poca disponibilidad y la limitación en el acceso a los alimentos se vuelve un determinante en el estado nutricional de los niños y niñas. Además, el estrato socioeconómico al que se pertenece posibilita aún más el acceso a ciertos alimentos, pero en ocasiones, aunque se tenga el recurso económico la selección de estos no termina siendo la

adecuada en cuanto al aporte nutricional que se requiere ya que muchas veces la adquisición de los alimentos no es de buena calidad como se esperaría, debido probablemente a la falta de tiempo y dedicación que generan sus responsabilidades laborales. Los padres terminan comprando productos procesados y muchas veces estos terminan siendo los alimentos conocidos como poco saludables (comida chatarra) por aportar un muy bajo contenido en micronutrientes (vitaminas y minerales) para el desarrollo del menor.

8.1 Desarrollo psicomotor

El desarrollo psicomotor está relacionado con la maduración del sistema nervioso, en donde los seis primeros meses de vida están influidos por la adquisición acelerada de habilidades motoras y cognitivas, las cuales están permeadas por las interacciones que tienen los menores con los cuidadores de cuidado y con el medio que los rodea. En esta fase los menores adquieren habilidades que les permiten y facilitan el agarre de los objetos, el sostenimiento de la cabeza y la etapa del gateo; cabe resaltar que un 20% de la muestra no realizó esta última etapa. Algunos (5% de la muestra) poseen algo de retraso y otros poseen adelanto motor. En el desarrollo y adquisición de estas habilidades, algunos niños presentan períodos diferentes y variados, permitiendo de igual forma la incorporación de nuevas experiencias en la vida de los menores. Estas diferencias en el periodo de aprendizaje están fuertemente marcadas por el contexto y el lugar donde se encuentran los menores.

9 CONCLUSIÓN

El estado nutricional y el desarrollo de los niños y niñas de los 5 barrios al norte del municipio de Cauca, está condicionado por el acceso y el aprovechamiento de los alimentos, por los patrones de crianza que tienen los dadores de cuidados con ellos y por la pertenencia a ciertos estratos socioeconómicos. El barrio que presentó mayor número de problemas nutricionales fue Pedro Valdivia, seguido del barrio el Palmar con mayor número de problemas relacionados con el perímetro cefálico. Los problemas nutricionales más importantes presentados por los menores son riesgo de sobrepeso, riesgo de desnutrición aguda y talla baja para edad.

Los ingresos económicos más altos, están relacionados con mejores resultados nutricionales, mientras que los hogares que presentan ingresos menores o iguales a \$20.000 pesos por día los niños y niñas son más propensos a sufrir riesgos de talla baja. La mayoría de las familias trabajadas son de tipo monoparental donde (51,7%) son madres solteras. Además, se observó que el factor que más influye en el estado nutricional está relacionado con el poder adquisitivo que tienen las familias y no tanto con la estratificación urbana realizada en el municipio debido a que en los hogares trabajados se evidencia la presencia de un tipo de transición nutricional, ligada a los presupuestos que se tiene a la hora de la adquirir alimentos; porque en todos los estratos se evidencia sobrepeso sin que se haya eliminado completamente el riesgo de desnutrición en los menores.

No se encontró una relación específica entre el grado de escolaridad de los dadores de cuidado y el estado nutricional de los menores.

La conformación de los hogares está fuertemente relacionada con el estrato socioeconómico al que pertenecen. El estrato más bajo está más relacionado con grupos de familia grandes, el estrato medio relacionado con familias compuestas por 4 a 5 personas y el estrato socioeconómico más alto se encuentra asociado a grupos de familias pequeños.

Los patrones de crianza en las formas de corregir y las reglas de los hogares tienden a inclinarse más hacia el respeto con los menores, sin dejar de lado en ocasiones la forma rígida como medio para corregir. Los hogares de los estratos socioeconómicos 1 y 2 tienden a ser mucho más flexibles que en los hogares del estrato socioeconómico 3. Las reglas en los hogares tienden a ser más flexibles cuando no tienen hijos únicos y más estrictas cuando no tienen más que un hijo.

En el trabajo de investigación colaboraron las madres de los menores y los dadores de cuidados, al finalizar el trabajo se les entregaron a los responsables de los menores la ficha (Anexos) con la evaluación del estado nutricional del niño o la niña, esto es un precedente positivo para más investigaciones, ya que ésta aporta datos que no se encuentran en trabajos anteriores pues hay poca información sobre la situación nutricional en Caucasia.

10 BIBLIOGRAFÍA

- Admin. (2010). *La teoría del apego de John Bowlby. México*. WeblogsSL. Recupera de <https://www.bebesymas.com/ser-padres/la-teoria-del-apego-de-john-bowlby#comments>
- Barbarro, Julia. 2010. Desarrollo psicomotor del niño y su valoración preventiva para sus maestros (parte I/IV). Recuperado de: <http://blogatenciontemprana.blogspot.com.co/2010/07/desarrollo-psicomotor-del-nino-y-su.html>.
- Calderón Carrillo, Daniel. (2015). Los niños como sujetos sociales: Notas sobre la antropología de la infancia. Nueva antropología, 28(82), 125-140. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-06362015000100007&lng=es&tlng=es
- Castrillón, Isabel y Giraldo, Oscar. (2014). Prácticas de alimentación de los padres y conductas alimentarias en niños: ¿existe información suficiente para el abordaje de los problemas de alimentación? Revista de psicología universidad de Antioquia, Colombia.
- Dávila, Andrea. 2013. Evaluación del estado nutricional de niños menores de cinco años que asistieron a centros de salud del departamento de Petén. Universidad Rafael Landívar. Guatemala.
- Evans, Judith y Myers, Robeth. (1994). Prácticas de crianza: creando programas donde las tradiciones y las prácticas modernas se encuentran. Universidad del Valle.
- Méndez, M, Aragón, S. y Lagunes, I. (2014). La percepción de los padres sobre la crianza de los hijos. Acta Colombiana de Psicología.
- Marín, Germán; Álvarez de Uribe, Martha y Rosique, Javier. 2004. “Cultura alimentaria en el municipio de Acandí”. En: Boletín de Antropología Universidad de Antioquia, Medellín, volumen 18 No. 35, (p. 52).
- Morasso, María y Duro, Elena. (2004). Nutrición, desarrollo y alfabetización. Buenos Aires, Argentina: Área de Comunicación. UNICEF. Volumen 1.
- Moreno, Deicy; Picón Michellen; Marrugo, Carlos; Verena, Arnedo y Alvis, Nelson. (2017). Determinantes socioeconómicos del estado nutricional en menores de cinco años atendidos en el Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja. Rev Univ Ind Santander Salud.; DOI: <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v49n2-2017008>.
- Muzzo, Santiago. (2002). Evolución de los problemas nutricionales en el mundo. El caso de Chile. Revista chilena de nutrición, 29(2), 78-85. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182002000200001>

- OMS. (2016). Reducción de la mortalidad en la niñez. Nota descriptiva. Recuperada de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/es/>
- OMS. Patrones de crecimiento infantil. Departamento de nutrición. Suiza. Recuperado de <http://www.who.int/childgrowth/standards/es/>
- Ortiz, A; Peña, L; Albino, A; Mönckeberg, F y Serra, L. (2006). Desnutrición infantil, salud y pobreza: intervención desde un programa integral. *Nutrición hospitalaria*. ISSN 0212-1611 • CODEN NUHOEQ S.V.R. 318.
- Osorio, Jessica, Weisstaub, Gerardo y Castillo, Carlos. (2002) desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. *Rev. chil. nutr.* [online], vol.29, n.3, pp.280-285. ISSN 0717-7518. Recuperada de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182002000300002&script=sci_arttext&tlng=en
- Pollitt, Ernesto y Caycho, Tomas. (2010). Desarrollo motor como indicador del desarrollo infantil durante los primeros dos años de vida. *Revista de psicología* Vol. 28 (2). Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- Restrepo, M. (2000). Estado nutricional y crecimiento físico (pp. 216–222). Medellín, Colombia. Editorial Universidad de Antioquia.
- Restrepo, Sandra. 2003. La alimentación y la nutrición del escolar. Tesis para optar por el título de magister en salud colectiva. Universidad de Antioquia. Medellín.
- Restrepo, Sandra y Maya, Maryori. (2005). “La familia y su papel en la formación de los hábitos alimentarios en el escolar. Un acercamiento a la cotidianidad”. *Boletín de Antropología Universidad de Antioquia*, Medellín, volumen 19 No. 36.
- Romero, María. 1986. La metodología antropológica en los estudios de la salud y la nutrición. Facultad de estudios interdisciplinarios. Universidad Javeriana. Recuperado de <file:///D:/Descargas/Dialnet-LaMetodologiaAntropologicaEnLosEstudiosDeLaSaludYL-4862200.pdf>.
- Viloria, Joaquín. (2007). Nutrición en el Caribe Colombiano y su relación con el capital humano. Documentos de trabajo sobre economía regional. Banco de la república. Centro de estudios económicos regionales. Cartagena.

11 ANEXOS

Ilustración 1. Encuesta 1 Identificación y selección de la muestra.

	ENCUESTA N° 1					
	OBJETIVO	Identificar la influencia de las prácticas de crianza y el estrato socioeconómico en el estado nutricional y el desarrollo de los niños y niñas de 0 a 2 años en el norte del municipio de Caucasia-Antioquia.				
	FECHA:		BARRIO:		DIRECCION:	
	ENCUESTADOR:					
DATOS DEL FAMILIAR						
NOMBRE Y APELLIDOS:						
EDAD:		GENERO:	M	F	Otro	
PARENTESCO:	Mamá	Papá	Abuelo(a)	Hermano (a)	Tío(a)	Primo(a)
	Otro:					
¿Es usted el encargado del hogar?		SI	NO	Quien?		
INFORMACIÓN DEL MENOR						
NOMBRE COMPLETO:						
EDAD:		GENERO:	MASCULINO	FEMENINO		
¿El niño posee todas sus vacunas al día?		SI	NO	Porque?		
¿Pertenece el niño a algún programa del estado?		SI	Cual?		NO	
De acuerdo a la siguientes opciones con cuales vacunas cuenta el menor:						
Hepatitis A - B		Difteria (DTAP)		Poliomielitis		Polio
Influenza		Rubéola		Rotavirus		Neumococo
(MMR) Sarampión		Sarampión		Tétano		Varicela
Tosferina (DTAP)		Paperas		Fiebre Amarilla		Haemophilus Influenzae
NÚCLEO FAMILIAR						
¿Cuántas personas conforman el núcleo familiar?		De 2 a 3	De 4 a 5	De 6 o mas		
¿Cuántas de las personas que conforman el núcleo familiar son?		Menores de 2 años	De 3 a 7 años	De 8 a 18 años	Mayores de 18 años	

Ilustración 2. Encuesta 2 valoración antropométrica inicial.

 UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA 1893	ENCUESTA N°2					
	VALORACION ANTROPOMETRICA INICIAL					
	OBJETIVO	Realizar la evaluación antropométrica inicial del menor perteneciente a la muestra evaluada, registrando datos anexos sobre				
	FECHA:		CODIGO:		GRUPO:	
	NOMBRE DEL RESPONSABLE:					
EVALUADOR:						
INFORMACION DEL MENOR						
NOMBRE COMPLETO:				EDAD:		
				GENERO:		
PARENTESCO:	Mamá	Papá	Abuelo(a)	Hermano (a)	Tío(a)	Primo(a)
	Otro:					
MEDICIONES BASICAS						
VARIABLE	PESO (KG)	TALLA (CM)	PERIMETRO CEFALICO (CM)	PERIMETRO DE BRAZO (CM)	PERIMETRO DE PIERNA (CM)	
1						
2						
3						
PROMEDIO						

(*). Fuente: Elaborado por autora.

Ilustración 3. Grupo focal - ficha de alimentación

1

CAPÍTULO

LA INFLUENCIA DE LAS PRÁCTICAS DE CRANEA Y EL ESTRATO SOCIOECONÓMICO EN EL ESTADO NUTRICIONAL Y EL DESARROLLO DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 2 AÑOS
| TESIS DE GRADO 2018

LA ALIMENTACIÓN

La elección de nutrientes en un individuo depende de su estado nutricional, sus hábitos alimentarios, su actividad física, su estado de salud, su edad, su sexo, su actividad profesional, su cultura, su religión, su situación socioeconómica, aspectos psicológicos, psicológicos, entre otros. Los alimentos aportan sustancias que determinan el estado nutricional, que contribuyen a la salud y a la prevención de enfermedades.

(Unicef, 2008)

La alimentación de un niño en lactancia debe ser adecuada en cuanto a su cantidad, calidad y variedad. Los alimentos que se le den al niño deben ser variados y nutritivos, proporcionando los nutrientes necesarios para su crecimiento y desarrollo. La lactancia materna es el alimento más adecuado para el niño, ya que proporciona todos los nutrientes que el niño necesita para crecer y desarrollarse.

(Unicef, 2008)

El estado nutricional de un individuo depende de su estado nutricional, sus hábitos alimentarios, su actividad física, su estado de salud, su edad, su sexo, su actividad profesional, su cultura, su religión, su situación socioeconómica, aspectos psicológicos, psicológicos, entre otros. Los alimentos aportan sustancias que determinan el estado nutricional, que contribuyen a la salud y a la prevención de enfermedades.

(Unicef, 2008)

¿Y USTED QUÉ OPINA?

Las siguientes preguntas están relacionadas a su experiencia personal durante el proceso de crianza de su hijo/a, por favor respóndalas con la mayor sinceridad y claridad.

1. ¿Cómo describe la manera de comer de su hijo/a?
2. ¿Cuál cree usted que es el tiempo o la edad adecuada para comenzar una alimentación complementaria en los niños y por qué?
3. ¿Cuál cree usted que deben ser los primeros alimentos que se le den a los niños? ¿Por qué?
4. ¿Cuáles son los alimentos que más consume su niño/a?
5. ¿Qué consecuencias cree usted que puede tener la mala alimentación en la salud de los niños?

INFORMACIÓN DE LA MADRE

Nombre: _____

C.C. _____ Teléfono: _____

INFORMACIÓN DE MENOR

Nombre Completo: _____

Identificación: Tipo RC # TI # # Edict _____

(* Fuente: Elaborado por autora.

Ilustración 4. Grupo focal - ficha lactancia

2

CAPÍTULO

LA INFLUENCIA DE LAS PRÁCTICAS DE CRANEA Y EL ESTRATO SOCIOECONÓMICO EN EL ESTADO NUTRICIONAL Y EL DESARROLLO DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 2 AÑOS
| TESIS DE GRADO 2018

LA LACTANCIA

Poder contar al pecho es lo mejor durante la lactancia, ya que aporta el más completo de los alimentos, el bebé que recibe a la lactancia materna para así la leche de la madre y proporcionar su hijo con su calor, su temperatura y su olor. Todo esto le hace experimentar un gran placer.

(Unicef, 2008)

Cuando la mamá le da el pecho a su bebé, cuando el bebé recibe su leche, también le está transmitiendo su amor, su protección y su fortaleza al afecto materno. Además, el bebé sentirá un gran placer de su madre.

(Unicef, 2008)

La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. (OMS, 2015)

La lactancia materna es el alimento más adecuado para el niño, ya que proporciona todos los nutrientes que el niño necesita para crecer y desarrollarse.

(Unicef, 2008)

¿Y USTED QUÉ OPINA?

Las siguientes preguntas están relacionadas a su experiencia personal durante el proceso de crianza de su hijo/a, por favor respóndalas con la mayor sinceridad y claridad.

1. ¿Al nacer el niño/a recibió pecho? Si o No ¿Por qué?
2. ¿Cree usted que la lactancia materna es importante para el crecimiento y desarrollo de su hijo/a? ¿Por qué?
3. ¿Cuánto tiempo tenía el niño cuando realizó el destete?
4. ¿Cuál cree usted que es el tiempo adecuado para dejar de amamantar al niño/a?

INFORMACIÓN DE LA MADRE

Nombre: _____

C.C. _____ Teléfono: _____

INFORMACIÓN DE MENOR

Nombre Completo: _____

Identificación: Tipo RC # TI # # Edict _____

(* Fuente: Elaborado por autora.

Ilustración 5. Grupo focal - ficha prácticas de crianza

<p>3 CAPÍTULO</p>	<p>LA INFLUENCIA DE LAS PRÁCTICAS DE CRianza Y EL ESTRATO SOCIOECONÓMICO EN EL ESTADO NUTRICIONAL Y EL DESARROLLO DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 5 AÑOS TESIS DE GRADO 2008</p>	<p>¿Y USTED QUÉ OPINA?</p> 																
<p>El juego es una actividad intrínseca e imprescindible en el desarrollo de los seres humanos. (Unicef, 2008)</p> <p>En sus primeros años de vida los niños pasan por etapas de grandes avances en su capacidad de entender y aprender, así como de experimentar y expresar emociones. (Unicef, 2008)</p>	<p>LAS PRÁCTICAS DE CRianza</p> <p>Se refieren a la aplicación de acciones de atención a los niños, basadas en las creencias personales, derivadas de los patrones culturales de pertenencia, conocimientos adquiridos e ideas de lo que debería ser hecho.</p> <p>El niño necesita desarrollarse en un ambiente de seguridad y cuidado de sus necesidades afectivas, afectivo, afectivo y afectivo a medida que la capacidad interna va que la principal riqueza de un niño reside en su vital humano.</p> <p>Los hábitos de crianza de una cultura son las normas que influyen los estilos de crianza, son aceptados y los tipos de cuidados, estereotipos de los deberes de cuidados, el responder a las necesidades de los niños en los primeros meses y años. Romero y Páez (1994)</p>	<p>Las siguientes preguntas están relacionadas a su experiencia personal durante el proceso de crianza de su hijo/a, por favor respóndalas con la mayor sinceridad y claridad.</p> <p>1 ¿Qué técnicas o prácticas de crianza utiliza usted para el desarrollo de su niño/a?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>2 ¿Qué tipos de cuidados practica con su hijo/a?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>3 ¿Qué destaca de las prácticas de crianza de antes que no tengan las actuales?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>4 ¿Qué tipos de cuidados han sido heredados o transmitidos de generación en generación?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>5 ¿Le gustaría ofrecerle la misma forma de crianza a su hijo con las que usted creció? ¿Por qué?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																
<p>MARIA FERNANDA Z. Antropóloga mfzcpast@normal.com</p>	 <p>Programa de Antropología Universidad de Chile Sede Central</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">INFORMACIÓN DE LA MADRE</th> <th colspan="2">INFORMACIÓN DEL MENOR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nombre:</td> <td>_____</td> <td>Nombre Completo:</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>C.C.:</td> <td>_____</td> <td>Identificación Tipo RC:</td> <td>TI # _____</td> </tr> <tr> <td>Teléfono:</td> <td>_____</td> <td>Edad:</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>	INFORMACIÓN DE LA MADRE		INFORMACIÓN DEL MENOR		Nombre:	_____	Nombre Completo:	_____	C.C.:	_____	Identificación Tipo RC:	TI # _____	Teléfono:	_____	Edad:	_____
INFORMACIÓN DE LA MADRE		INFORMACIÓN DEL MENOR																
Nombre:	_____	Nombre Completo:	_____															
C.C.:	_____	Identificación Tipo RC:	TI # _____															
Teléfono:	_____	Edad:	_____															

(* Fuente: Elaborado por autora.

Tabla 31. Estándares de crecimiento infantil para niñas. Longitud/ estatura para la edad.

Simplified field tables

Length-for-age GIRLS Birth to 2 years (percentiles)		 World Health Organization				
Year: Month	Months	3rd	15th	Median	85th	97th
0: 0	0	45.6	47.2	49.1	51.1	52.7
0: 1	1	50.0	51.7	53.7	55.7	57.4
0: 2	2	53.2	55.0	57.1	59.2	60.9
0: 3	3	55.8	57.6	59.8	62.0	63.8
0: 4	4	58.0	59.8	62.1	64.3	66.2
0: 5	5	59.9	61.7	64.0	66.3	68.2
0: 6	6	61.5	63.4	65.7	68.1	70.0
0: 7	7	62.9	64.9	67.3	69.7	71.6
0: 8	8	64.3	66.3	68.7	71.2	73.2
0: 9	9	65.6	67.6	70.1	72.6	74.7
0:10	10	66.8	68.9	71.5	74.0	76.1
0:11	11	68.0	70.2	72.8	75.4	77.5
1: 0	12	69.2	71.3	74.0	76.7	78.9
1: 1	13	70.3	72.5	75.2	77.9	80.2
1: 2	14	71.3	73.6	76.4	79.2	81.4
1: 3	15	72.4	74.7	77.5	80.3	82.7
1: 4	16	73.3	75.7	78.6	81.5	83.9
1: 5	17	74.3	76.7	79.7	82.6	85.0
1: 6	18	75.2	77.7	80.7	83.7	86.2
1: 7	19	76.2	78.7	81.7	84.8	87.3
1: 8	20	77.0	79.6	82.7	85.8	88.4
1: 9	21	77.9	80.5	83.7	86.8	89.4
1:10	22	78.7	81.4	84.6	87.8	90.5
1:11	23	79.6	82.2	85.5	88.8	91.5
2: 0	24	80.3	83.1	86.4	89.8	92.5

WHO Child Growth Standards

Recuperada de: <http://www.who.int/childgrowth/standards/es/>

Tabla 32. Estándares de crecimiento infantil. Longitud/estatura para la edad

Simplified field tables

Length-for-age BOYS Birth to 2 years (percentiles)		 World Health Organization				
Year: Month	Months	3rd	15th	Median	85th	97th
0: 0	0	46.3	47.9	49.9	51.8	53.4
0: 1	1	51.1	52.7	54.7	56.7	58.4
0: 2	2	54.7	56.4	58.4	60.5	62.2
0: 3	3	57.6	59.3	61.4	63.5	65.3
0: 4	4	60.0	61.7	63.9	66.0	67.8
0: 5	5	61.9	63.7	65.9	68.1	69.9
0: 6	6	63.6	65.4	67.6	69.8	71.6
0: 7	7	65.1	66.9	69.2	71.4	73.2
0: 8	8	66.5	68.3	70.6	72.9	74.7
0: 9	9	67.7	69.6	72.0	74.3	76.2
0:10	10	69.0	70.9	73.3	75.6	77.6
0:11	11	70.2	72.1	74.5	77.0	78.9
1: 0	12	71.3	73.3	75.7	78.2	80.2
1: 1	13	72.4	74.4	76.9	79.4	81.5
1: 2	14	73.4	75.5	78.0	80.6	82.7
1: 3	15	74.4	76.5	79.1	81.8	83.9
1: 4	16	75.4	77.5	80.2	82.9	85.1
1: 5	17	76.3	78.5	81.2	84.0	86.2
1: 6	18	77.2	79.5	82.3	85.1	87.3
1: 7	19	78.1	80.4	83.2	86.1	88.4
1: 8	20	78.9	81.3	84.2	87.1	89.5
1: 9	21	79.7	82.2	85.1	88.1	90.5
1:10	22	80.5	83.0	86.0	89.1	91.6
1:11	23	81.3	83.8	86.9	90.0	92.6
2: 0	24	82.1	84.6	87.8	91.0	93.6

WHO Child Growth Standards

Recuperada de: <http://www.who.int/childgrowth/standards/es/>

Tabla 33. Estándares de crecimiento infantil. Peso para la talla de las niñas

Simplified field tables

Weight-for-length GIRLS Birth to 2 years (percentiles)						Weight-for-length GIRLS Birth to 2 years (percentiles)						Weight-for-length GIRLS Birth to 2 years (percentiles)					
 World Health Organization						 World Health Organization						 World Health Organization					
cm	3rd	15th	Median	85th	97th	cm	3rd	15th	Median	85th	97th	cm	3rd	15th	Median	85th	97th
45.0	2.1	2.2	2.5	2.7	2.9	60.0	5.0	5.4	5.9	6.5	7.0	75.5	7.8	8.4	9.2	10.2	11.0
45.5	2.2	2.3	2.5	2.8	3.0	60.5	5.1	5.5	6.0	6.6	7.2	76.0	7.9	8.5	9.3	10.3	11.1
46.0	2.2	2.4	2.6	2.9	3.1	61.0	5.2	5.6	6.1	6.7	7.3	76.5	8.0	8.6	9.4	10.4	11.2
46.5	2.3	2.5	2.7	3.0	3.2	61.5	5.3	5.7	6.3	6.9	7.5	77.0	8.1	8.7	9.5	10.5	11.3
47.0	2.4	2.6	2.8	3.1	3.3	62.0	5.4	5.8	6.4	7.0	7.6	77.5	8.2	8.8	9.6	10.6	11.4
47.5	2.4	2.6	2.9	3.2	3.4	62.5	5.5	5.9	6.5	7.2	7.8	78.0	8.2	8.9	9.7	10.7	11.5
48.0	2.5	2.7	3.0	3.3	3.5	63.0	5.6	6.0	6.6	7.3	7.9	78.5	8.3	8.9	9.8	10.8	11.7
48.5	2.6	2.8	3.1	3.4	3.7	63.5	5.7	6.1	6.7	7.4	8.0	79.0	8.4	9.0	9.9	10.9	11.8
49.0	2.7	2.9	3.2	3.5	3.8	64.0	5.8	6.2	6.9	7.5	8.2	79.5	8.5	9.1	10.0	11.0	11.9
49.5	2.8	3.0	3.3	3.6	3.9	64.5	5.9	6.3	7.0	7.7	8.3	80.0	8.6	9.2	10.1	11.1	12.0
50.0	2.8	3.1	3.4	3.7	4.0	65.0	6.0	6.5	7.1	7.8	8.5	80.5	8.7	9.3	10.2	11.2	12.1
50.5	2.9	3.2	3.5	3.8	4.1	65.5	6.1	6.6	7.2	7.9	8.6	81.0	8.8	9.4	10.3	11.3	12.2
51.0	3.0	3.2	3.6	3.9	4.3	66.0	6.2	6.7	7.3	8.0	8.7	81.5	8.8	9.5	10.4	11.4	12.4
51.5	3.1	3.4	3.7	4.0	4.4	66.5	6.3	6.8	7.4	8.2	8.9	82.0	8.9	9.6	10.5	11.6	12.5
52.0	3.2	3.5	3.8	4.2	4.5	67.0	6.4	6.9	7.5	8.3	9.0	82.5	9.0	9.7	10.6	11.7	12.6
52.5	3.3	3.6	3.9	4.3	4.7	67.5	6.5	7.0	7.6	8.4	9.1	83.0	9.1	9.8	10.7	11.8	12.8
53.0	3.4	3.7	4.0	4.4	4.8	68.0	6.6	7.1	7.7	8.5	9.2	83.5	9.2	9.9	10.9	11.9	12.9
53.5	3.5	3.8	4.2	4.6	5.0	68.5	6.7	7.2	7.9	8.6	9.4	84.0	9.3	10.0	11.0	12.1	13.1
54.0	3.6	3.9	4.3	4.7	5.1	69.0	6.7	7.3	8.0	8.8	9.5	84.5	9.4	10.1	11.1	12.2	13.2
54.5	3.7	4.0	4.4	4.9	5.3	69.5	6.8	7.3	8.1	8.9	9.6	85.0	9.5	10.2	11.2	12.3	13.3
55.0	3.9	4.1	4.5	5.0	5.4	70.0	6.9	7.4	8.2	9.0	9.7	85.5	9.6	10.4	11.3	12.5	13.5
55.5	4.0	4.3	4.7	5.2	5.6	70.5	7.0	7.5	8.3	9.1	9.9	86.0	9.6	10.5	11.5	12.6	13.6
56.0	4.1	4.4	4.8	5.3	5.8	71.0	7.1	7.6	8.4	9.2	10.0	86.5	9.9	10.6	11.6	12.7	13.8
56.5	4.2	4.5	5.0	5.5	5.9	71.5	7.2	7.7	8.5	9.3	10.1	87.0	10.0	10.7	11.7	12.9	13.9
57.0	4.3	4.6	5.1	5.6	6.1	72.0	7.3	7.8	8.6	9.4	10.2	87.5	10.1	10.8	11.8	13.0	14.1
57.5	4.4	4.8	5.2	5.7	6.2	72.5	7.4	7.9	8.7	9.5	10.3	88.0	10.2	10.9	12.0	13.2	14.2
58.0	4.5	4.9	5.4	5.9	6.4	73.0	7.4	8.0	8.8	9.6	10.4	88.5	10.3	11.0	12.1	13.3	14.4
58.5	4.6	5.0	5.5	6.0	6.5	73.5	7.5	8.1	8.9	9.7	10.6	89.0	10.4	11.2	12.2	13.4	14.5
59.0	4.8	5.1	5.6	6.2	6.7	74.0	7.6	8.2	9.0	9.9	10.7	89.5	10.5	11.3	12.3	13.6	14.7
59.5	4.9	5.2	5.7	6.3	6.9	74.5	7.7	8.3	9.1	10.0	10.8	90.0	10.6	11.4	12.5	13.7	14.8
						75.0	7.8	8.3	9.1	10.1	10.9	90.5	10.7	11.5	12.6	13.8	15.0

Recuperada de: <http://www.who.int/childgrowth/standards/es/>

Tabla 34. Estándares de crecimiento infantil. Peso para la talla de las niñas

Weight-for-length GIRLS Birth to 2 years (percentiles)						Weight-for-length GIRLS Birth to 2 years (percentiles)					
 World Health Organization						 World Health Organization					
cm	3rd	15th	Median	85th	97th	cm	3rd	15th	Median	85th	97th
91.0	10.8	11.6	12.7	14.0	15.1	106.5	14.4	15.5	17.1	18.8	20.4
91.5	10.9	11.7	12.8	14.1	15.3	107.0	14.5	15.7	17.2	19.0	20.6
92.0	11.0	11.8	13.0	14.2	15.4	107.5	14.7	15.8	17.4	19.2	20.9
92.5	11.1	12.0	13.1	14.4	15.6	108.0	14.8	16.0	17.6	19.4	21.1
93.0	11.2	12.1	13.2	14.5	15.7	108.5	15.0	16.2	17.8	19.6	21.3
93.5	11.3	12.2	13.3	14.7	15.9	109.0	15.1	16.3	18.0	19.8	21.5
94.0	11.4	12.3	13.5	14.8	16.0	109.5	15.3	16.5	18.1	20.0	21.8
94.5	11.5	12.4	13.6	14.9	16.2	110.0	15.4	16.7	18.3	20.2	22.0
95.0	11.6	12.5	13.7	15.1	16.3						
95.5	11.8	12.6	13.8	15.2	16.5						
96.0	11.9	12.7	14.0	15.4	16.6						
96.5	12.0	12.9	14.1	15.5	16.8						
97.0	12.1	13.0	14.2	15.6	16.9						
97.5	12.2	13.1	14.4	15.8	17.1						
98.0	12.3	13.2	14.5	15.9	17.3						
98.5	12.4	13.3	14.6	16.1	17.4						
99.0	12.5	13.5	14.8	16.2	17.6						
99.5	12.6	13.6	14.9	16.4	17.8						
100.0	12.7	13.7	15.0	16.5	17.9						
100.5	12.9	13.8	15.2	16.7	18.1						
101.0	13.0	14.0	15.3	16.9	18.3						
101.5	13.1	14.1	15.5	17.0	18.5						
102.0	13.2	14.2	15.6	17.2	18.6						
102.5	13.3	14.4	15.8	17.4	18.8						
103.0	13.5	14.5	15.9	17.5	19.0						
103.5	13.6	14.6	16.1	17.7	19.2						
104.0	13.7	14.8	16.2	17.9	19.4						
104.5	13.9	14.9	16.4	18.1	19.6						
105.0	14.0	15.1	16.5	18.2	19.8						
105.5	14.1	15.2	16.7	18.4	20.0						
106.0	14.3	15.4	16.9	18.6	20.2						

WHO Child Growth Standards

Recuperada

<http://www.who.int/childgrowth/standards/es/>

de:

Tabla 35. Estándares de crecimiento infantil Peso para la talla de los niños.

Simplified field tables

Weight-for-length BOYS Birth to 2 years (percentiles)						Weight-for-length BOYS Birth to 2 years (percentiles)						Weight-for-length BOYS Birth to 2 years (percentiles)					
World Health Organization						World Health Organization						World Health Organization					
cm	3rd	15th	Median	85th	97th	cm	3rd	15th	Median	85th	97th	cm	3rd	15th	Median	85th	97th
45.0	2.1	2.2	2.4	2.7	2.9	60.0	5.1	5.5	6.0	6.5	7.0	75.5	8.2	8.8	9.6	10.5	11.3
45.5	2.1	2.3	2.5	2.8	3.0	60.5	5.3	5.6	6.1	6.7	7.2	76.0	8.3	8.9	9.7	10.6	11.4
46.0	2.2	2.4	2.6	2.9	3.1	61.0	5.4	5.8	6.3	6.8	7.4	76.5	8.4	9.0	9.8	10.7	11.5
46.5	2.3	2.5	2.7	3.0	3.2	61.5	5.5	5.9	6.4	7.0	7.5	77.0	8.5	9.1	9.9	10.8	11.6
47.0	2.4	2.5	2.8	3.1	3.3	62.0	5.6	6.0	6.5	7.1	7.7	77.5	8.6	9.2	10.0	10.9	11.7
47.5	2.4	2.6	2.9	3.1	3.4	62.5	5.7	6.1	6.7	7.3	7.8	78.0	8.7	9.3	10.1	11.0	11.8
48.0	2.5	2.7	2.9	3.2	3.5	63.0	5.8	6.2	6.8	7.4	8.0	78.5	8.7	9.3	10.2	11.1	12.0
48.5	2.6	2.8	3.0	3.3	3.6	63.5	5.9	6.3	6.9	7.5	8.1	79.0	8.8	9.4	10.3	11.2	12.1
49.0	2.7	2.9	3.1	3.4	3.7	64.0	6.0	6.5	7.0	7.7	8.2	79.5	8.9	9.5	10.4	11.3	12.2
49.5	2.7	2.9	3.2	3.5	3.8	64.5	6.1	6.6	7.1	7.8	8.4	80.0	9.0	9.6	10.4	11.4	12.3
50.0	2.8	3.0	3.3	3.7	4.0	65.0	6.3	6.7	7.3	7.9	8.5	80.5	9.1	9.7	10.5	11.5	12.4
50.5	2.9	3.1	3.4	3.8	4.1	65.5	6.4	6.8	7.4	8.1	8.7	81.0	9.1	9.8	10.6	11.6	12.5
51.0	3.0	3.2	3.5	3.9	4.2	66.0	6.5	6.9	7.5	8.2	8.8	81.5	9.2	9.9	10.7	11.7	12.6
51.5	3.1	3.3	3.6	4.0	4.3	66.5	6.6	7.0	7.6	8.3	8.9	82.0	9.3	10.0	10.8	11.8	12.7
52.0	3.2	3.4	3.8	4.1	4.5	67.0	6.7	7.1	7.7	8.4	9.1	82.5	9.4	10.1	10.9	11.9	12.8
52.5	3.3	3.6	3.9	4.3	4.6	67.5	6.8	7.2	7.9	8.6	9.2	83.0	9.5	10.1	11.0	12.0	13.0
53.0	3.4	3.7	4.0	4.4	4.7	68.0	6.9	7.3	8.0	8.7	9.3	83.5	9.6	10.3	11.2	12.2	13.1
53.5	3.5	3.8	4.1	4.5	4.9	68.5	7.0	7.4	8.1	8.8	9.5	84.0	9.7	10.4	11.3	12.3	13.2
54.0	3.6	3.9	4.3	4.7	5.0	69.0	7.1	7.5	8.2	8.9	9.6	84.5	9.8	10.5	11.4	12.4	13.3
54.5	3.8	4.0	4.4	4.8	5.2	69.5	7.1	7.6	8.3	9.1	9.7	85.0	9.9	10.6	11.5	12.5	13.5
55.0	3.9	4.2	4.5	5.0	5.4	70.0	7.2	7.7	8.4	9.2	9.9	85.5	10.0	10.7	11.6	12.7	13.6
55.5	4.0	4.3	4.7	5.1	5.5	70.5	7.3	7.8	8.5	9.3	10.0	86.0	10.1	10.8	11.7	12.8	13.7
56.0	4.1	4.4	4.8	5.3	5.7	71.0	7.4	8.0	8.6	9.4	10.1	86.5	10.2	10.9	11.9	12.9	13.9
56.5	4.3	4.6	5.0	5.4	5.9	71.5	7.5	8.1	8.8	9.6	10.3	87.0	10.3	11.0	12.0	13.1	14.0
57.0	4.4	4.7	5.1	5.6	6.0	72.0	7.6	8.2	8.9	9.7	10.4	87.5	10.4	11.2	12.1	13.2	14.2
57.5	4.5	4.8	5.3	5.8	6.2	72.5	7.7	8.3	9.0	9.8	10.5	88.0	10.6	11.3	12.2	13.3	14.3
58.0	4.6	5.0	5.4	5.9	6.4	73.0	7.8	8.4	9.1	9.9	10.7	88.5	10.7	11.4	12.4	13.5	14.4
58.5	4.8	5.1	5.6	6.1	6.5	73.5	7.9	8.4	9.2	10.0	10.8	89.0	10.8	11.5	12.5	13.6	14.6
59.0	4.9	5.2	5.7	6.2	6.7	74.0	8.0	8.5	9.3	10.1	10.9	89.5	10.9	11.6	12.6	13.7	14.7
59.5	5.0	5.4	5.9	6.4	6.9	74.5	8.1	8.6	9.4	10.3	11.0	90.0	11.0	11.7	12.7	13.8	14.9
						75.0	8.2	8.7	9.5	10.4	11.2	90.5	11.1	11.8	12.8	14.0	15.0

Recuperada de: <http://www.who.int/childgrowth/standards/es/>

Tabla 38. Estándares de crecimiento infantil Peso para la talla de los niños.

Weight-for-length BOYS Birth to 2 years (percentiles)		 World Health Organization			
cm	3rd	15th	Median	85th	97th
91.0	11.2	11.9	13.0	14.1	15.1
91.5	11.3	12.0	13.1	14.2	15.3
92.0	11.4	12.2	13.2	14.4	15.4
92.5	11.5	12.3	13.3	14.5	15.5
93.0	11.6	12.4	13.4	14.6	15.7
93.5	11.7	12.5	13.5	14.7	15.8
94.0	11.8	12.6	13.7	14.9	16.0
94.5	11.9	12.7	13.8	15.0	16.1
95.0	12.0	12.8	13.9	15.1	16.2
95.5	12.1	12.9	14.0	15.3	16.4
96.0	12.2	13.0	14.1	15.4	16.5
96.5	12.3	13.1	14.3	15.5	16.7
97.0	12.4	13.2	14.4	15.7	16.8
97.5	12.5	13.4	14.5	15.8	17.0
98.0	12.6	13.5	14.6	15.9	17.1
98.5	12.7	13.6	14.8	16.1	17.3
99.0	12.8	13.7	14.9	16.2	17.4
99.5	12.9	13.8	15.0	16.4	17.6
100.0	13.0	13.9	15.2	16.5	17.8
100.5	13.2	14.1	15.3	16.7	17.9
101.0	13.3	14.2	15.4	16.8	18.1
101.5	13.4	14.3	15.6	17.0	18.3
102.0	13.5	14.5	15.7	17.2	18.5
102.5	13.6	14.6	15.9	17.3	18.6
103.0	13.8	14.7	16.0	17.5	18.8
103.5	13.9	14.8	16.2	17.7	19.0
104.0	14.0	15.0	16.3	17.8	19.2
104.5	14.1	15.1	16.5	18.0	19.4
105.0	14.2	15.3	16.6	18.2	19.6
105.5	14.4	15.4	16.8	18.4	19.8
106.0	14.5	15.5	16.9	18.5	20.0

Weight-for-length BOYS Birth to 2 years (percentiles)		 World Health Organization			
cm	3rd	15th	Median	85th	97th
106.5	14.6	15.7	17.1	18.7	20.2
107.0	14.8	15.8	17.3	18.9	20.4
107.5	14.9	16.0	17.4	19.1	20.6
108.0	15.0	16.1	17.6	19.3	20.8
108.5	15.2	16.3	17.8	19.5	21.0
109.0	15.3	16.4	17.9	19.6	21.2
109.5	15.4	16.6	18.1	19.8	21.4
110.0	15.6	16.7	18.3	20.0	21.6

WHO Child Growth Standards

Recuperada

<http://www.who.int/childgrowth/standards/es/>

de:

Tabla 39. Estándares de crecimiento infantil. Peso para la edad de las niñas

Weight-for-age GIRLS Birth to 5 years (percentiles)		 World Health Organization				
Year: Month	Months	3rd	15th	Median	85th	97th
0: 0	0	2.4	2.8	3.2	3.7	4.2
0: 1	1	3.2	3.6	4.2	4.8	5.4
0: 2	2	4.0	4.5	5.1	5.9	6.5
0: 3	3	4.6	5.1	5.8	6.7	7.4
0: 4	4	5.1	5.6	6.4	7.3	8.1
0: 5	5	5.5	6.1	6.9	7.8	8.7
0: 6	6	5.8	6.4	7.3	8.3	9.2
0: 7	7	6.1	6.7	7.6	8.7	9.6
0: 8	8	6.3	7.0	7.9	9.0	10.0
0: 9	9	6.6	7.3	8.2	9.3	10.4
0:10	10	6.8	7.5	8.5	9.6	10.7
0:11	11	7.0	7.7	8.7	9.9	11.0
1: 0	12	7.1	7.9	8.9	10.2	11.3
1: 1	13	7.3	8.1	9.2	10.4	11.6
1: 2	14	7.5	8.3	9.4	10.7	11.9
1: 3	15	7.7	8.5	9.6	10.9	12.2
1: 4	16	7.8	8.7	9.8	11.2	12.5
1: 5	17	8.0	8.8	10.0	11.4	12.7
1: 6	18	8.2	9.0	10.2	11.6	13.0
1: 7	19	8.3	9.2	10.4	11.9	13.3
1: 8	20	8.5	9.4	10.6	12.1	13.5
1: 9	21	8.7	9.6	10.9	12.4	13.8
1:10	22	8.8	9.8	11.1	12.6	14.1
1:11	23	9.0	9.9	11.3	12.8	14.3
2: 0	24	9.2	10.1	11.5	13.1	14.6

Recuperada de: <http://www.who.int/childgrowth/standards/es/>

Tabla 40. Estándares de crecimiento infantil. Peso para la edad en los niños

Simplified field tables

Weight-for-age BOYS Birth to 5 years (percentiles)		 World Health Organization				
Year: Month	Months	3rd	15th	Median	85th	97th
0: 0	0	2.5	2.9	3.3	3.9	4.3
0: 1	1	3.4	3.9	4.5	5.1	5.7
0: 2	2	4.4	4.9	5.6	6.3	7.0
0: 3	3	5.1	5.6	6.4	7.2	7.9
0: 4	4	5.6	6.2	7.0	7.9	8.6
0: 5	5	6.1	6.7	7.5	8.4	9.2
0: 6	6	6.4	7.1	7.9	8.9	9.7
0: 7	7	6.7	7.4	8.3	9.3	10.2
0: 8	8	7.0	7.7	8.6	9.6	10.5
0: 9	9	7.2	7.9	8.9	10.0	10.9
0:10	10	7.5	8.2	9.2	10.3	11.2
0:11	11	7.7	8.4	9.4	10.5	11.5
1: 0	12	7.8	8.6	9.6	10.8	11.8
1: 1	13	8.0	8.8	9.9	11.1	12.1
1: 2	14	8.2	9.0	10.1	11.3	12.4
1: 3	15	8.4	9.2	10.3	11.6	12.7
1: 4	16	8.5	9.4	10.5	11.8	12.9
1: 5	17	8.7	9.6	10.7	12.0	13.2
1: 6	18	8.9	9.7	10.9	12.3	13.5
1: 7	19	9.0	9.9	11.1	12.5	13.7
1: 8	20	9.2	10.1	11.3	12.7	14.0
1: 9	21	9.3	10.3	11.5	13.0	14.3
1:10	22	9.5	10.5	11.8	13.2	14.5
1:11	23	9.7	10.6	12.0	13.4	14.8
2: 0	24	9.8	10.8	12.2	13.7	15.1

Recuperada de: <http://www.who.int/childgrowth/standards/es/>

Tabla 41. Estándares de crecimiento infantil. Perímetro cefálico en las niñas

Simplified field tables

Head circumference-for-age GIRLS Birth to 5 years (percentiles)		 World Health Organization				
Year: Month	Months	3rd	15th	Median	85th	97th
0: 0	0	31.7	32.7	33.9	35.1	36.1
0: 1	1	34.3	35.3	36.5	37.8	38.8
0: 2	2	36.0	37.0	38.3	39.5	40.5
0: 3	3	37.2	38.2	39.5	40.8	41.9
0: 4	4	38.2	39.3	40.6	41.9	43.0
0: 5	5	39.0	40.1	41.5	42.8	43.9
0: 6	6	39.7	40.8	42.2	43.5	44.6
0: 7	7	40.4	41.5	42.8	44.2	45.3
0: 8	8	40.9	42.0	43.4	44.7	45.9
0: 9	9	41.3	42.4	43.8	45.2	46.3
0:10	10	41.7	42.8	44.2	45.6	46.8
0:11	11	42.0	43.2	44.6	46.0	47.1
1: 0	12	42.3	43.5	44.9	46.3	47.5
1: 1	13	42.6	43.8	45.2	46.6	47.7
1: 2	14	42.9	44.0	45.4	46.8	48.0
1: 3	15	43.1	44.2	45.7	47.1	48.2
1: 4	16	43.3	44.4	45.9	47.3	48.5
1: 5	17	43.5	44.6	46.1	47.5	48.7
1: 6	18	43.6	44.8	46.2	47.7	48.8
1: 7	19	43.8	45.0	46.4	47.8	49.0
1: 8	20	44.0	45.1	46.6	48.0	49.2
1: 9	21	44.1	45.3	46.7	48.2	49.4
1:10	22	44.3	45.4	46.9	48.3	49.5
1:11	23	44.4	45.6	47.0	48.5	49.7
2: 0	24	44.6	45.7	47.2	48.6	49.8

Recuperada de: <http://www.who.int/childgrowth/standards/es/>

Tabla 42. Estándares de crecimiento infantil. Perímetro cefálico en niños

Simplified field tables

Head circumference-for-age BOYS Birth to 5 years (percentiles)		 World Health Organization				
Year: Month	Months	3rd	15th	Median	85th	97th
0: 0	0	32.1	33.1	34.5	35.8	36.9
0: 1	1	35.1	36.1	37.3	38.5	39.5
0: 2	2	36.9	37.9	39.1	40.3	41.3
0: 3	3	38.3	39.3	40.5	41.7	42.7
0: 4	4	39.4	40.4	41.6	42.9	43.9
0: 5	5	40.3	41.3	42.6	43.8	44.8
0: 6	6	41.0	42.1	43.3	44.6	45.6
0: 7	7	41.7	42.7	44.0	45.3	46.3
0: 8	8	42.2	43.2	44.5	45.8	46.9
0: 9	9	42.6	43.7	45.0	46.3	47.4
0:10	10	43.0	44.1	45.4	46.7	47.8
0:11	11	43.4	44.4	45.8	47.1	48.2
1: 0	12	43.6	44.7	46.1	47.4	48.5
1: 1	13	43.9	45.0	46.3	47.7	48.8
1: 2	14	44.1	45.2	46.6	47.9	49.0
1: 3	15	44.3	45.5	46.8	48.2	49.3
1: 4	16	44.5	45.6	47.0	48.4	49.5
1: 5	17	44.7	45.8	47.2	48.6	49.7
1: 6	18	44.9	46.0	47.4	48.7	49.9
1: 7	19	45.0	46.2	47.5	48.9	50.0
1: 8	20	45.2	46.3	47.7	49.1	50.2
1: 9	21	45.3	46.4	47.8	49.2	50.4
1:10	22	45.4	46.6	48.0	49.4	50.5
1:11	23	45.6	46.7	48.1	49.5	50.7
2: 0	24	45.7	46.8	48.3	49.7	50.8

Recuperada de: <http://www.who.int/childgrowth/standards/es/>