















estadístico SPSS versión 25 y los resultados se presentarán en tablas y gráficas para una mejor interpretación.

## Resultados

**Tabla 1.**

### Distribución por sexo

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Sexo</b>		
Hombre	32	46.4
Mujer	37	53.6

En la tabla 1 se observa que tuvo una mayor participación de mujeres que de hombres estos con el 53.6 % (n=37) y 46.4 % (n=32), respectivamente.

**Tabla 2.**

### Distribución por edad

	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>DE</b>
Edad	4	5.9	5.2	.5

En la tabla 2 habla de que el promedio de edad de los pacientes estudiados fue de 5.2 años ( $\pm 5.2$ ) con un mínimo de edad de 4 años y un máximo de 5.9 años.

**Tabla 3.**

### Evaluación del diagnóstico nutricional por IMC, utilizando peso, talla y tablas de la OMS.

<b>Medición</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>DE</b>
<b>Talla</b>	90.0	119.0	106.2	7.6
<b>Peso</b>	16.4	27.3	20.2	2.4
<b>IMC</b>	13.5	26.7	18.1	2.6

En la tabla 3 se analiza que el promedio de talla de la población fue de 106.2 cm ( $\pm 7.6$ ), un peso con un promedio de 20.2 kg ( $\pm 2.4$ ) y un IMC con un promedio de 18.12 kg/m<sup>2</sup> ( $\pm 2.6$ )

**Tabla 4.**

### Distribución por diagnóstico nutricional



Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
<b>Eutrófico</b>	25	36.2
<b>Sobrepeso</b>	16	23.2
<b>Obesidad</b>	28	40.6

En la tabla 4 se observan los resultados del diagnóstico de IMC donde hay un promedio de 36.2 % con eutrofia (n= 25), un 23.2 % con sobrepeso (n=16) y un 40.6 % de obesidad (n=28).

**Tabla 5.**

**Distribución por edad de los padres**

	Mínimo	Máximo	Media	DE
Edad	19	48	31.9	6.5

En la tabla 5 se analiza que el promedio de edad de los tutores de los pacientes fue de 31.91 años ( $\pm 6.52$ ).

**Tabla 6.**

**Distribución por nivel socioeconómico**

Nivel Socioeconómico	Frecuencia	Porcentaje
<b>Bajo</b>	5	7.2
<b>Medio</b>	64	92.8

En la tabla 6 se interpreta que el promedio de nivel socioeconómico fue de 7.2 % (n=5) de la población con un nivel bajo y un 92.8 % (n=64) de la población con un nivel medio.

**Tabla 7:**

**Principal fuente de remuneración**

Remuneración	Frecuencia	Porcentaje
<b>Trabajo propio</b>	34	49.3
<b>Pareja</b>	31	44.9
<b>Apoyo familiar</b>	4	5.8

En la tabla 7 se obtuvo que el promedio de remuneración fue de trabajo propio con un 49.3% (n=34), con un 44.9% (n=31) por el trabajo de la pareja y con un 5.8% (n=4) de remuneración por apoyo familiar.

**Tabla 8.**

**Distribución de la actividad laboral**

<b>Act. Laboral</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Si</b>	34	49.3
<b>No</b>	35	50.7

En la tabla 8 sobre la actividad laboral, el promedio fue del 49.3 % (n=34) que si laboraban y el 50.7% (n=35) que no tenían una actividad laboral.

**Tabla 9.**

**Distribución por el estado civil de las madres**

<b>Estado Civil</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Mama soltera</b>	13	18.8
<b>Casada</b>	27	39.1
<b>Unión libre</b>	29	42.0

En la tabla 9 respecto al estado civil de las madres fue de un 18.8% (n=13) para madres solteras, un 39.1 % (n=27) para madres casadas y un 42.0% (n=29) en unión libre.

**Tabla 10.**

**Distribución por el grado de escolaridad de los padres**

<b>Escolaridad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Primaria</b>	4	5.8
<b>Secundaria</b>	7	10.1
<b>Carrera técnica</b>	8	11.6
<b>Preparatoria</b>	36	52.2
<b>Licenciatura</b>	12	17.4
<b>Posgrado</b>	2	2.9

En la tabla 10 se observa el nivel de escolaridad de las madres de familia y para nivel primaria fue de un 5.8%(n=4), secundaria un 10.1% (n=7), carrera técnica un 11.6% (n=8), preparatoria un 52.2% (n=36), licenciatura un 17.4% (n=12) y posgrado con un 2.9% (n=2) Donde se observa que en promedio hay un porcentaje más alto para nivel de bachillerato.

**Tabla 11.**

**Distribución por principal ocupación materna**

Ocupación Materna	Frecuencia	Porcentaje
<b>Negocio Familiar</b>	17	24.6
<b>Empleada</b>	17	24.6
<b>Ama de casa</b>	35	50.7

En la tabla 11 se observa en promedio la principal ocupación materna y la cual fue de un 24.6%(n=17) para negocio familiar, un 24.6% (n=17) como empleadas y un 50.7% (n=35) para amas de casa.

**Tabla 12:**

**Nivel Socioeconómico y su relación con el diagnóstico nutricional.**

	Eutrófico		Sobrepeso		Obesidad		p*
	F	%	F	%	F	%	
NSE							
Bajo	2	8.0	0	0.0	3	10.7	0.4
Medio	23	92.0	16	100	25	89.3	

\*Se considero significativo un p valor menor a 0.05 para la prueba estadística chi cuadrado

En la tabla 12 muestra que el promedio de niños con eutrofia tiene un de nivel socioeconómico medio con un 92% (n=23), con bajo es un promedio de 8% (n=2), seguido de los preescolares con sobrepeso que no represento ningún porcentaje en un nivel bajo, pero si represento el 100% (n=16) para un nivel socioeconómico medio. En el caso de los niños con diagnóstico de obesidad un 10.7% (n=3), represento un NSE bajo y un 89.3% (n=25) de un NSE medio. No se encontró relación estadísticamente significativa para estas variables con un valor de  $p=0.4$ .

**Tabla 13:**

**Principal fuente de remuneración relación con el diagnóstico nutricional**

Remuneración	Eutrófico		Sobrepeso		Obesidad		p*
	F	%	F	%	F	%	
Trabajo propio	11	44%	8	50.0	15	53.6	0.09

Pareja	14	56.0	8	50.0	9	32.1
Apoyo familiar	0	0.0	0	0.0	4	14.3

\*Se considero significativo un p valor menor a 0.05 para la prueba estadística chi cuadrado

De acuerdo a la tabla 13 la principal remuneración económica de los menores, el promedio fue para eutrofia con un 44% (n=11) de acuerdo a una remuneración por trabajo propio, en el mismo diagnóstico para remuneración por apoyo de pareja fue de 56% (n=14), y un 0% para apoyo familiar. Seguido del diagnóstico de sobrepeso donde hubo un 50% (n=8) para trabajo propio y un 50% (n=8) para remuneración por la pareja, sin ningún porcentaje en el caso de apoyo familiar. Sin embargo, para el diagnóstico de obesidad se observa un 53.6% (n=15) para remuneración por trabajo propio, un 32.1% (n=9) en remuneración por apoyo de pareja y un 14.3% (n=4) para remuneración por apoyos familiares. No se encontró relación estadísticamente significativa para estas variables con un valor de p=0.09.

**Tabla 14:**

**Actividad laboral y el diagnóstico nutricional del preescolar**

Act. Laboral	Eutrófico		Sobrepeso		Obesidad		p*
	F	%	F	%	F	%	
Si	11	44	8	50	15	53.6	0.7
No	14	56	8	50	13	46.4	

\*Se considero significativo un p valor menor a 0.05 para la prueba estadística chi cuadrado

En la tabla 14 se observan resultados en promedio respecto a si las madres tenían o no una actividad laboral de lo cual para diagnóstico de eutrofia un 44% (n=11) si tenían actividad laboral y un 56% (n=14) que no tenían actividad laboral. En el caso de diagnóstico de sobrepeso fue de un 50% (n=8) en si tener actividad y un 50% (n=8) en no tener una actividad laboral. Para el diagnóstico de obesidad con un 53.6% (n=15) con una actividad laboral y un 46.4% (n=13) para una nula actividad laboral. No se encontró relación estadísticamente significativa para estas variables con un valor de p=0.7.

**Tabla 15:**

**Estado civil y su relación con el diagnóstico nutricional del preescolar**

	Eutrófico	Sobrepeso	Obesidad
--	-----------	-----------	----------

<b>Estado civil</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>p*</b>
<b>Mamá soltera</b>	4	16	4	25	5	17.9	
<b>Casada</b>	10	40	7	43.8	10	35.7	0.8
<b>Unión libre</b>	11	44	5	31.3	13	46.4	

\*Se considero significativo un p valor menor a 0.05 para la prueba estadística chi cuadrado

En la tabla 15 Se observa para el diagnóstico de eutrofia un 16% (n=4) de madres solteras, un 40% (n=10) para madres casadas y un 44% para madres en relación de unión libre. Seguido del diagnóstico de sobrepeso donde el 25% (n=4) para madres solteras, un 43.8% (n=7) para un estado civil casado y un 31.3% (n=5) para relación de unión libre, en el caso del diagnóstico de obesidad fue un promedio de 17.9% (n=5) para madres solteras, un 35.7% (n=10) para madres casadas y un 46.4% (n=13) que se encontraron en relación de unión libre. No se encontró relación estadísticamente significativa para estas variables con un valor de  $p=0.8$ .

**Tabla 16:**  
**Escolaridad y su relación con el diagnóstico nutricional**

<b>Escolaridad</b>	<b>Eutrófico</b>		<b>Sobrepeso</b>		<b>Obesidad</b>		<b>p*</b>
	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	
Primaria	2	8.0	1	6.3	1	3.6	
Secundaria	0	0.0	4	25.0	3	10.7	
Carrera técnica	7	28.0	1	6.3	0	0.0	
Preparatoria	13	52.0	9	56.3	14	50.0	0.1
Licenciatura	3	12.0	1	6.3	8	28.6	
Posgrado	0	0.0	0	0.0	2	7.1	

\*Se considero significativo un p valor menor a 0.05 para la prueba estadística chi cuadrado

En la tabla 16 se puede analizar la escolaridad de cada una de las madres y el promedio de cada uno respecto a su diagnóstico nutricional del menor, en el caso de eutrofia, para nivel primaria fue de 8% (n=2), secundaria 0%, carrera técnica 28% (n=7), preparatoria 52% (n=13), licenciatura 12% (n=3) y posgrado con 0%. Seguido del diagnóstico de sobrepeso donde para primaria fue de 6.3% (n=1), secundaria 25% (n=4), carrera técnica 6.3 % (n=1), preparatoria 56.3% (n=9), licenciatura 6.3% (n=1), posgrado 0%. Para el diagnóstico de obesidad los resultados del nivel de escolaridad

de los padres fueron de; primaria 3.6% (n=1), secundaria 10.7% (n=3), carrera técnica 0%, preparatoria 50% (n=14), licenciatura 28.6% (n=8), posgrado 7.1% (n=2). No se encontró relación estadísticamente significativa para estas variables con un valor de  $p= 0.1$ .

**Tabla 17:**

**Ocupación materna y su relación con el diagnóstico nutricional del preescolar**

Ocupación Materna	Eutrófico		Sobrepeso		Obesidad		p*
	F	%	F	%	F	%	
Negocio Fam.	5	20	6	37.5	6	21.5	0.5
Empleada	6	24	2	12.5	9	32.1	
Ama de casa	14	56	8	50	13	46.4	

\*Se considero significativo un p valor menor a 0.05 para la prueba estadística chi cuadrado

En la tabla 14 según los datos arrojados sobre la ocupación materna, en niños con diagnóstico de eutrofia dio un promedio de; 20% (n=5) para negocio familiar, 24% (n=6) para empleada y 56% (n=14) para ama de casa. Seguido del diagnóstico de sobrepeso sonde el 37.5% (n=6) refiere a tener un negocio familiar, un 12.5% (n=9) a ser empleadas y un 50% (n=13) en dedicarse al hogar. Dentro del diagnóstico de obesidad se encontró un 21% (n=6) para madres con un negocio familiar, 32.1% (n=9) para empleadas y un 46.4% (n=13) de ser amas de casa. No se encontró relación estadísticamente significativa para estas variables con un valor de  $p= 0.5$ .

**Discusión**

En el presente estudio se evaluaron a un total de 69 preescolares, contando con 32 niños y 37 niñas donde los resultados no fueron del todo representativos de acuerdo a la prueba estadística utilizada, sin embargo, se permitió evaluar el diagnostico nutricional de los menores, así mismo como los principales factores sociodemográficos que otorgaran algún tipo de relación con su diagnostico nutricional. En términos de IMC y su diagnostico se obtuvieron resultados donde al menos un 40% de los menores obtuvieron un IMC de obesidad esto de acuerdo a su talla y edad según las curvas de crecimiento de la OMS.

Comparando la presente investigación Bernabeu y Sánchez (2019) donde ellos evaluaron a 72 niños con una población de nivel socioeconómico diferente, por lo cual obtuvieron resultados contrarios a la presente investigación donde la prevalencia de desnutrición crónica fue 25%, desnutrición aguda 2.8% y sobrepeso/obesidad 11.2%. Es decir, su investigación se inclino a problemas de nutrición

referentes a bajo peso y desnutrición en cambio en la investigación no se encontraron niños con un estado de nutrición menor a eutrofia lo cual da un panorama amplio sobre la calidad de vida que puede existir con el hecho de tener diferentes hallazgos respecto a los factores sociodemográficos y el cambio de zona al ser rural o urbana.

En este mismo sentido, otros autores como Mittal, Singh y Ahluwalia (2007) que con una población mucho mayor de 482 niños remarcan la misma diferencia entre las clasificaciones de diagnóstico nutricional de desnutrición comparando a poblaciones rurales respecto a poblaciones urbanas, en sus resultados mencionan que el 38.38% de los niños tenían bajo peso, donde el 26.76% tenía desnutrición de grado I y el 0,83% tenía desnutrición de grado IV, lo que revela que hay una marcada disminución en los grados severos de desnutrición.

En una zona marginal urbana, que, aunque lejos de clasificar en zona urbana, se remarca mucho el hecho de que sea una zona marginada. Dentro de los factores sociodemográficos con la investigación antes mencionada la educación de la madre influyó significativamente en el estado nutricional de los menores de cinco años, ya que la prevalencia de desnutrición fue del 60,9% donde la madre era analfabeta y solo del 21,2% donde el nivel educativo era superior a la escuela secundaria (Leroy et al., 2014) y en comparación con la presente investigación se resalta con un 52.2 % que las madres de familia tienen al menos el bachillerato concluido y solo un 5.8 % de las madres con un grado escolar de primaria, sin ningún resultado de madres que fueran analfabetas en una zona urbana no marginada.

En la investigación de Bernabeu y Sánchez (2019) existió una alta relación entre los factores sociodemográficos y el diagnóstico nutricional del preescolar donde resaltan el nivel educativo de los padres comparándolo con el de los padres, en el caso de la presente investigación, se encontró una relación entre el nivel de estudios de licenciatura con un diagnóstico de obesidad, podría ser por el tiempo dedicado a el menor o entre otros factores, en cambio con el estudio en comparación, entre más nivel educativo se tenía, mejor fue el diagnóstico de su hijo.

Consecuente de los factores sociodemográficos, uno muy importante es la economía y en el presente estudio, el 100% de la población estudiada tuvo un nivel socioeconómico medio y en la investigación de los autores Sivanandham y colaboradores (2014). a medida que aumentaba el nivel socioeconómico, disminuía la prevalencia de la desnutrición también mencionaron que la carga de la desnutrición aún acosa a los pobres con un 82.75% de niños del grupo de bajos ingresos sin

embargo en la población estudiada no se tuvieron resultados de desnutrición pero si altos porcentajes referentes a mal nutrición, esto llevando a los niños en un grado de sobrepeso y obesidad en edad pediátrica, lugar donde si se continua con esa tendencia los menores tienen el riesgo de tener sobrepeso y obesidad en edades adultas.

Un indicador importante y utilizado fue el IMC, con la ayuda de la talla y el peso para el diagnóstico de sobrepeso y obesidad, según las tablas establecidas por la OMS, donde un 40.6% de los menores representaron un diagnóstico de obesidad y un 23.2% con sobrepeso es decir más de la mitad de la población estudiada tenían problemas de malnutrición y solo un 36% con diagnóstico de eutrofia, estos resultados en comparación con Ravasco, Anderson y Mardones (2010) que utilizaron IMC para evaluar a los menores de manera increíble obtuvieron diagnósticos muy diferentes debido a un programa donde la propia escuela les brinda alimentos adecuados a los menores en el tiempo transcurrido en su centro de estudios lo que para ellos indica un 55 % aproximadamente del total de las calorías diarias, lo que indica independencia del estrato socioeconómico con el estado nutricional predominante.

Los factores sociodemográficos tienen un impacto individual, familiar y colectivo aunque en la presente investigación no se encontró significancia, comparando con los resultados de ENSANUT 2020, los resultados mantienen resultados muy similares con las prevalencias de desnutrición y mal nutrición, en una investigación sobre comparación de resultados latinoamericanos, México en 2020 reportó una disminución de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años, reduciéndose a la mitad de la prevalencia reportada en el año 1,988 pero aunque esto ha marcado una disminución notoria, en comparación con otros países y estimando una economía familiar similar es aun preocupante, aunque en la presente investigación no existan datos de desnutrición, respecto a los factores sociodemográficos y la influencia que tiene el nivel socioeconómico es lo que marco una diferencia.

### **Conclusión**

Se identificó una prevalencia notoria para diagnóstico de sobrepeso y obesidad, aun que los resultados no fueron significativos, si dan un amplio panorama sobre la actual situación de nutrición en niños menores de 5 años. Los resultados más sobresalientes sobre la prevalencia de mal nutrición fueron, un 23.2% de menores con sobrepeso y un 92.8% de los menores presentaron obesidad, datos que coinciden con los resultados de la encuesta de ENSANUT, donde habla que los índices de malnutrición siguen en aumento para edades pediátricas, punto importante para la investigación



y futuras investigaciones donde se estudien los riesgos que esto conlleva para las siguientes etapas de su vida. Se pueden implementar más preguntas relacionadas con los factores sociodemográficos para intentar encontrar la razón principal del porqué los niños mantienen esta tendencia en edades tan tempranas y evaluar los riesgos a los que pueden llegar, así mismo como complementar con la evaluación de lactancia materna y corroborar si esto es un factor importante como en muchas investigaciones ya elaboradas.

## Referencias

- Aliño, M., Navarro, R., López, J. R., & Pérez, I. (2007). La edad preescolar como momento singular del desarrollo humano. *Revista Cubana de Pediatría*, 79(4) Recuperado en 31 de julio de 2023, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312007000400010&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312007000400010&lng=es&tlng=es).
- Bernabeu, M., & Sánchez, C. A. (2019). Asociación entre los factores demográficos y socioeconómicos con el estado nutricional en niños menores de 5 años en poblaciones rurales de Colima, México. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 23(2), 48-55. <https://dx.doi.org/10.14306/renhyd.23.2.545>
- Breilh, J., Handal, A. J., Lozoff, B., & Harlow, S. D. (2023). Factores sociodemográficos y nutricionales relacionados con el desarrollo neuroconductual: estudio en niños y niñas pequeñas de una zona rural del Ecuador. *Uasb.edu.ec*. <http://hdl.handle.net/10644/3519>
- Castellanos, A. F., Rosado, J. G., Chel, L. A., Gallegos, S., & Betancur, D. A. (2018). Diagnóstico nutricional e intervención de orientación alimentaria en dos comunidades rurales de mujeres campesinas del sureste mexicano. *Nutr. Clín. Diet. Hosp*, 38(4), 116–122. <https://doi.org/10.12873/384castellanos>
- CDC. (2021). Acerca del índice de masa corporal para niños y adolescentes. Centers for Disease Control and Prevention. [https://www.cdc.gov/healthyweight/spanish/assessing/bmi/childrens\\_bmi/acerca\\_indice\\_masa\\_corporal\\_ninos\\_adolescentes.html](https://www.cdc.gov/healthyweight/spanish/assessing/bmi/childrens_bmi/acerca_indice_masa_corporal_ninos_adolescentes.html)
- Cubero, J., Cañada, F., Costillo, E., Franco, L., Calderón, A., Santos, A.L., Padez, C., & Ruiz, C. (2012). La alimentación preescolar: educación para la salud de los 2 a los 6 años. *Enfermería Global*, 11(27), 337-345. <https://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412012000300018>
- Domínguez, P., & Olivares, S. (2008). Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. *ALAN*. 58,3 <https://www.alanrevista.org/ediciones/2008/3/art-6/>
- Fernández, R., Flores, A., Franco, E., Auchter, M., & Torres, G. (2019). Sobrecarga del cuidador informal de adultos mayores internados en el servicio de clínica médica del hospital

- Geriátrico “Juana Francisca Cabral”. Rev. Fac. Med. UNNE. 39(2): 5-11. <https://fi-admin.bvsalud.org/document/view/nfejv>
- Gutiérrez, S. A., & Ruiz, M. (2018). Impacto de la educación inicial y preescolar en el neurodesarrollo infantil. IE Revista de investigación educativa de la REDIECH, 9(17), 33-51. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2448-85502018000200033&Ing=es&tIng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-85502018000200033&Ing=es&tIng=es).
- Leroy, J. L., Habicht, J. P., González, T., & Ruel, M. T. (2014). Maternal education mitigates the negative effects of higher income on the double burden of child stunting and maternal overweight in rural Mexico. J Nutr. 144(5): 765-770.
- Macías, C., Herrera, M., Mariño, M., & Useche, D. (2014). Crecimiento, nutrición temprana en el niño y riesgo de obesidad. Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría, 77(3), 144-153. [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-06492014000300008&Ing=es&tIng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492014000300008&Ing=es&tIng=es).
- Mallma, I., & Chuquillanqui, E. (2022). Preparación de la lonchera preescolar y escolar. DOI: 10.13140/RG.2.2.11817.06246
- MedlinePlus. (2022). Desarrollo de los niños en edad preescolar. (2022). MedlinePlus enciclopedia médica. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002013.htm>
- Mittal, A., Singh, J., & Ahluwalia, S. K. (2007). Effect of maternal factors on nutritional status of 1-5-year-old children in urban slum population. Indian J Community Med. 32(4): 264-267. DOI: 10.4103/0970-0218.37691
- Pate, R. R., Frongillo, E. A., Cordan, K., Dowda, M., McLain, A. C., Torres, M. E., Brown, W. H., Bucko, A., & Shull, E. R. (2020). Linking Activity, Nutrition, and Child Health (LAUNCH): protocol for a longitudinal cohort study of children as they develop from infancy to preschool age. BMC public health, 20(1), 931. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09023-7>
- PROFECO. (2023). Obesidad y sobrepeso. Menos kilos, más vida. Procuraduría Federal del Consumidor. <https://www.gob.mx/profeco/documentos/obesidad-y-sobrepeso-menos-kilos-mas-vida?state=published>
- Ravasco, P., Anderson, H., & Mardones, F. (2010). Métodos de valoración del estado nutricional. Nutrición Hospitalaria, 25(Supl. 3), 57-66. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112010000900009&Ing=es&tIng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112010000900009&Ing=es&tIng=es).
- Sivanandham, R. A., Salome, R., Francis, S. D., Sampavi, R. D., Prasad, R. (2014). Nutritional status of children aged 3-6 years in a rural area of tamilnadu. Journal of clinical and diagnostic research: JCDR, 8(10), JC01–JC4. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2014/8902.4969>