

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA  
CARRERA DE DOCTORADO EN MEDICINA**



**FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y CULTURALES QUE  
INFLUYEN EN LA DESNUTRICIÓN DE LOS NIÑOS  
MENORES DE 5 AÑOS, QUE CONSULTAN EN LAS  
UNIDADES DE SALUD: ZOILA ESPERANZA TURCIOS  
DE JIMÉNEZ, CONCHAGUA Y EL HUISQUIL, DEL  
DEPARTAMENTO DE LA UNIÓN, AÑO 2009.**

**Presentado por:**

Ligia Marcela Portillo Canizalez  
Luisa Marcella Mendoza Vaquerano  
Alexander Mauricio Reyes Pineda

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR AL GRADO  
ACADEMICO DE:  
DOCTORADO EN MEDICINA**

**DOCENTE ASESOR:**

Maestra Sonia Margarita Del Carmen Martínez Pacheco

San Miguel, El Salvador, Centro América, 2009.

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**

**AUTORIDADES**

**INGENIERO RUFINO ANTONIO QUEZADA SÁNCHEZ  
RECTOR**

**ARQUITECTO MIGUEL ÁNGEL PÉREZ RAMOS  
VICERRECTOR ACADEMICO**

**MAESTRO OSCAR RENÉ NAVARRETE  
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO**

**LICENCIADO DOUGLAS VLADIMIR ALFARO CHÁVEZ  
SECRETARIO GENERAL**

**DOCTOR RENÉ MADECADEL PERLA JIMÉNEZ  
FISCAL GENERAL**

**FACULTAD MULTIDISPLINARIA ORIENTAL**

**AUTORIDADES**

**DOCTORA ANA JUDITH GUATEMALA DE CASTRO  
DECANA INTERINA**

**DOCTORA ANA JUDITH GUATEMALA DE CASTRO  
VICEDECANA**

**INGENIERO JORGE ALBERTO RUGAMAS RAMÍREZ  
SECRETARIO**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

**AUTORIDADES**

**DOCTORA ANA JUDITH GUATEMALA DE CASTRO  
JEFE EN FUNCIONES**

**MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO  
COORDINADORA GENERAL DEL PROCESO DE GRADUACIÓN**

**MAESTRA SONIA MARGARITA DEL CARMEN MARTÍNEZ  
PACHECO  
MIEMBRO DE LA COMISIÓN COORDINADORA**

**MAESTRA OLGA YANETT GIRÓN DE VASQUEZ  
MIEMBRO DE LA COMISIÓN COORDINADORA**

**ASESORES**

**MAESTRA SONIA MARGARITA DEL CARMEN MARTÍNEZ  
PACHECO  
DOCENTE ASESOR**

**INGENIERA SANDRA NATZUMIN FUENTES SÁNCHEZ  
ASESORA DE ESTADÍSTICA**

**MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO  
ASESORA DE METODOLOGÍA**

**JURADO CALIFICADOR**

**MAESTRA SONIA MARGARITA DEL CARMEN MARTÍNEZ  
PACHECO**

**DOCENTE ASESOR**

**DOCTORA OLIVIA ANA LISSETH SEGOVIA VELÁSQUEZ  
JURADO CALIFICADOR**

**DOCTOR WILFREDO PÉREZ ROSALES  
JURADO CALIFICADOR**

Ligia Marcela Portillo Canizalez  
Luisa Marcella Mendoza Vaquerano  
Alexánder Mauricio Reyes Pineda

Carnet N°: PC01030  
Carnet N°: MV01025  
Carnet N°: RP00011

**FACTORES SOCIOECONÓMICO Y CULTURALES QUE  
INFLUYEN EN LA DESNUTRICIÓN DE LOS NIÑOS MENORES  
DE 5 AÑOS, QUE CONSULTAN EN LAS UNIDADES DE SALUD  
ZOILA ESPERANZA TURCIOS DE JIMÉNEZ, CONCHAGUA Y EL  
HUISQUIL, DEL DEPARTAMENTO DE LA UNIÓN, AÑO 2009.**

Este trabajo de investigación fue revisado, **evaluado y aprobado** para optar al grado académico de Doctorado en Medicina por la Universidad de El Salvador

Mtra. Sonia Margarita del Carmen Martínez Pacheco  
Docente Asesor

Dra. Olivia Ana Lisseth Segovia Velásquez  
Jurado Calificador

Dr. Wilfredo Pérez Rosales  
Jurado Calificador

Mtra. Sonia Margarita del Carmen Martínez Pacheco  
Miembro de la Comisión Coordinadora

Mtra. Olga Yaneth Girón de Vásquez  
Miembro de la Comisión Coordinadora

Mtra. Elba Margarita Berrios Castillo  
Coordinadora General de Proceso de Graduación  
Del Departamento de Medicina

Vo. Bo. Dra. Ana Judith Guatemala de Castro  
Jefe en funciones Departamento de Medicina

San Miguel, El Salvador, Centro América, febrero de 2010.

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A Dios Todopoderoso:**

Por permitirnos la vida, guiar nuestros pasos y brindar la fortaleza necesaria para superar los obstáculos que pudiésemos encontrar.

### **A Nuestras Familias:**

Quienes siempre se encontraron apoyándonos desde nuestros primeros pasos.

### **A Nuestros Maestros:**

Por sus enseñanzas, las cuales utilizaremos durante nuestra vida profesional.

### **A Nuestras asesoras:**

Por dedicarnos su tiempo y por aportar sus conocimientos al desarrollo de la investigación.

### **A Nuestros Pacientes:**

El motivo principal al que deben dirigirse nuestros esfuerzos y sin quienes no hubiera sido posible realizar este trabajo.

**Grupo investigador.**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

**FACTORES SOCIOECONOMICOS Y CULTURALES QUE  
INFLUYEN EN LA DESNUTRICIÓN DE LOS NIÑOS  
MENORES DE 5 AÑOS, QUE CONSULTAN EN LAS  
UNIDADES DE SALUD ZOILA ESPERANZA TURCIOS DE  
JIMÉNEZ, CONCHAGUA Y EL HUISQUIL, DEL  
DEPARTAMENTO DE LA UNION, AÑO 2009.**

## **TABLA DE CONTENIDOS**

### **CONTENIDO**

#### **PAG.**

Lista de Cuadros.....	xi
Lista de Gráficos.....	xiv
Lista de Figuras.....	xvii
Lista de Anexos.....	xviii
Resumen.....	xix
1. Introducción	
1.1 Antecedentes del problema.....	1
1.2 Objetivos de la investigación.....	6
2. Marco teórico.....	7
3. Sistema de hipótesis.....	30
4. Diseño Metodológico.....	34
5. Resultados.....	44
6. Discusión.....	143
7. Conclusiones.....	147
8. Recomendaciones.....	150
9. Referencias bibliográficas.....	153

## LISTA DE CUADROS

Cuadro 1. Distribución de la población por edades.....	44
Cuadro 2. Distribución de la población por sexo.....	46
Cuadro 3. Tipo de desnutrición.....	48
Cuadro 4. Grado de desnutrición de la población objeto de estudio por sexo.....	49
Cuadro 5. Signos de desnutrición.....	51
Cuadro 6. Si existe palidez palmar, que grado tiene? .....	53
Cuadro 7. Esquema de vacunación para su edad, según el AIEPI.....	55
Cuadro 8. Se le han administrado micronutrientes según el esquema AIEPI? .....	56
Cuadro 9. Asistencia de controles infantiles según la norma de AIEPI.....	58
Cuadro 10. Motivo más frecuente de consulta .....	60
Cuadro 11. Peso del niño al nacer.....	62
Cuadro 12. ¿Qué enfermedades padece con mayor frecuencia? .....	64
Cuadro 13. Ha presentado complicaciones por alguna de las enfermedades prevalente.....	66
Cuadro 14. Cuáles han sido las complicaciones del niño?.....	67
Cuadro 15. Brindó lactancia materna.....	69
Cuadro 16. Lactancia materna actual en niños menores de 2 años .....	70
Cuadro 17. Qué alimento le administra al niño menor de 6 meses .....	72
Cuadro 18. Cuántas veces al día come el niño? .....	74
Cuadro 19. Cuántas cucharadas come el niño en un tiempo de comida .....	76

Cuadro 20. Recordatorio de ingesta de alimentos del día anterior (desayuno).....	78
Cuadro 21. Recordatorio de ingesta de alimentos del día anterior (almuerzo).....	80
Cuadro 22. Recordatorio de ingesta de alimentos del día anterior (cena).....	82
Cuadro 23. Recordatorio de ingesta de alimentos del día anterior (refrigerio).....	84
Cuadro 24. Qué tipo de familia poseen los niños en investigación? .....	85
Cuadro 25. Cuántas personas viven en la casa de los niños en estudio .....	87
Cuadro 26. Integración familiar.....	89
Cuadro 27. Edad materna.....	90
Cuadro 28. Estado familiar de la madre del niño .....	92
Cuadro 29. Cuántos hijos tiene la madre del niño?.....	94
Cuadro 30. De quién depende económicamente la familia?.....	95
Cuadro 31. Trabaja la madre.....	97
Cuadro 32. Quién cuida al niño.....	99
Cuadro 33. Edad de la persona que cuida al niño.....	101
Cuadro 34. Género de la persona que cuida al niño.....	103
Cuadro 35. Sabe leer y escribir.....	104
Cuadro 36 Nivel de escolaridad de los responsables del cuidado de los niños.....	106
Cuadro 37. Situación laboral de la persona que cuida al niño.....	108
Cuadro 38. Ingreso familiar promedio mensual .....	110
Cuadro 39. Gasto promedio mensual en servicios básicos.....	112
Cuadro 40. Gasto promedio mensual en alimentación.....	114

Cuadro 41. Gasto promedio mensual en servicios médicos.....	115
Cuadro 42. Gasto promedio mensual en vestuario.....	117
Cuadro 43. ¿En el hogar existe conducta de riesgo?.....	118
Cuadro 44. Cuántos niños menores de 5 años habitan en el hogar?.....	120
Cuadro 45. Lugar de procedencia.....	121
Cuadro 46. Posee servicio de agua intradomiciliar?.....	123
Cuadro 47. ¿Le da algún tratamiento al agua de consumo?.....	124
Cuadro 48. Qué tipo de servicio sanitario posee?.....	126
Cuadro 49. Hace buen uso del servicio sanitario?.....	127
Cuadro 50. ¿Realizan actividades para autoabastecimiento?.....	129
Cuadro 51. Tipo de actividades que realizan para autoabastecerse.....	130
Cuadro 52. Sabe usted los requerimientos nutricionales de un niño ?.....	132
Cuadro 53. Actividades realizadas durante la preparación de alimentos.....	133
Cuadro 54. Prueba de hipótesis.....	135

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución por edades.....	46
Gráfico 2. Distribución por sexo.....	47
Gráfico 3. Tipo de desnutrición.....	49
Gráfico 4. Grado de desnutrición de la población objeto de estudio por sexo .....	51
Gráfico 5. Signos de desnutrición.....	53
Gráfico 6. Grado de palidez palmar.....	54
Gráfico 7. Esquema de vacunación para la edad.....	56
Gráfico 8. Administración de micronutrientes.....	58
Gráfico 9. Asistencia de controles infantiles según la norma.....	59
Gráfico 10. Motivo más frecuente de consulta .....	61
Gráfico 11. Peso del niño al nacer.....	63
Gráfico 12. Morbilidades más frecuentes.....	65
Gráfico 13. Complicaciones por enfermedades prevalentes de la infancia.....	67
Gráfico 14. Complicaciones presentadas.....	68
Gráfico 15. Brindó lactancia materna.....	70
Gráfico 16. Lactancia materna actual en menores de 2 años .....	71
Gráfico 17. Qué alimento le administra al niño menor de 6 meses .....	73
Gráfico 18. Cuántas veces al día come el niño? .....	75
Gráfico 19. Cuántas cucharadas come el niño en un tiempo de comida.....	77
Gráfico 20. Recordatorio de ingesta de alimentos del día anterior (desayuno).....	79

Gráfico 21. Recordatorio de ingesta de alimentos del día anterior (almuerzo).....	81
Gráfico 22. Recordatorio de ingesta de alimentos del día anterior (cena).....	83
Gráfico 23. Recordatorio de ingesta de alimentos del día anterior (refrigerio).....	85
Gráfico 24. Tipo de familia.....	87
Gráfico 25. Cantidad de personas que habitan en los hogares de los niños en estudio....	88
Gráfico 26. Integración familiar.....	90
Gráfico 27. Edad materna.....	92
Gráfico 28. Estado familiar de la madre del niño .....	93
Gráfico 29. Cantidad de hijos que tienen las madres de los niños en estudio.....	95
Gráfico 30. Dependencia económica familiar.....	97
Gráfico 31. Trabaja la madre.....	98
Gráfico 32. Cuidador del niño.....	100
Gráfico 33. Edad de la persona que cuida al niño.....	102
Gráfico 34. Género de la persona que cuida al niño.....	104
Gráfico 35. Sabe leer y escribir.....	105
Gráfico 36. Nivel de escolaridad de los responsables del cuidado de la población en estudio.....	107
Gráfico 37. Situación laboral del que cuidador .....	109
Gráfico 38. Ingreso familiar promedio mensual.....	111
Gráfico 39. Gasto promedio mensual en servicios básicos.....	113
Gráfico 40. Gasto promedio mensual en alimentación.....	115

Gráfico 41. Gasto promedio mensual en servicios médicos.....	116
Gráfico 42. Gasto promedio mensual en vestuario.....	118
Gráfico 43. ¿En el hogar existe conducta de riesgo?.....	119
Gráfico 44. Cuántos niños menores de 5 años habitan en el hogar?.....	121
Gráfico 45. Lugar de procedencia.....	122
Gráfico 46. Posee servicio de agua intradomiciliar?.....	124
Gráfico 47. ¿Le da algún tratamiento al agua de consumo?.....	125
Gráfico 48. Qué tipo de servicio sanitario posee?.....	127
Gráfico 49. Hace buen uso del servicio sanitario?.....	128
Gráfico 50. ¿Realizan actividades para autoabastecimiento?.....	130
Gráfico 51. Tipo de actividades que realizan .....	131
Gráfico 52. Sabe usted los requerimientos nutricionales de un niño?.....	133
Gráfico 53. Actividades realizadas durante la preparación de alimentos.....	134
Gráfico 54. Factores que influyen en la desnutrición.....	141

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Tendencia de la prevalencia de baja talla para la edad, bajo peso para la talla y de bajo peso para la edad; utilizando las poblaciones de referencia.....	159
Figura 2. Principales problemas nutricionales en menores de 5 años en El Salvador.....	159
Figura 3. Tendencias de la prevalencia de anemia en niños(as) menores de 5 años según Área de residencia.....	160
Figura 4. SIBASI La Unión.....	161
Figura 5. Gráfica de crecimiento de niñas de 0 a 24 meses.....	162
Figura 6. Gráfica de crecimiento de niñas de 0 a 24 meses.....	163
Figura 7. Gráfica de crecimiento de niñas de 2 a 5 años.....	164
Figura 8. Gráfica de crecimiento de niñas de 2 a 5 años.....	165
Figura 9. Gráfica de crecimiento de niños de 0 a 24 meses.....	166
Figura 10. Gráfica de crecimiento de niños de 0 a 24 meses.....	167
Figura 11. Gráfica de crecimiento de niños de 2 a 5 años.....	168
Figura 12. Gráfica de crecimiento de niños de 2 a 5 años.....	169

## **LISTA DE ANEXOS**

Anexo 1. Guía para alimentación recomendadas por el MSPAS.....	170
Anexo 2. Guía de evaluación y revisión de expediente de los niños menores de 5 años con desnutrición.....	172
Anexo 3. Cédula de entrevista dirigida a los responsables de los niños menores de 5 años con algún grado de desnutrición.....	174
Anexo 4. Presupuesto.....	179
Anexo 5. Cronograma.....	180
Anexo 6. Glosario.....	181

## RESUMEN

El estado nutricional es el resultado del equilibrio de la ingesta y los requerimientos de nutrientes. Los principales factores que se asocian a desnutrición son medioambientales, socio-culturales-económicos. El **objetivo** del estudio fue determinar los factores que influyen en la desnutrición de los niños menores de 5 años que consultan las Unidades de Salud Zoila Esperanza Turcios de Jiménez, Conchagua y El Huisquil del departamento de La Unión durante el año 2009. Se planteó como hipótesis de trabajo que los factores socioeconómicos y culturales son los que influyen con mayor frecuencia en la desnutrición de los niños menores de 5 años en las unidades de salud en investigación. **Metodología:** El estudio es prospectivo, transversal, descriptivo, documental y de campo. La recolección de la información se hizo, a través de una guía de evaluación y la entrevista dirigida a los responsables del cuidado de los niños. La población objeto de estudio fue de 99 niños que cumplían los criterios de selección. Se determinó el grado de desnutrición de los niños utilizando las gráficas de crecimiento recomendadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). **Resultados** de la población en estudio 85 niños presentan desnutrición leve, 13 niños presentan desnutrición moderada, desnutrición severa 1 niño, el factor social está relacionado debido a que las familias son ampliadas en un 62%, el 69% de los cuidadores tienen un bajo nivel de escolaridad, el 85% no da ningún tratamiento al agua, factor económico el 62% de la población tiene bajo ingreso familiar, factor cultural la cantidad y calidad de alimentos no es la adecuada, el 95% no utiliza adecuadamente el servicio sanitario, el 88% no practican medidas higiénicas previo a la preparación de alimentos.

**Palabras clave:** Niños menores de 5 años, desnutrición, factores socioeconómicos, factores culturales.

## **1. INTRODUCCIÓN**

### **1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA**

Se estima que 193 millones de menores de 5 años de países en vías de desarrollo tienen deficiente peso, el 56% de las muertes en niños entre 6 y 59 meses de edad, en 53 países, estaban asociadas a los efectos potenciales de la desnutrición sobre las enfermedades infecciosas. (1) Nicaragua es uno de los países con mayores índices de desnutrición en América Latina, según la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud la insuficiencia ponderal era del 22%. (2) Guatemala tiene la proporción más alta de niños y niñas con peso inferior al normal (23%) de la región y la mayor tasa de retraso en el crecimiento (49%) del mundo. (3)

El primer estudio antropométrico en El Salvador fue realizado en 1965/67 con la colaboración del Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP), para ese período, la insuficiencia ponderal afectaba al 28% de niños menores de 5 años, la emaciación era de 4%, mientras que el déficit mayor se encontró en la talla, pues la mitad de los niños presentaban retardo en talla. (4)

La Evaluación de la situación alimentaria nutricional en El Salvador (ESANES-88), determinó que los niños menores de 5 años mostraban una disminución en la

insuficiencia ponderal, que fue de 16%. El retardo en crecimiento había disminuido pero continuaba alto, 32% y la emaciación había aumentado en comparación con los resultados de 1965/67, a 5%. (5) En 1993 la Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL-93), con resultados tendientes a la disminución en la prevalencia de la insuficiencia ponderal a 11%, retardo en talla a 23% y emaciación a 1%. Según los resultados de FESAL-98, la mitad de niños en el área rural padecía de retardo de crecimiento. Según FESAL 2002/2003 un 19% de los niños menores de cinco años presentaba retardo en el crecimiento. (6)

La nueva referencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que en El Salvador, uno(a) de cada 5 a niños(as) menores de 5 años presenta baja talla para la edad, los niveles de baja talla para la edad son similares en todos los grupos de edad (alrededor del 20%), con la excepción del grupo de 3 a 11 meses (11.9%). (Figura 1). (7)

Las causas básicas de muerte, de los niños salvadoreños, al igual que en todos los países “poco desarrollados”, se manifiestan principalmente como neumonías, diarreas, desnutrición y otras enfermedades transmisibles. Principales problemas nutricionales en El Salvador 2008. (Figura 2). (8)

Generalidades de las unidades de salud en estudio:

**Unidad de Salud Conchagua:** Se encuentra ubicada en el Municipio de Conchagua, Barrio San Antonio posee como área geográfica de influencia 5 barrios y 7 Cantones, la población de niños(as) menores de 5 años es de 2367 niños(as). No se cuenta con datos referentes a la desnutrición.

**Unidad de Salud Zoila Esperanza Turcios de Jiménez conocida como La Playa:** Se encuentra en el municipio de La Unión, en el Barrio San Carlos, tiene un área de influencia de 3 barrios, 5 colonias, dos sectores, 2 cantones, tiene una población de niños menores de 5 años de 975 niños. No se cuenta con datos referentes a la desnutrición.

**Unidad de Salud El Huisquil:**

Se encuentra ubicada en el Cantón El Huisquil, municipio de Conchagua, su área geográfica de influencia son 3 cantones, la población de niños(as) menores de 5 años es de: 678 niños(as). No se cuenta con datos referentes a la desnutrición.

La desnutrición junto a las enfermedades prevalentes de la infancia constituyen las principales causas de morbilidad y mortalidad infantil. Es el resultado de una variedad de factores interrelacionados, entre ellos alimentación y prácticas de atención

sanitaria inadecuadas y la existencia de enfermedades. Si un niño está desnutrido durante los primeros años de su vida crecerá y se desarrollará física y mentalmente con un ritmo por debajo de lo normal. Como no es posible recuperar esta deficiencia cuando el niño es mayor, este tendrá secuelas para toda la vida.

La importancia de este trabajo de investigación radica en lo necesario que es conocer y comprender que la desnutrición es la enfermedad nutricional más importante en los países en vías de desarrollo. Más de la mitad de las muertes de todos los niños están relacionadas con la desnutrición, que debilita su sistema inmunológico.

Esta investigación permite identificar los factores que determinan el estado nutricional de los menores de cinco años y esto servirá para poder modificar algunas prácticas erradas de las madres a través de la consejería y la vigilancia sistemática del estado nutricional previniendo la desnutrición crónica y por medio de esta medida disminuir la incidencia de enfermedades en ellos, por lo tanto habrá una población infantil saludable.

La población será beneficiada es el grupo vulnerable de los niños menores de 5 años de las comunidades en estudio, ya que se clasificaron cuales son los niños con desnutrición y se les dio seguimiento médico.

Con esta investigación se pretende dejar un precedente acerca del estado nutricional de los niños en el departamento de La Unión, para la realización de futuros trabajos de investigación en las diferentes áreas de la salud.

Para que dicha información, pueda servir de base a las unidades de salud, para plantear nuevas estrategias de control, evaluación y disminución de la desnutrición, así como también optimicen el recurso humano y uso de materiales en el trabajo conjunto con la comunidad.

De la problemática antes descrita se deriva el problema de investigación el cual se enuncia de la siguiente manera:

**¿Qué factor es el que influye con mayor frecuencia en la desnutrición en los niños menores de 5 años que consultan en las unidades de salud de Conchagua, Zoila Esperanza Turcios de Jiménez y El Huisquil, departamento de La Unión periodo de julio a agosto de 2009?**

## **1.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.2.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar los factores socioeconómicos y culturales que influyen en la desnutrición de los niños menores de 5 años que consultan en las unidades de salud de Conchagua, Zoila Esperanza Turcios de Jiménez y El Huisquil, del departamento de La Unión, durante los meses de julio y agosto de 2009.

### **1.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1.2.2.1 Identificar los factores que influyen con mayor frecuencia en la desnutrición de los niños en investigación.

1.2.2.2. Establecer la relación existente entre los factores socioeconómicos y culturales en el estado nutricional de la población en estudio.

1.2.2.3 Clasificar el grado de desnutrición de los niños objeto de estudio.

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DESNUTRICIÓN.**

El estado nutricional de una persona es la resultante del equilibrio entre la ingesta y sus requerimientos de nutrientes. Los momentos de máxima demanda de nutrientes corresponden a aquellos de mayor reproducción celular, es decir los periodos de rápido crecimiento como la gestación, los primeros años de vida, la adolescencia y durante las enfermedades. (9)

Los principales factores que se asocian al apareamiento de la desnutrición como problema de Salud Pública se pueden agrupar en: medioambientales (por causas naturales), socio-culturales-económicos (asociados a los problemas de pobreza e inequidad) y los político-institucionales, los que en conjunto aumentan o disminuyen las vulnerabilidades bio-médicas y productivas, y a través de estas se condiciona la cantidad, calidad y capacidad de absorción de la ingesta alimentaría que determina la desnutrición. (10) En 1990 la UNICEF propuso un modelo explicativo de la malnutrición infantil, (pobreza y desnutrición) y revela que las causas de la desnutrición son multisectoriales. (11)

**Bajo peso al nacer:**

Se clasifica como bajo peso al nacer a todo recién nacido que en el momento de su nacimiento tenga peso menor de 2,500gr. Se estima que en el mundo 30 millones de niños nacen cada año con un peso inferior al normal para la edad gestacional. (12) Los factores sociales influyen sobre el bajo peso al nacer, al no existir programas que garanticen una correcta atención prenatal que pueda ofertar a las embarazadas una correcta guía de alimentación, las mujeres embarazadas y lactantes, son quienes experimentan períodos cruciales de vulnerabilidad nutricional dentro de su ciclo de vida, con efectos que luego se vuelven irreversibles. (13)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que más de 50,6 millones de niños menores de cinco años están desnutridos, la mayoría de ellos sufrieron una desnutrición intrauterina y fueron bajo peso al nacimiento. (14)

**Enfermedades:**

El consumo alimentario inadecuado y las infecciones se producen siguiendo un ciclo vicioso que puede considerarse como la causa de las altas tasas de mortalidad y morbilidad observadas en los países en desarrollo. Las infecciones impiden que los niños ganen peso por estar limitada la absorción de nutrientes. Cuando los niños no comen lo suficiente o no comen bien, las defensas de su sistema de inmunológico se reducen, y

como consecuencia de ello aumenta la frecuencia, gravedad y duración de la enfermedad. Esta última acelera la pérdida de nutrientes y suprime el apetito —y por lo tanto los niños enfermos tienden a no comer lo que deberían— y el ciclo continúa. (15)

Habitualmente, los niños desnutridos tienen una mayor frecuencia de episodios de infecciones respiratorias y diarrea. La carencia de vitamina A aumenta el riesgo de muerte por diarrea entre un 20% y 24%. Los niños con dietas pobres en Zinc, el riesgo de morir por diarrea, neumonía y malaria incrementan entre un 13 y 21%. (16)

Además durante un episodio de diarrea la mucosa intestinal pierde integridad y disminuye su capacidad de absorción de nutrientes además al ser tratadas por la madre con restricciones dietarias y alimentos ricos en hidratos de carbono como el agua de arroz, tienden a agudizar el cuadro de desnutrición. Las infecciones respiratorias agudas (IRAS) afectan principalmente a los niños de 6 a 23 meses. El área rural presenta mayor prevalencia en relación a la urbana; debido al bajo nivel de instrucción de la madre. (17)

A pesar que desde hace mucho tiempo se reconoce el efecto sinérgico entre la desnutrición e infección como causas de mortalidad infantil, cuando se desarrollan estrategias para reducir el número de muertes en niños se priorizan aquellas orientadas a reducir las enfermedades infecciosas. (18)

**Falta de acceso a servicios básicos:**

La disponibilidad de servicios sanitarios influye notablemente sobre el tratamiento de las enfermedades. Más de 1.100 millones de personas carecen de acceso al agua potable y unos 2.900 millones no tienen acceso a un servicio adecuado de saneamiento ambiental. A ello se debe la propagación de las enfermedades infecciosas, como la diarrea que es una de las causas principales de la desnutrición. (19) El acceso a agua potable en cantidad suficiente y la disposición adecuada de residuos sólidos son factores importantes para la prevención de enfermedades infecto-contagiosas, al interrumpir la contaminación fecal dentro del hogar.

En El Salvador, Haití y Paraguay, menos del 50% de la población tiene acceso a agua. El saneamiento ambiental medido por los procedimientos de disposición de la basura, mostró que solo un 23% de las familias son favorecidas por el medio más adecuado de recolección, es decir mediante un sistema público ordenado por el gobierno municipal, siendo la quema de basura el medio más común. Es importante puntualizar la ausencia de procedimientos adecuados en los lugares donde la recolección de basura es realizada por la municipalidad. Estas observaciones llevan a considerar una disposición inadecuada de agua residuales, fuente de contaminación y enfermedades. (20) Los niños y niñas de corta edad son vulnerables a los riesgos que traen consigo el agua

contaminada, un saneamiento escaso y una higiene inadecuada. En El Salvador aun existe un 5% de viviendas que no cuentan con ningún tipo de servicio sanitario . (21)

La combinación de factores como el uso de agua no potable, la falta de agua para lavar y cocinar y la falta de acceso a instalaciones de saneamiento es causa de aproximadamente el 88% de las muertes por enfermedades diarreicas Por sí solo, un mejor saneamiento podría reducir la morbilidad relacionada con la diarrea en más de una tercera parte; la mejora del saneamiento, en combinación con unos mejores hábitos de higiene, podría reducirla en dos terceras partes. La mejora de las prácticas en el hogar comprende medidas como el uso de un retrete o una letrina por parte de todos los miembros del hogar; la eliminación segura de las heces de los niños; el lavado de manos después de defecar y antes de comer, y la instalación de fuentes de agua potable en los hogares y comunidades. (22)

### **Pobreza:**

El alimento es un bien y el acceso depende de los mismos factores que determinan el acceso a otros bienes; es por ello que la pobreza y la inseguridad alimentaria nutricional están estrechamente vinculadas, también depende de las decisiones económicas que realicen las personas del hogar. Desde el punto de vista económico, la garantía de seguridad alimentaria requiere que familias que no producen suficientes alimentos para cubrir sus propias necesidades tengan la posibilidad de

adquirirlos a través de su capacidad de compra ó subsidios de alimentos. Sólo puede aseverarse que existe seguridad en la disponibilidad de alimentos a nivel nacional cuando los recursos alimentarios son suficientes para proporcionar una dieta adecuada a cada persona en ese país, independientemente de la procedencia de ese alimento. (23)

Una de los impactos más graves de la pobreza extrema es la desnutrición infantil, debido a que la carencia de recursos en la familia es tal que ni siquiera alcanzan para cubrir las necesidades alimentarias de las madres o de los niños y estos comienzan a sufrir toda una serie de problemas derivados de la desnutrición. Cuando la pobreza se convierte en un mal endémico que afecta a una gran parte de la población el peligro es mayor. En América Central, la malnutrición contribuye a aumentar la pobreza y a largo plazo, puede afectar negativamente el crecimiento económico de un país. La actual crisis alimentaria y económica mundial genera más desnutrición y pobreza extrema. (24)

La FAO (Fondo de Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación) ubica al país en una condición de suficiencia alimentaria, es decir que existen suficientes alimentos para cubrir las demandas de la población. Sin embargo, el acceso a los alimentos es limitado para muchas familias debido al alto precio de la CBA (Canasta básica de alimentos) y a los bajos ingresos promedio. La relación entre los ingresos medios y el costo de la CBA es casi de 1:1. Es lógico esperar que los ingresos no son utilizados exclusivamente para compra de alimentos. (25)

La desnutrición por si misma limita el desarrollo económico del país al reducir la productividad económica del capital humano y la capacidad de generar ingresos en los adultos, generándose el círculo vicioso entre pobreza-desnutrición-pobreza. Ser pobre y estar desnutrido es una doble condición que acentúa la exclusión y la inequidad. La desnutrición genera pobreza. La persona que sufre desnutrición tiene limitaciones para acceder a mayores ingresos e insertarse en condiciones favorables al mercado de trabajo.

“La pobreza es la condición humana caracterizada por la carencia sostenida o crónica de los recursos, capacidades, opciones, seguridad y poder necesarios para el disfrute de un nivel de vida adecuado, así como otros derechos civiles, culturales, económicos y políticos” (ONU, 2001).

#### **Alto costo de la canasta básica:**

El costo de la canasta básica, que se refiere a lo mínimo de calorías que una familia salvadoreña debe consumir al mes para subsistir. Un análisis comparativo realizado por el Centro para la Defensa del Consumidor (CDC), muestra que la canasta básica alimentaria urbana costaba \$128.19 en mayo de 2004, y en enero de 2008, costó \$159.90; para el caso de la canasta básica alimentaria rural, en este mismo período, ha subido de \$93.29 a \$118.8. Como consecuencia, los incrementos en la canasta básica

urbana y rural han sido de \$31.71 y \$25.50, respectivamente, alzas que superan por mucho los tímidos aumentos salariales en el mismo período; en el caso del salario mínimo en la maquila, apenas ha subido \$10.75; el salario mínimo rural ha subido solo \$11.69, y en el comercio y servicios subió \$24.60. (26)

### **Desempleo:**

Esta variable incluye el porcentaje de la fuerza laboral que está sin empleo. En El Salvador, tasa de desempleo es de 6.6%, lo anterior es preocupante si se considera la calidad del empleo que genera nuestra economía con salarios bajos, deficientes condiciones laborales y empleo inestable en muchos casos. No todos los que tienen empleo reciben un salario mínimo al menos, ya que un 32% del total se encuentran subempleados, en este grupo se ubican los pequeños agricultores, los comerciantes y obreros de diversas ramas (Ministerio de Economía, 1999). (27)

El desempleo es mayor entre los jóvenes y las mujeres debido a que se están incorporando por primera vez y no poseen ninguna capacitación y experiencia que les permita insertarse en forma rápida y efectiva al mercado laboral. Por otra parte, el excedente de fuerza laboral se traslada principalmente a los Estados Unidos, donde se estima viven actualmente 2 millones de salvadoreños, de los cuales una tercera parte se encuentran en forma ilegal y amparados en los últimos 3 años al Programa de Estabilidad Temporal conocido como el TPS. (28) En el departamento de La Unión,

en el mes de junio de 2009, la empresa Atunera Calvo, realizó un despido de aproximadamente 600 personas, las cuales la mayoría reside en la barrio San Carlos, Cantón El Huisquil y Sirama . (29)

### **Lugar de residencia:**

La residencia urbana o rural es un factor importante en la alimentación infantil, la modernización tiene que ver con urbanización y transformación de patrones de consumo tradicionales hacia patrones de países desarrollados. Producto de las migraciones campo – ciudad en busca de mejores oportunidades, el problema de la desnutrición de áreas rurales se ha trasladado a las periferias de las ciudades. Esto ha provocado un aumento en la demanda de servicios básicos como agua potable y saneamiento, así como los riesgos de padecer enfermedades que afectan al estado nutricional de las personas. (30)

En las zonas urbanas existen cinturones de pobreza donde también la carencia de servicios básicos es importante y la accesibilidad y disponibilidad de alimentos es baja. Según FESAL 2008 la prevalencia de diarrea en el área rural es más alta que en la urbana.

### **Condición del hogar:**

Hay un grupo de condiciones que si bien dependen directamente del entorno social, tienen una expresión observable en cada hogar. El cuidado inadecuado donde se consideran aquellas prácticas que no permiten una debida alimentación o desarrollo del

niño (ej. alimentación pasiva o falta de estimulación psicomotora, conductas de riesgo de los padres o cuidadores, hijos de madres adolescentes), o aquellas que imposibilitan a la madre que alimente y cuide de su niño (ej. trabajo físico excesivo de la madre, enfermedad materna, multiparidad, falta de tiempo para la lactancia materna). (31) La condición marital inestable también representa un factor de riesgo, el abandono del hogar por uno de los padres suele provocar trastornos psíquicos que en el niño pueden determinar una anorexia rebelde y conducir a una desnutrición.

Según FESAL 2008 en El Salvador 36.7% de los hogares la jefatura recae en las mujeres. (32) Se encontró que en los últimos 5 años el porcentaje de mujeres separadas, viudas o divorciadas subió 4 puntos porcentuales, tanto en el área urbana como rural.

La atención comprende también toda forma de relación entre los padres y los hijos que ayude a éstos en su desarrollo físico y emocional. Varios estudios han demostrado que los niños desnutridos a quienes se brinda estímulo verbal y cognoscitivo tienen tasas de crecimiento mayores que las de los niños que no reciben esa atención. (33)

### **Madres adolescentes:**

En Latinoamérica donde el incremento de la reproducción se ve más frecuente en mujeres jóvenes, económicamente comprometidas y dependientes. La primiparidad

precoz constituye un factor predisponente fundamental en la prematuridad y por tanto, los hijos de estas madres tan jóvenes tienen mayores posibilidades de morir y de someterse a los riesgos del abandono.

Los riesgos de los niños de madres adolescentes son muchos, pero los más significativos son el parto prematuro, bajo peso al nacer, mala nutrición y mayor posibilidad de abuso y negligencia en el cuidado del niño. En un estudio realizado en Paraguay sobre lactantes hijos de madres adolescentes, se encontró que son más los riesgos psicosociales maternos que los biológicos los que inciden en forma negativa en el niño, para llegar a afectar fundamentalmente su nutrición, crecimiento y desarrollo psicomotor. Se han hallado en los hijos de los adolescentes puntajes bajos en el coeficiente intelectual y desarrollo emocional y en algunos países el rechazo social y desventajas legales, lo cual agrava la situación económica tanto de la madre como del hijo. (34)

### **Madre múltiparas:**

Estudios sobre el efecto de los patrones reproductivos en la sobrevivencia del niño adolecen con frecuencia de problemas metodológicos, estadísticos y teóricos. El problema más evidente es la estrecha relación entre la edad materna, paridad y espaciamiento de los nacimientos. Por ejemplo: nacimiento de alto orden tienden a ocurrir en mujeres de edad avanzada, los intervalos intergenésicos cortos son más

frecuentes en mujeres con muchos hijos y entre las más jóvenes. Períodos más cortos de lactancia natural pueden ir al mismo tiempo en contra de la salud del niño.

Ciertas características observables en la familia pueden hacer que el niño goce de buena salud, y nacimientos más espaciados, tales como educación de la madre, mayor estabilidad económica, accesibilidad a los servicios de salud. Los mecanismos que gobiernan la relación entre los factores reproductivos y de salud de niño no están totalmente claros. (35)

#### **Condición de la madre:**

Las mujeres de baja condición social tienden a tener menos control sobre los recursos hogareños, mayores restricciones horarias, menos acceso a información y servicios sanitarios, peor salud mental y menor autoestima. Se considera que estos factores están íntimamente relacionados con la propia situación nutricional de la mujer y la calidad de la atención que recibe y, a la vez, con el peso del niño al nacer. Las mujeres bien alimentadas corren menos riesgos durante el embarazo y el trabajo de parto, y el desarrollo físico y mental de sus hijos será adecuado. (36)

Diversas investigaciones confirman que las mujeres con mayor nivel de escolaridad tienen familias más sanas y sus hijos están mejor nutridos, tienen menos probabilidades de morir en sus primeros años. Los niños cuyas madres poseen

educación secundaria o superior tienen menor probabilidad de ser deficientes de peso y altura. (37)

Los resultados de FESAL-2008 muestran que los niveles más altos del indicador de baja talla para la edad se encuentran entre los(las) hijos(as) de mujeres sin educación formal o con 1 a 3 años de escolaridad (36.6 y 26.6%, respectivamente). (38) La discriminación de las mujeres y las niñas es un elemento importante de la desnutrición. Se ha establecido que las altas tasas de desnutrición infantil y bajo peso al nacer que se registran en gran parte de Asia meridional guardan relación con factores tales como el escaso nivel de acceso de las mujeres a la educación y su limitada participación en la fuerza laboral asalariada, en comparación con las mujeres de otras regiones. (39)

#### **Patrones alimentarios inadecuados:**

Los patrones alimentarios están determinados por el consumo de alimentos de un grupo de población, que refleja la calidad y cantidades de alimentos en un período determinado. (40)

La aceptabilidad individual, familiar y comunitaria de ciertos alimentos tiene relación con percepciones culturales. Es decir, ideas sobre alimentos buenos y malos para la salud o apropiados para cada tiempo de comida. Los padres confían que el niño se alimenta de acuerdo a sus necesidades o que tienen que comer cuando tienen hambre, el

niño no debe comer mucho para no enfermarse. A su vez, el aprovechamiento de los nutrientes ingeridos depende de diversos factores como la combinación de alimentos.

La lactancia materna es la base de la buena nutrición de los lactantes, y el amamantamiento inadecuado puede poner en peligro la salud y la nutrición del niño, especialmente en las regiones donde el saneamiento y las condiciones sanitarias son deficientes. En los países con tasas de mortalidad infantil elevadas, un niño de una comunidad pobre alimentado con biberón tiene 14 veces más probabilidades de morir de enfermedades diarreicas y cuatro veces más probabilidades de morir de neumonía que un niño que ha sido alimentado exclusivamente mediante la lactancia materna. El destete precoz y la introducción inadecuada de alimentación artificial en el lactante es el principal factor que lleva a su desnutrición en los primeros dos años de vida. Según FESAL 2008 sólo 3 de cada 10 niños(as) menores de 6 meses recibe lactancia materna exclusiva. (41)

La ignorancia conduce a las malas prácticas de puericultura conceptos erróneos sobre el uso de diversos alimentos, prácticas inadecuadas de alimentación durante las enfermedades y distribución inadecuada de alimentos entre los miembros de la familia.

## **2.2 DESNUTRICION INFANTIL**

La desnutrición proteico energética (DPE) es una enfermedad multisistémica producida por una disminución drástica aguda o crónica en la disponibilidad de

nutrimentos, ya sea por ingestión insuficiente, inadecuada absorción, exceso de pérdidas o la conjunción de dos o más de estos factores. Se manifiesta por grados de déficit antropométrico, signos y síntomas clínicos y alteraciones bioquímicas, hematológicas e inmunológicas. Los niños son más vulnerables a una nutrición deficiente por diferentes motivos: depósitos nutritivos bajos, grandes demandas para asegurar un crecimiento adecuado. (42)

### **2.2.1 CLASIFICACION**

Para elaborar el diagnóstico de desnutrición se requiere analizar la historia alimentaria, la frecuencia y severidad de las enfermedades previas, reconocer los signos y síntomas propios de esta enfermedad y medir el crecimiento.

#### **2.2.1.1.- ETIOLOGIA:**

**a) Primaria:** Se presenta cuando el aporte de nutrientes no es adecuado para cubrir las necesidades y/o episodios repetidos de diarrea o infecciones de vías respiratorias. En la actualidad se observa con más frecuencia en regiones o países en vías de desarrollo.

**b) Secundaria:** Cuando existe alguna condición subyacente que produce una inadecuada ingestión, absorción, digestión o metabolismo de los nutrientes, generalmente ocasionado por un proceso patológico como infecciones agudas o problemas crónicos

como la diarrea persistente, cardiopatías congénitas, neumopatías, enfermedad renal avanzada, cáncer. Se observa con más frecuencia en países desarrollados.

**c) Mixta:** Se presenta cuando coexisten las dos causas anteriores, el sinergismo entre ingesta inadecuada e infección es el ejemplo clásico de este cuadro y tiene como sustrato metabólico el desequilibrio entre el mayor gasto de nutrientes y la necesidad no satisfecha de los mismos. (43)

#### **2.2.1.2 SEGÚN EL TIPO DE CARENCIA**

**Carencia proteínica:** La insuficiente ingesta de proteínas en la infancia hace que los niños crezcan más lentamente y de acuerdo al grado de permanencia, no recuperen la talla promedio de su población. A esta consecuencia crucial se superponen algunos rasgos somáticos: erupciones cutáneas, edemas y cambios en el color del cabello (de castaño a rojizo). Esta forma de malnutrición es característica en África, donde se la ha denominado Kwashiorkor, su origen esta asociado a la ingesta intensiva de preparaciones en base a harinas de maíz y la escasa ingesta de proteínas animales.

**La carencia combinada de proteínas y calorías.** Se denomina Marasmo al cuadro El síntoma más visible es el consumo del tejido celular subcutáneo, que da un aspecto característico a la piel. La detención del crecimiento en estos casos suele ser

muy intensa, aunque no se presentan edemas y el hígado preserva su tamaño y funciones. En niños menores de un año se han presentado síntomas combinados de estos dos cuadros clínicos a los que se ha denominado “kwashiorkor marasmático”. (44)

### 2.2.1.3 CLASIFICACION POR SEVERIDAD

La clasificación de Gómez utiliza el índice peso/edad, que resulta muy útil para niños menores de 5 años. La severidad de la desnutrición se clasifica según el déficit de peso que tengan los niños en relación al peso de los niños de su misma edad.

Clasificación de Gómez

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

PESO IDEAL

<u>Grado</u>	<u>Déficit</u>
1o.	10 al 24 %
2o.	25 al 39 %
3o.	> al 40 %

Los niños que presentan edema independientemente de su déficit se clasifican como tercer grado.

Para el trabajo de investigación para realizar la clasificación de desnutrición leve, moderada y severa se utilizaron las graficas de crecimiento y desarrollo recomendadas por el MSPAS (Figuras 5 a 12)

#### **2.2.1.4 SEGÚN EL TIEMPO DE SU EVOLUCIÓN:**

Desnutrición aguda donde observamos déficit en peso sin deterioro de la talla. La desnutrición crónica se manifiesta por déficit en talla y los crónicos agudizados, son niños con deterioro en talla en donde además se observa una pérdida de peso importante.

#### **2.2.1.5 SIGNOS DE DESNUTRICIÓN:**

**Signos universales** (presentes en todo tipo de desnutrición): dilución bioquímica, hipofunción (disminución de enzimas) y atrofia (retraso osificación, muscular, dermatosis).

**Signos circunstanciales** (no siempre presentes, pero su existencia son indicios de ella): manifestaciones cutáneas, edemas, alteraciones oculares, y trastornos bucales.

**Signos agregados** (manifestaciones presentes en desnutridos no causadas propiamente por la desnutrición) como es el caso de: infecciones gastrointestinales, respiratorias.

#### **2.2.1.6 ANEMIA**

La anemia es un problema de salud importante en los niños afecta su crecimiento, desarrollo y representa un factor de riesgo asociado que reduce la capacidad de respuesta del niño a las enfermedades . (45)

Las infecciones y la desnutrición son causas también de anemia, específicamente por déficit de hierro. La deficiencia de hierro durante el embarazo incrementa el riesgo de partos pretérminos y bajo peso. En El Salvador al menos uno(a) de cada 5 niños(as) menores de cinco años del área urbana y uno(a) de cada 4 del área rural presenta algún grado de anemia.(FESAL 2008). (Figura 3).

### **2.3. VALORACION DEL ESTADO NUTRICIONAL POR ANTROPOMETRIA.**

El uso de técnicas antropométricas permite evaluar comparativamente el proceso de crecimiento de los niños de una población dada. Las medidas físicas más frecuentes para la evaluación son: peso, talla (altura y longitud). Un aspecto controvertido del diagnóstico de carencias nutricionales a través de indicadores antropométricos lo constituye la elaboración de índices o tablas de ponderación del “crecimiento normal”. El punto crítico de estas tablas “normales” lo constituye la población testigo sobre la que se tomaron las medidas y la pretensión de aplicarlas como parámetros en poblaciones tan variables. La población de referencia es el estándar del Centro Nacional de Estadísticas en Salud (NCHS), cuyo uso es recomendado por UNICEF y la OMS. Cada uno de los indicadores del estado de nutrición se expresa en unidades de DE (desviación estándar) a partir de la mediana de esta población de referencia. (46)

## **2.4 INDICADORES ANTROPOMETRICOS**

Dentro de la vigilancia nutricional de El Salvador el MSPAS ha considerado la evaluación a través de tres índices antropométricos: peso/edad; talla/edad y peso/talla estableciéndose las diferentes categorías del estado nutricional. Normal, desnutrición, desnutrición severa, sobrepeso, obesidad. La reducción en la tasa de incremento ponderal o bien el franco decremento en esta medida antropométrica, precede a la detención del crecimiento estos indicadores nos permiten situar a la enfermedad en severidad (P/E), tiempo de evolución (T/E) y pronóstico (P/T).

### **PESO PARA LA EDAD (P/E):**

El P/E se utiliza en los niños y se valora como el porcentaje del peso esperado o ideal para una edad determinada. El déficit de peso evalúa tanto la desnutrición presente como la pasada ya sea debida a un proceso agudo o crónico.

### **PESO PARA LA TALLA ( P/T):**

El peso para la talla P/T ha reemplazado al P/E como criterio para el diagnóstico de desnutrición aguda o presente. Es muy útil para evaluar el impacto de los programas de intervención nutricia. Este cociente indica el estado nutricional actual y permite detectar casos de desnutrición aguda comparándolo con gráficas estandarizadas para niños y adolescente.

### **TALLA PARA LA EDAD (T/E):**

La T/E cuando se encuentra disminuida es evidencia de una desnutrición crónica o pasada, no es útil en los programas de intervención nutricional. Sin embargo, es el indicador que nos permite diferenciar los procesos crónicos y pasados de los presentes y agudos y de ahí su valor en investigación social.

### **2.5 CONSECUENCIAS DE LA DESNUTRICION**

Cada año la desnutrición causa la muerte de tres a cinco millones de niños menores de 5 años. Cuando la dieta de un niño no ofrece todos los nutrientes que su cuerpo necesita para mantener su funcionamiento normal, no sólo merma su crecimiento sino que aumenta su vulnerabilidad ante enfermedades comunes. Por esta razón, un simple resfriado o una diarrea aguda pueden acabar con la vida de un niño desnutrido.

(47)

La OMS calcula que la mitad de todas las muertes de niños que ocurrieron en los países en desarrollo durante 1995 se debieron a problemas relacionados con la desnutrición (Estado mundial de la infancia 2008). Los niños y niñas bien alimentados se desempeñan mejor en la escuela, llegan más sanos a la edad adulta y pueden ofrecer a sus propios hijos un mejor comienzo en la vida. El bajo peso al nacer y la desnutrición representan un mayor riesgo de contraer enfermedades crónicas en la adultez,

incluyendo obesidad, diabetes, enfermedades cardiacas, hipertensión arterial y accidentes cardiovasculares. (48)

## **2.6 ACCIONES PARA DISMINUIR LA INCIDENCIA DE DESNUTRICION**

En el año 2000 se realizó bajo los auspicios de la OMS, la Cumbre del Milenio 2000, donde 189 estados miembros de la ONU (Organización de Naciones Unidas) entre los cuales se encontraba El Salvador, reafirmaron su compromiso de trabajar para el logro de un mundo en paz y más seguro para todos. La Declaración del Milenio se acompañó de un plan de trabajo, de acciones concretas y en tiempo concreto definido como el año 2015. (49)

Los Objetivos del Milenio (ODM) definidos como indivisibles y sinérgicos son los 8 que se describen a continuación:

ODM 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre.

ODM 2: Alcanzar la educación primaria universal.

ODM 3: Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer.

- ODM 4: Reducir la mortalidad Infantil.
- ODM 5: Mejorar la salud materna.
- ODM 6: Combatir el VIH/SIDA, el Paludismo y otras enfermedades.
- ODM 7: Garantizar la sustentabilidad del medio ambiente.
- ODM 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

Para lograr los ODM en El Salvador el MSPAS ha modificado sus programas y estrategias de atención, por ejemplo: El programa de Atención Integral en Salud a la Niñez que tiene como objetivo: Mejorar la calidad de vida de los niños y niñas salvadoreñas, garantizando su bienestar, crecimiento óptimo y el desarrollo integral de todas sus potencialidades.

Para cumplir ese objetivo se creó la estrategia AIEPI (Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia) que combina la mejora del cuidado y atención de los niños que tienen enfermedades prevalentes, con aspectos de nutrición (Ver anexo 1), vacunación y otros que tienen influencia sobre su salud. La aplicación sistematizada de AIEPI, en los servicios de salud, permite identificar la presencia de problemas de nutrición más allá del motivo aparente de consulta y además es una guía referente al manejo del paciente desnutrido. (50)

### **3. SISTEMA DE HIPOTESIS**

#### **3.1 HIPOTESIS DE TRABAJO**

Hi: Los factores socioeconómicos y culturales son los que influyen con mayor frecuencia en la desnutrición de los niños menores de 5 años en las Unidades de Salud en estudio.

#### **3.2 HIPOTESIS NULA**

Ho: Los factores socioeconómicos y culturales no son los que influyen con mayor frecuencia en la desnutrición de niños menores de 5 años en las unidades de salud en estudio.

#### **3.3 Unidades de análisis o de observación**

Niños menores de 5 años.

#### **3.4 Variables**

##### **Variables Independientes**

- Factores Sociales
- Factores Económicos
- Factores Culturales

### **Variable Dependiente**

- Desnutrición Infantil

### 3.5 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

HIPOTESIS	VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DIMENSION OPERACIONAL	INDICADORES
<p><b>Hi:</b> Los factores socioeconómicos y culturales son los que influyen con mayor frecuencia en la desnutrición de los niños menores de 5 años.</p>	<p>VI: Factores sociales</p>	<p>Conjunto de condiciones y circunstancias concretas que constituyen el estado de una colectividad.</p>	<p>Conductas de riesgo en el hogar</p> <p>Integración Familiar</p> <p>Composición familiar</p> <p>Servicios Básicos</p> <p>Escolaridad</p> <p>Accesibilidad geográfica</p> <p>Grupo Familiar</p>	<p>Mediante la cédula de entrevista</p>	<p>-Prostitución -Drogadicción -Alcoholismo</p> <p>-Fam. Integrada -Fam. Desintegrada</p> <p>-Nuclear -Ampliada</p> <p>-Agua Potable -Energía Eléctrica -Atención Medica -Saneamiento ambiental</p> <p>-Analfabetismo -Alfabeta</p> <p>-Hora -Minutos</p> <p>-Paridad -Madres Adolescentes</p>



<b>HIPÓTESIS</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>DEFINICION CONCEPTUAL</b>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>DIMENSION OPERACIONAL</b>	<b>INDICADORES</b>
<p><b>Hi:</b> Los factores socioeconómicos y culturales son los que influyen con mayor frecuencia en la desnutrición de los niños menores de 5 años.</p>	<p><b>VD:</b> Desnutrición de niños menores de 5 años</p>	<p><b>Desnutrición:</b> Enfermedad producida por una disminución drástica aguda o crónica, en la disponibilidad de nutrimentos.</p> <p><b>Los niños menores de 5 años se definen como:</b> Todos aquellos comprendidos desde su primer día de vida hasta los 4 años, 11 meses y 364 días de vida.</p>	<p>D. Leve D. Moderada D. Severa</p> <p>Neonato Lactante menor Lactante mayor Preescolar</p>	<p>-Mediante la guía de evaluación - Examen físico - Medidas antropométricas</p> <p>-Guía de evaluación</p>	<p>-Signos de desnutrición - Relaciones antropométricas entre: - Peso - Talla - Edad</p> <p>-0 a 28 días -29 días a 11 meses -1- 2 años -3- 5años</p>

## **4. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **4.1 TIPO DE INVESTIGACION (51)**

**Según el tiempo de ocurrencia de los hechos el estudio es:**

**Prospectivo:** Ya que los resultados de la investigación se obtuvieron a medida que se evaluaron a los pacientes mediante el examen físico, además se tomaron en cuenta los datos proporcionados directamente por los responsables de los(as) niños(as).

**Según el periodo y secuencia del estudio este es:**

**Transversal:** Porque se estudiaron las variables antes expuestas en forma simultánea, en un periodo de tiempo determinado como son los meses de julio y agosto de 2009 y sin ningún seguimiento posterior.

**En base al alcance de los resultados la investigación es:**

**Descriptiva:** Porque se describen los factores que influyen en la desnutrición y la frecuencia que se da en los niños menores de 5 años que consultan en las unidades de salud: Zoila Esperanza Turcios de Jiménez, Conchagua y El Huisquil del departamento de La Unión en los meses de julio y agosto de 2009.

**Según la fuente de datos la investigación se caracteriza por ser de tipo:**

**Documental:** Porque también el estudio está fundamentado en la consulta de libros, revistas científicas, boletines y direcciones electrónicas, revisión de expedientes clínicos para dar un fundamento teórico a la misma, lo cual sirvió de base al momento de la ejecución de la investigación.

**De Campo.** Ya que se estudió el fenómeno en el lugar donde sucede, en este caso con las personas que consultan en las unidades de salud Zoila Esperanza Turcios de Jiménez, El Huisquil y Conchagua . Se obtuvieron los resultados de las técnicas de trabajo de campo, como son la observación y la entrevista, fuentes primarias que permitieron determinar cuáles son los factores más frecuentes que influyen en la desnutrición en los niños menores de 5 años.

#### **4.2 POBLACION**

La población que se tomó como universo corresponde a la población infantil menor de 5 años del área geográfica de influencia de las unidades de salud involucradas en el estudio. La población total de niños menores de 5 años es de 4020 distribuidos en las 3 unidades de salud según detalle:

UNIDAD DE SALUD	No DE NIÑOS
Unidad de Salud El Huisquil	678
Unidad de salud Zoila Esperanza Turcios de Jiménez	975
Unidad de Salud Conchagua	2367
TOTAL	4,020

Fuente: SIBASI La Unión

#### 4.3.- MUESTRA

Para el cálculo de la muestra se tomó en cuenta la prevalencia de desnutrición en el departamento de La Unión que es del 5.2% (según FESAL 2008), y la precisión absoluta de 0.05 (1.96%), lo cual dio como resultado de n= 136 niños(as). Para obtener la muestra se utilizó la siguiente fórmula estadística:

$$n = \frac{Z^2 \times p \times q \times N}{(N-1) E^2 + Z^2 \times p \times q}$$

**En donde:**

**n=** Muestra.

**N=** Tamaño de la población.

**E=** Error muestral especificado en proporción.

**Z=** Valor crítico correspondiente a un determinado nivel de confianza.

**p**= Proporción poblacional de ocurrencia del fenómeno en estudio.

**q**= Proporción complementaria.

**N**= Tamaño de la población

**Datos:**

**n**= ?

**Z**= 95% = 1.96

**P**= 50% = 0.5

**Q**= 50% = 0.5

**E**= 5% = 0.05

**N**= 21

**Sustituyendo:**

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (210)}{(210-1) (0.05)^2 + (1.96)^2 (0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{(3.84)^2 (0.5)^2 (210)}{(209) (0.0025) + (3.84) (0.5) (0.5)}$$

$$n = \frac{(0.96) (210)}{0.52+0.96}$$

$$n = \frac{201.6}{1.48} = 136 \text{ niños.}$$

La muestra calculada según la fórmula estadística es de 136 niños, la cual se distribuyó según la población que posee cada unidad de salud.

UNIDAD DE SALUD	No DE ENCUESTAS
CONCHAGUA	80
ZOILA ESPERANZA	33
TURCIOS DE JIMÉNEZ	
EL HUISQUIL	23
<b>TOTAL</b>	<b>136</b>

**Muestra:**

La muestra a estudiar fue de 136 cuidadores o responsables de los niños que presentaron algún grado de desnutrición ya que por fórmula estadística se determinó que debían ser 136 niños. Debido a que los pacientes no consultaron en el periodo de tiempo especificado para la investigación por lo cual el estudio se realizó con una muestra de 99 niños.

### **4.3 CRITERIOS PARA SELECCIONAR LA MUESTRA**

La población objeto de estudio se determinó considerando los siguientes criterios:

#### **4.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Ser niño o niña menor de 5 años de edad, padeciendo algún grado de desnutrición.
- Pertenecer a las áreas geográficas en estudio.
- Consultar en los meses de julio y agosto de 2009 ya sea por control infantil o por morbilidad.

#### **4.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Ser niño o niña mayor de 5 años de edad, sin ningún grado de desnutrición
- No pertenecer a las áreas geográficas en estudio
- Consultar posteriormente a agosto de 2009 ya sea por control infantil o por morbilidad.

#### **4.3.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN DEL CUIDADOR O RESPONSABLE**

- Responsable o cuidador de niños con algún grado de desnutrición
- Que el responsable o cuidador viviera en la casa con el paciente.
- Responsable de los niños con desnutrición accedieran a responder a la entrevista.

#### **4.3.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DE CUIDADOR O RESPONSABLE**

- Ser responsable o cuidador de niño o niña sin desnutrición.
- Que el responsable o cuidador no viva en la casa con el paciente
- Responsables de los niños con desnutrición no accedieran a responder la entrevista.

#### **4.4 TIPO DE MUESTREO**

Se realizó un muestreo no probabilístico intencional o por conveniencia.

**Muestreo no probabilístico:** Porque se seleccionó la muestra siguiendo algunos criterios de inclusión identificados para fines del estudio.

**Intencional o por conveniencia:** Porque los elementos que integraron la muestra se decidieron según los objetivos de la investigación.

#### **4.5 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.**

Se utilizaron las siguientes técnicas: documentales y de trabajo de campo.

**Técnicas documentales: Documental escrita:** Implicó la revisión de los expedientes clínicos de los niños en las unidades de salud El Huisquil, Zoila Esperanza Turcios de Jiménez y Conchagua.

**Documental Bibliográfica:** La cual permitió obtener información de libros y guías sobre desnutrición infantil.

**Documental Hemerográfica:** Mediante esta se obtuvo información de revistas científicas y direcciones electrónicas.

**Técnica de campo:** El grupo investigador se auxilió de esta técnica para la realización de una entrevista a los responsables de la población en estudio, de acuerdo a una calendarización previamente establecida.

También se realizó una evaluación antropométrica que consistió en relacionar peso, talla, edad, según las gráficas proporcionadas por el Ministerio de Salud.

Estas técnicas permitieron determinar los factores que influyen en la desnutrición de los niños menores de 5 años en las unidades de salud antes mencionadas.

#### **4.6 INSTRUMENTOS**

Los instrumentos que se utilizaron son: una guía de evaluación al niño y la cédula de entrevista dirigida al responsable de los niños en investigación. (Anexo 2).

La entrevista dirigida a los cuidadores de niños desnutridos menores de 5 años, la cual consta 33 preguntas cerradas y 2 preguntas abiertas. (Anexo 3)

La Guía de evaluación dirigida a entrevistador este instrumento consta de 3 preguntas cerradas.

Otros instrumentos médicos que se utilizaron fueron la báscula, infantómetro, tallímetro y las gráficas de crecimiento y desarrollo recomendadas por el MSPAS las cuales se utilizaron para clasificar el grado de desnutrición. (Figuras 5 a 12).

## **4.7 PROCEDIMIENTO**

El período de realización del estudio estuvo comprendido de febrero a diciembre del año 2009. El estudio se realizó en dos etapas, este incluye selección del tema hasta la elaboración del informe final.

En la primera etapa se realizó la selección del tema y la información de este, se escogió el periodo en que se realizó el estudio, se elaboró del perfil de investigación el cual contenía justificación, objetivos, antecedentes del tema. La elaboración del protocolo de investigación que contenía: resumen, planteamiento del problema, objetivos de la investigación, marco teórico, sistema de hipótesis, operacionalización de las variables, diseño metodológico, resultados esperados, supuestos y riesgos, cronograma de actividades, presupuesto y financiamiento, consideraciones éticas, referencias bibliográficas, anexos. También se seleccionó a todo paciente con desnutrición que cumpliera con los criterios de inclusión, se entrevistó a cuidador o responsable del paciente, previo consentimiento, explicándole los objetivos de la investigación y los beneficios de esta.

En la segunda etapa se ejecutó la investigación mediante la clasificación del grado de desnutrición en la población de niños, se aplicó la cédula de entrevista, luego se tabularon los datos por medio de la técnica de papelotes en el conteo de las respuestas. Dichas respuestas se habían categorizado para facilitar la agrupación de datos similares. Tabuladas las respuestas se diseñaron cuadros para la presentación de la

información en los cuales se detalló: frecuencias de las respuestas con base a las categorías, así como porcentajes en relación al total de respuestas. Así mismo se utilizaron las técnicas de representación gráfica de los resultados a través del formato de barra, y de pastel. Que sirvieron para el análisis de las respuestas obtenidas, el método estadístico utilizado para la interpretación de los resultados fue la comparación de los porcentajes. Luego se elaboraron las conclusiones y recomendaciones, todo lo anterior se plasmó en el informe final el cual se presenta en forma escrita y oral.

Este permitió la presentación de los datos en forma sistemática, las variables del estudio fueron los factores socioeconómicos y culturales que influyen en la desnutrición.

La tabulación de los datos se realizó de una forma manual, construyendo frecuencias simples de las variables. El equipo de trabajo se auxilió del programa EXCELL 2007 para la elaboración de cuadros y gráficas lo que permitió el análisis e interpretación de los resultados.

## 5. RESULTADOS

### 5.1 TABULACION, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS DE LA GUIA DE EVALUACION DIRIGIDA A LOS NIÑOS DESNUTRIDOS EN ESTUDIO.

CUADRO N° 1

#### DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR EDADES

EDAD	FRECUENCIA	%
<6 meses	6	6%
7 meses a 11 meses	12	12%
1 año	24	25%
2 años	23	23%
3 años	16	16%
4 años	18	18%
TOTAL	99	100%

Fuente: Guía de evaluación dirigida a la población en estudio.

## **ANÁLISIS**

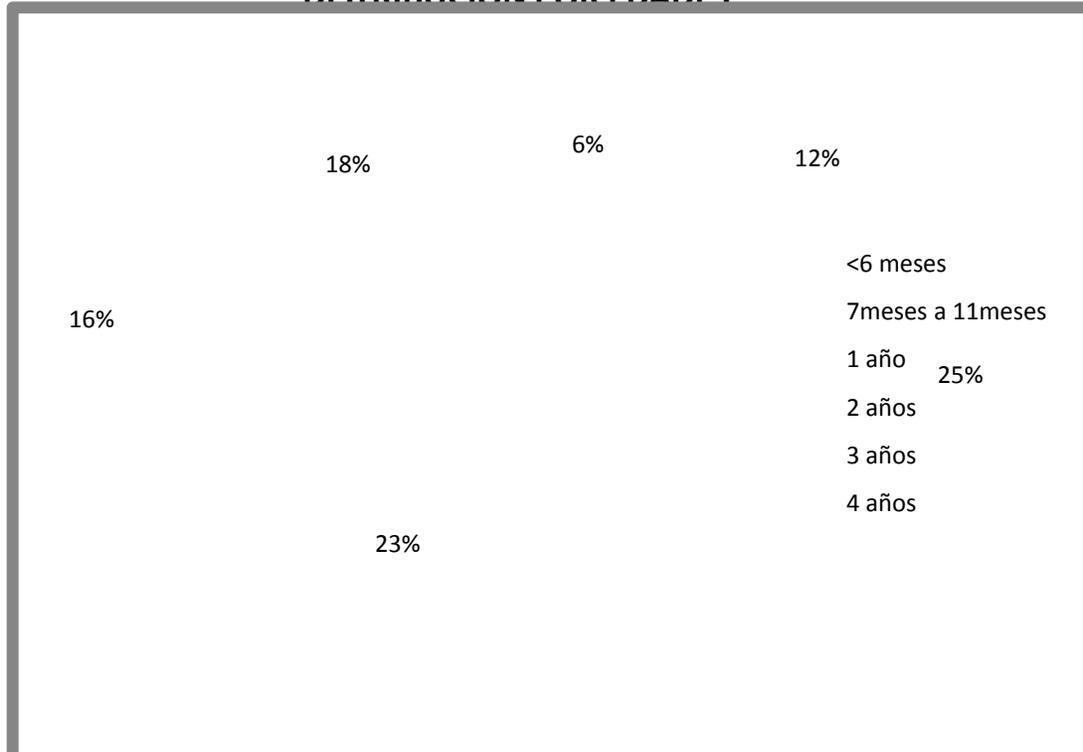
Los resultados de los datos obtenidos demuestran que de la población objeto de estudio un 25% a niños de 1 año, 23% a niños de 2 años, 18% a niños de 4 años, 16% a niños de 3 años, 12% a niños de 7 a 11 meses y 6% corresponde a niños menores de 6 meses.

## **INTERPRETACIÓN**

Según los resultados obtenidos de la guía de evaluación la población más afectada son los pacientes entre las edades 1 y 2 años, eso es debido a que en su mayoría la lactancia materna ya se ha suspendido al año de edad y la introducción de nuevos alimentos a la dieta posiblemente se ha hecho de forma inadecuada, seguido de los niños entre 3 y 4 años los cuales por estar en un periodo de crecimiento necesitan administración de alimentos adecuados en cantidad, calidad y frecuencia.

## GRÁFICO N°1

### DISTRIBUCION POR EDADES



Fuente: Cuadro N° 1

## CUADRO N°2

### DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR SEXO

SEXO	FRECUENCIA	%
MASCULINO	45	45%
FEMENINO	54	55%
TOTAL	99	100%

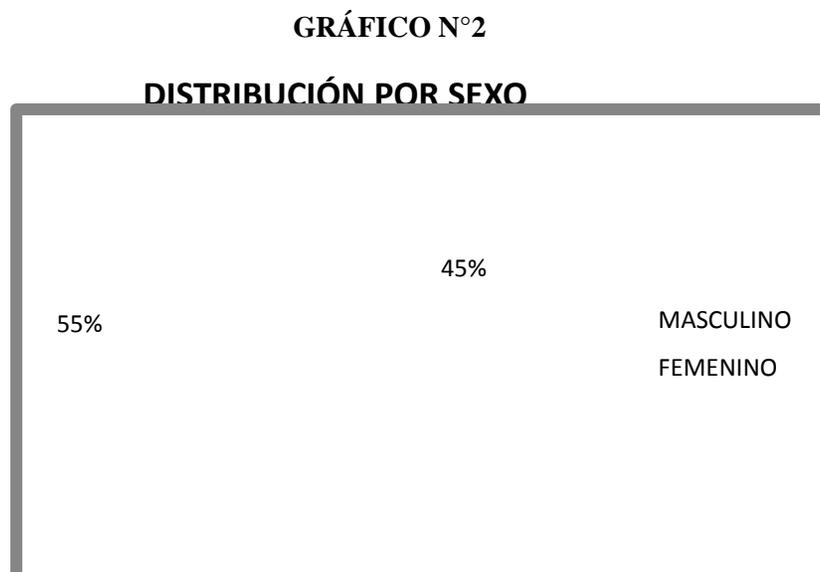
Fuente: Guía de evaluación dirigida a la población en estudio.

## **ANÁLISIS**

Los resultados de los datos obtenidos demuestran que la población objeto de estudio un 55% corresponde al sexo femenino, un 45% corresponde al sexo masculino.

## **INTERPRETACIÓN**

De la población en estudio el mayor porcentaje encontrado fue del sexo femenino, lo que indica que estos tienen mayor prevalencia de desnutrición, con un menor porcentaje del sexo masculino, aunque la diferencia entre ambos es mínima lo que indica que la desnutrición afecta casi por igual a niñas y niños.



Fuente: Cuadro N° 2

### CUADRO N° 3

#### TIPO DE DESNUTRICIÓN

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%
LEVE	85	86
MODERADA	13	13
SEVERA	1	1
TOTAL	99	100

Fuente: Guía de evaluación dirigida a la población en estudio.

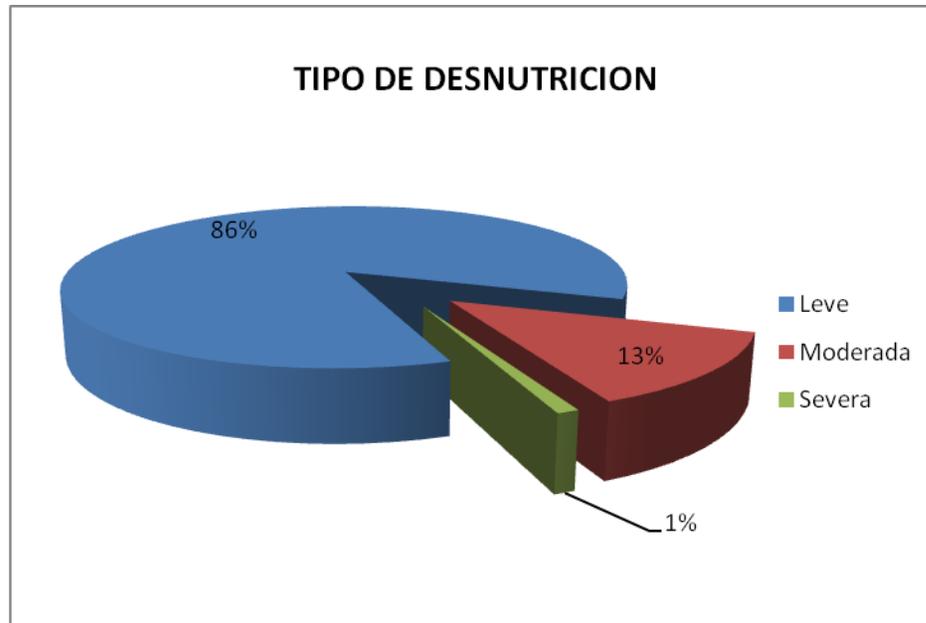
#### ANÁLISIS:

Según las tablas de crecimiento recomendadas por el MSPAS el 86% de los niños en estudio sufre de desnutrición leve, 13% desnutrición moderada, 1% sufre de desnutrición severa.

#### INTERPRETACION:

Del total de la población en estudio la mayor parte presenta desnutrición leve y en un porcentaje mucho menor presenta desnutrición moderada. El único caso de desnutrición severa encontrado en el estudio es debido a prematuridad.

**GRÁFICO N°3**



Fuente: Cuadro N° 3

**CUADRO N° 4**

**GRADO DE DESNUTRICIÓN DE LA POBLACIÓN  
OBJETO DE ESTUDIO POR SEXO**

SEXO	F	%	F	%	F	%
	DESNUTRICION LEVE		DESNUTRICIÓN MODERADA		DESNUTRICION SEVERA	
<b>MASCULINO</b>	36	42	8	62	1	1
<b>FEMENINO</b>	49	58	5	38	0	0
<b>TOTAL</b>	85	100	13	100	1	100

Fuente: Guía de evaluación dirigida a la población en estudio

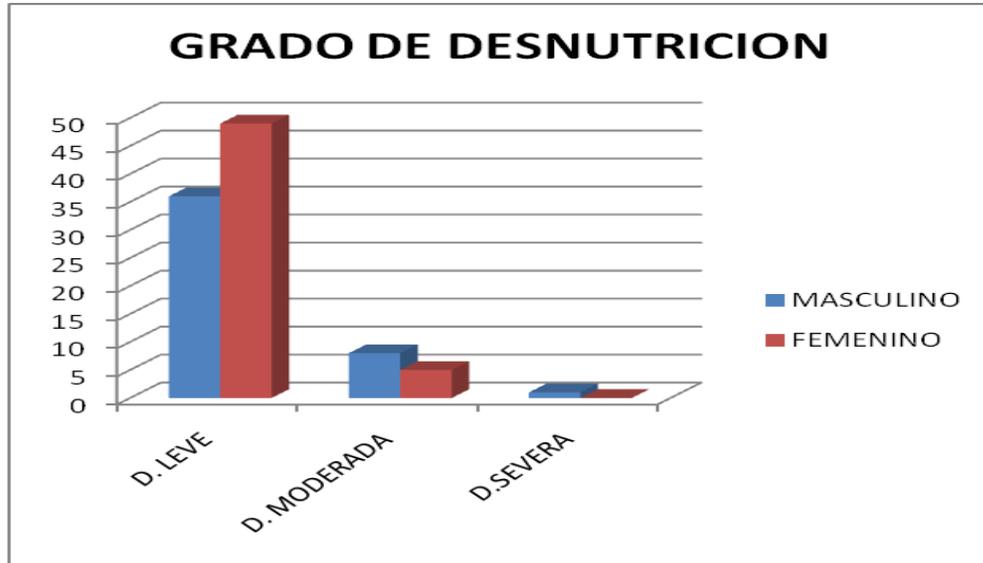
## **ANÁLISIS**

Según las gráficas de crecimiento recomendadas por el MSPAS del 100% de niños con desnutrición leve el 58% de sexo femenino, 42% son de sexo masculino. Del 100% de los niños con desnutrición moderada un 62% son de sexo masculino, 38% del sexo femenino. Únicamente se encontró un caso desnutrición severa que correspondía al sexo masculino.

## **INTERPRETACIÓN**

De los datos obtenidos se puede afirmar que la mayor prevalencia de desnutrición leve se da en el sexo femenino. Respecto a los niños con desnutrición moderada donde predomina el sexo masculino, en la desnutrición severa según los datos obtenidos predomina en sexo masculino, lo cual indica que la desnutrición moderada y severa es más frecuente en el sexo masculino.

**GRÁFICO N° 4**



Fuente: Cuadro N° 4

**CUADRO N°5**

**SIGNOS DE DESNUTRICIÓN**

SIGNOS DE DESNUTRICIÓN	SI	%	NO	%
CABELLO OPACO, QUEBRADIZO	38	38.38	61	61.62
SIGNO DE LA BANDERA	12	12.12	87	87.88
PÓMULOS RESALTADOS	2	2.02	97	97.98
HUNDIMIENTO DE MEJILLAS	1	1.01	98	98.99
DISTENCIÓN ABDOMINAL	4	4.04	95	95.96
PALIDEZ PALMAR	51	51.5	48	48.48
EDEMA	0	0	99	100

Fuente: Guía de evaluación dirigida a la población en estudio

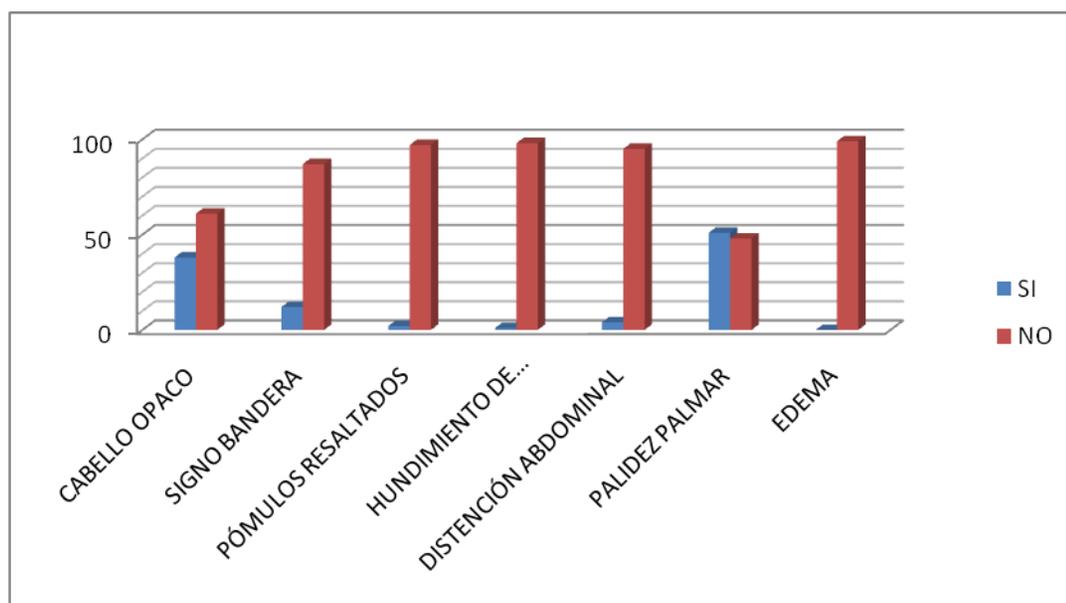
## **ANÁLISIS**

De la población en estudio el 51.52% presenta palidez palmar, 38.38% cabello opaco, signo de la bandera 12.12%, pómulos resaltados 2.02%, hundimiento de mejillas 1.01%, distensión abdominal 4.04%.

## **INTERPRETACIÓN**

De los resultados obtenidos el signo de desnutrición que predomina es la palidez palmar, lo que indica la existencia de anemia por deficiencia de folatos y hierro en los niños en estudio. La existencia de cabello opaco y quebradizo sugiere deficiencia de Zinc. Hundimiento de las mejillas por deficiencia de proteínas y energía, la distensión abdominal sugiere existencia de parasitismo y/o deficiencia de proteínas. El Signo de la bandera indica que el paciente tuvo periodos adecuados alimentación y periodos en que no tuvo alimentación adecuada. Ninguno de los niños en estudio presentó edema generalizado lo que indica la existencia de desnutrición proteico energética severa.

### GRÁFICO No 5 SIGNOS DE DESNUTRICIÓN



Fuente: Cuadro N° 5.

### CUADRO N°6

#### SI EXISTE PALIDEZ PALMAR, QUE GRADO TIENE?

GRADO DE PALIDEZ	FRECUENCIA	%
LEVE	43	84
MODERADA	7	14
SEVERA	1	2
TOTAL	51	100%

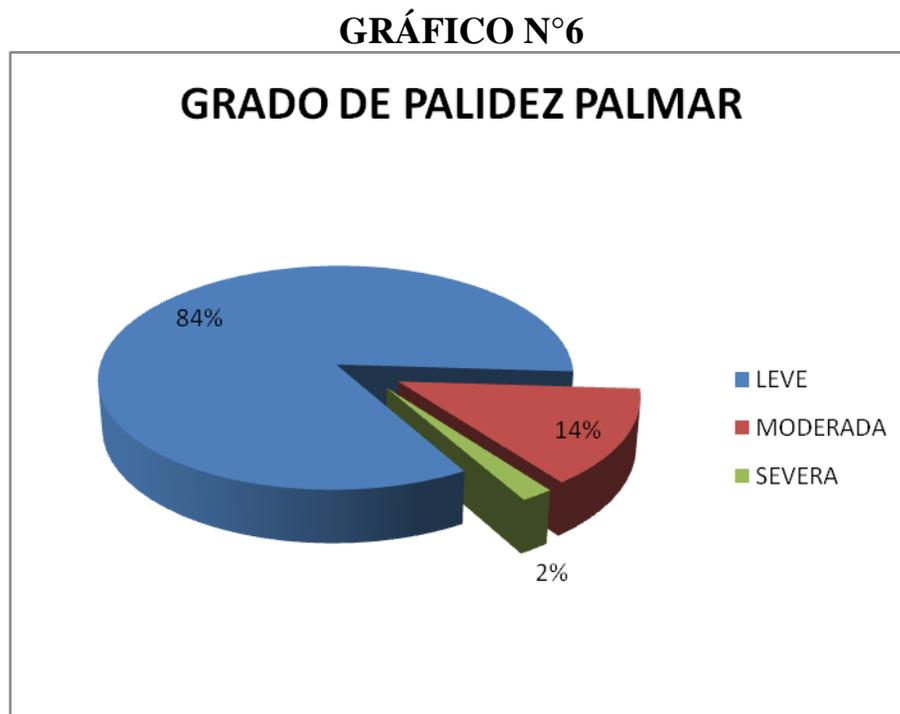
Fuente: Guía de evaluación dirigida a la población en estudio

## ANÁLISIS

De los datos obtenidos el 84% presentó palidez leve, el 14% moderada y el 2% palidez severa.

## INTERPRETACIÓN

Según los resultados la mayoría de los niños en estudio presenta palidez leve y un porcentaje menor presenta palidez moderada, un mínimo porcentaje palidez severa. Lo que indica que la mayor parte de los niños en estudio sufre de anemia leve por deficiencia de folatos y/o hierro de acuerdo a literatura revisada.



Fuente: Cuadro N° 6

## CUADRO N° 7

### ATENCIÓNES BRINDADAS AL NIÑO.

#### A. ESQUEMA DE VACUNACIÓN PARA SU EDAD, SEGÚN AIEPI

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%
COMPLETO	92	93
INCOMPLETO	7	7
TOTAL	99	100

Fuente: Guía de evaluación y revisión de expedientes dirigida a la población en estudio

#### ANÁLISIS

Del 100% de expedientes revisados en el 93% tiene un esquema de vacunación completo para la edad y el 7% lo tiene incompleto.

#### INTERPRETACIÓN

Las datos obtenidos reflejan que la mayoría de los niños menores de 5 años tienen un esquema de vacunación completo, debido a que en las consultas en la unidades de salud ya sea por controles o morbilidades se revisa expediente y se verifica el estado de inmunización, en caso de estar incompleto se le administran las dosis faltantes. Los niños con esquema de vacunación incompleto y desnutrición son más vulnerables a padecer enfermedades inmunoprevenibles.

**GRÁFICO N° 7**



Fuente: Cuadro N° 7

**CUADRO N°8**

**B. SE LE HAN ADMINISTRADO MICRONUTRIENTES SEGÚN EL ESQUEMA AIEPI?**

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%
SI	61	62
NO	38	38
TOTAL	99	100

Fuente: Guía de evaluación y revisión de expedientes dirigida a la población en estudio

## **ANÁLISIS**

Del 100% de expedientes revisados se encontró que el 62% de los niños ha recibido micronutrientes según el esquema AIEPI, y el 38% no ha recibido micronutrientes según el esquema recomendado.

## **INTERPRETACIÓN**

La mayor parte de los niños en investigación han recibido micronutrientes debido a que en cada consulta ya sea por control infantil o por enfermedad se les administra micronutrientes de acuerdo a la edad, por esa razón la mayoría de los niños con desnutrición no presentan los signos característicos de deficiencias de vitaminas y micronutrientes, e indica además que el esquema de micronutrientes del AIEPI no se cumple al 100 %.

**GRÁFICO N° 8**



Fuente: Cuadro N° 8

**CUADRO N° 9**

**C. ASISTENCIA DE CONTROLES INFANTILES SEGÚN LA NORMA DE AIEPI**

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%
SI	55	56
NO	44	44
TOTAL	99	100

Fuente: Guía de evaluación y revisión de expediente dirigida a la población en estudio.

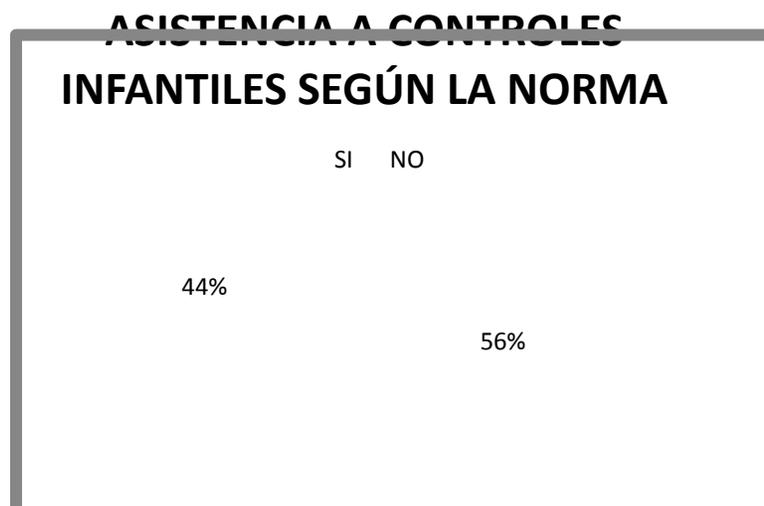
## **ANÁLISIS**

Del 100% de los datos obtenidos el 56% de los niños asiste a controles infantiles según la norma de AIEPI, y un 44% no asiste a controles según lo recomendado por el MSPAS.

## **INTERPRETACIÓN**

La mayoría de niños en investigación asiste a los controles infantiles según el esquema, un menor porcentaje no asiste a controles, estos niños son propensos a enfermedades por la falta de asistencia médica periódica para administración de micronutrientes, vacunación, peso/talla.

### **GRAFICA N°9**



Fuente: Cuadro N°9

## CUADRO N°10

### D. MOTIVO MÁS FRECUENTE DE CONSULTA

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
CONTROLES	22	22%
MORBILIDADES	77	78%
TOTAL	99	100%

Fuente: Guía de evaluación y revisión de expedientes dirigida a la población en estudio.

### ANÁLISIS

Según lo revisado en los expedientes clínicos de los niños el motivo más frecuente de consulta a las unidades de salud es por morbilidades 78%, y el motivo menos frecuente de consulta es por control infantil con un 22%.

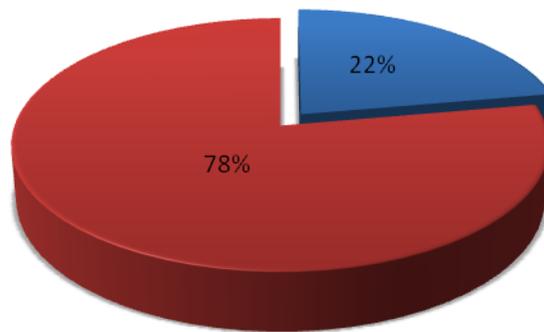
### INTERPRETACIÓN

A pesar de que la mayor parte de los niños asisten a los controles infantiles según la norma el motivo más frecuente de consulta es por morbilidades, eso se debe a que los niños que padecen algún grado de desnutrición y no tiene el esquema de vacunación completo, no se les ha administrado los micronutrientes, y no todos han asistido a control lo anterior los sitúa en una circunstancia de vulnerabilidad para padecer y presentar mayor riesgo o gravedad ante enfermedades: respiratorias, diarreicas y las dermatitis.

### GRÁFICO N° 10

## MOTIVO MÁS FRECUENTE DE CONSULTA

■ CONTROLES ■ MORBILIDADES



Fuente: Cuadro N° 10

**5.2 TABULACION, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS  
OBTENIDOS DE LA CÉDULA DE ENTREVISTA DIRIGIDA A LOS  
RESPONSABLES DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON  
DESNUTRICION.**

**CUADRO N°11  
PESO DEL NIÑO AL NACER**

<b>PESO DEL NIÑO AL NACER</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
NORMAL	62	62
BAJO	34	34
NO SABE	4	4
TOTAL	99	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio

**ANÁLISIS**

Del 100% de los datos obtenidos en la entrevista a los encargados de los niños/as se encontró que un 62% de los niños nació con peso normal, 34% nacieron con bajo peso, en 4% de los niños no se sabe cuál fue su peso al nacimiento.

## INTERPRETACIÓN

Según los datos obtenidos la mayoría de los niños en estudio tuvo un peso normal al nacer, un menor porcentaje nació con bajo peso, lo que influye en el estado nutricional de los niños sobre todo en los primeros años de vida pero no es determinante en este estudio, ya que la mayoría de los niños tuvieron un peso normal al nacimiento. En este estudio la mayor frecuencia de desnutrición se da entre las edades de 1 y 2 años, en esta edad se da el destete y se inicia administración de alimentos este cambio en la alimentación conlleva al paciente a desnutrición.

**GRÁFICO N°11**



Fuente: Cuadro N° 11

## CUADRO N°12

### ¿QUÉ ENFERMEDADES PADECE CON MAYOR FRECUENCIA?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
ENFERMEDADES DIARREICAS	31	31
INFECCIONES RESPIRATORIAS	52	53
PARASITOS	8	8
ANEMIA	3	3
DERMATITIS, ESTOMATITIS	5	5
TOTAL	99	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio

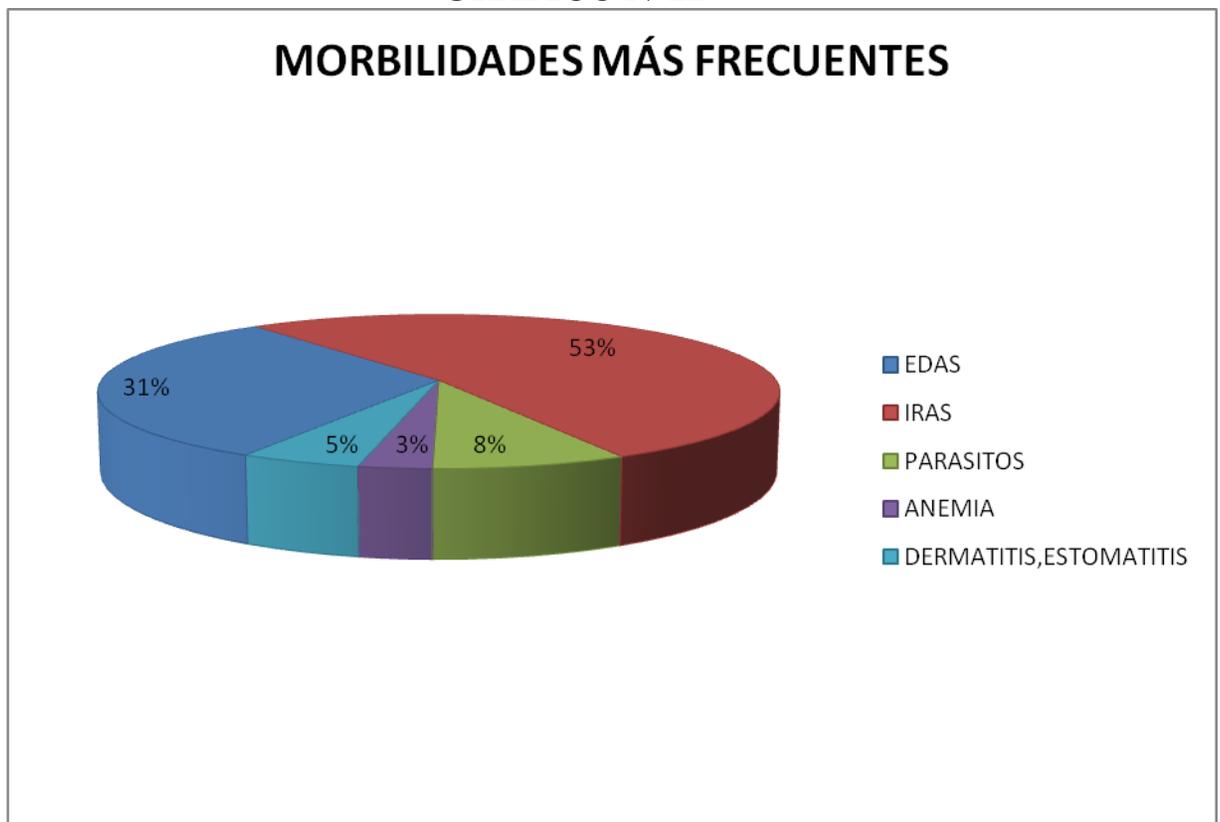
### ANÁLISIS

La morbilidad más frecuente en la población en estudio son las Infecciones respiratorias agudas con 53%, seguido enfermedades diarreicas 31%, parásitos 8%, anemia 3% y dermatitis 5%.

## INTERPRETACIÓN

En la población en estudio las enfermedades respiratorias son los padecimientos más frecuentes, seguido de enfermedades diarreicas, parasitismo, otras patologías (estomatitis, dermatitis) y anemia. La deficiencia de vitamina A aumenta el riesgo de muerte por diarrea entre un 20 y 24% según bibliografía revisada. El parasitismo intestinal debido a la falta de tratamiento al agua de consumo y prácticas sanitarias inadecuadas. La dermatitis y estomatitis por deficiencia de vitaminas del complejo B y Zinc. La prevalencia de anemia se debe a déficit de folatos y hierro.

**GRÁFICO N°12**



Fuente: Cuadro N° 12

**CUADRO N° 13**  
**HA PRESENTADO COMPLICACIONES POR ALGUNA DE LAS**  
**ENFERMEDADES ANTES MENCIONADAS**

<b>COMPLICACIONES</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
NO	85	86
SI	14	14
TOTAL	99	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio

**ANÁLISIS**

El 86% de la población en estudio no ha presentado ninguna complicación de las enfermedades prevalentes de la infancia, y el 14% de la población en estudio ha presentado algún tipo de complicación.

**INTERPRETACIÓN**

La población en estudio es más vulnerable a presentar complicaciones debido a la mayor gravedad y duración de las enfermedades ya que tienen un sistema inmunológico deficiente, en el estudio 14 pacientes han presentado alguna complicación por enfermedades prevalentes de la infancia.

### GRÁFICO N° 13



Fuente: Cuadro N°13

### CUADRO No 14

#### CUÁLES HAN SIDO LAS COMPLICACIONES DEL NIÑO.

COMPLICACIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NEUMONIA	7	50%
DESHIDRATAACION	5	36%
ABSCESOS MULTIPLES	2	14%
TOTAL	14	100%

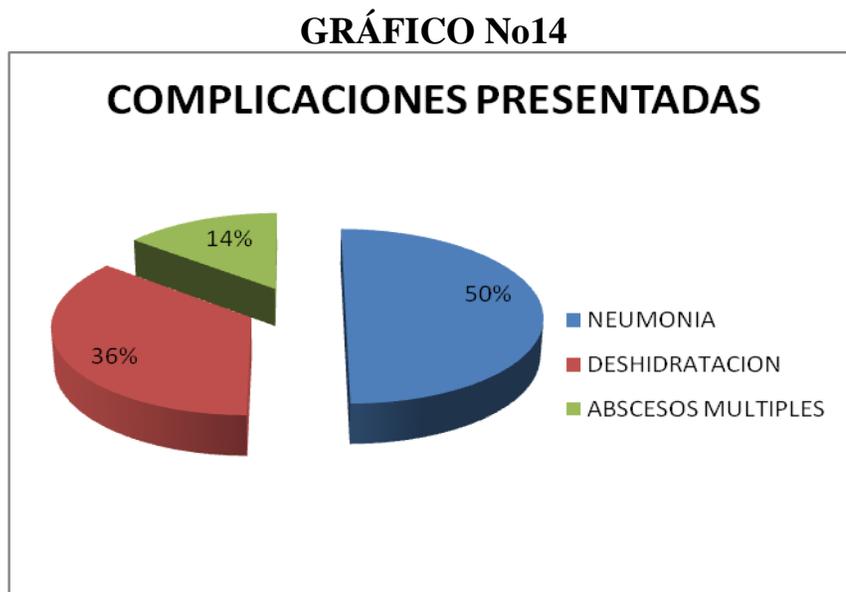
Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio

## ANÁLISIS

Al preguntarles sobre cuáles han sido las complicaciones del niño por enfermedades prevalentes el 50% de la población ha padecido de neumonía, seguido de diarrea con deshidratación (clasificación según AIEPI) con un 36%, y un 14% infecciones de la piel (abscesos).

## INTERPRETACIÓN

Según los datos obtenidos la neumonía es la complicación más frecuente, posiblemente debido al hacinamiento, medidas higiénicas inadecuadas, lo cual también está relacionada a las enfermedades diarreicas la mayor complicación de esta es la deshidratación, y con menos frecuencia pero no menos importante hay niños que han presentado múltiples abscesos en piel debido a la desnutrición.



Fuente: Cuadro N°14

**CUADRO N°15**  
**BRINDÓ LACTANCIA MATERNA**

<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
SI	92	93
NO	7	7
TOTAL	99	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio

### **ANÁLISIS**

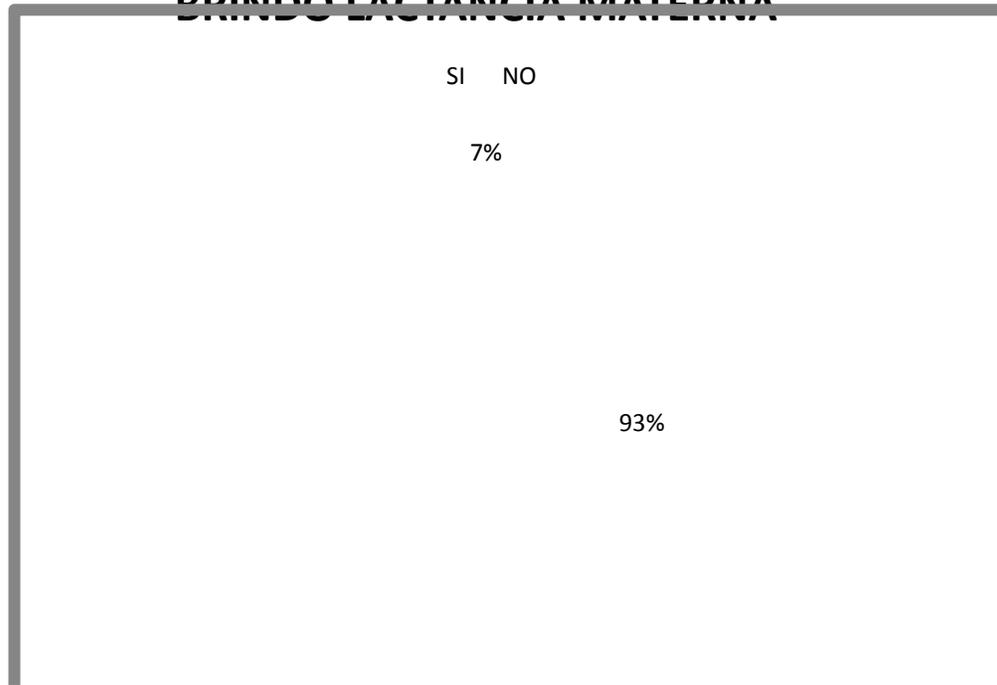
De la población en estudio el 93% brindó lactancia materna al niño, mientras que el 7% de los niños en estudio no recibió lactancia materna.

### **INTERPRETACIÓN**

La mayoría de la población recibió lactancia materna, el período en que recibieron lactancia fue variable. El amamantamiento inadecuado puede poner en peligro la salud y la nutrición del niño especialmente en las regiones donde el saneamiento y las condiciones sanitarias son deficientes.

### GRÁFICO N°15

## BRINDÓ LACTANCIA MATERNA



Fuente: Cuadro N° 15

### CUADRO N°16

## LACTANCIA MATERNA ACTUAL EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS

LACTANCIA MATERNA	FRECUENCIA	%
ACTUAL (<2 AÑOS)		
SI	22	61
NO	14	39
TOTAL	36*	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio

\*No se incluyó a los niños menores de 6 meses y se excluyó a los niños mayores de 2 años.

## ANÁLISIS

El 61% de la población en estudio menor de 2 años recibe lactancia materna, mientras 39% no recibe lactancia materna.

## INTERPRETACIÓN

De la población en estudio menor de 2 años, la mayoría recibe lactancia materna, mientras que un menor porcentaje no recibe lactancia. El incumplimiento de lactancia materna puede estar afectado por la falta de conocimiento de algunas madres sobre la importancia de la lactancia, la falta de tiempo para lactar debido a la multiparidad, familias ampliadas y la necesidad de las madres de trabajar fuera del hogar limitan la lactancia materna y esto afecta el estado nutricional del niño.

**GRÁFICO N° 16**



Fuente: Cuadro N° 16

### CUADRO N°17

## ¿QUÉ ALIMENTO LE ADMINISTRA O ADMINISTRÓ AL NIÑO ANTES DE LOS 6 MESES DE EDAD?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	33	33
LACTANCIA MATERNA + FÓRMULA	35	36
LACTANCIA MATERNA + COMIDA	14	14
FORMULA	7	7
FORMULA + COMIDA	10	10
TOTAL	99	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

Nota: Esta pregunta incluye también a los niños mayores de 6 meses.

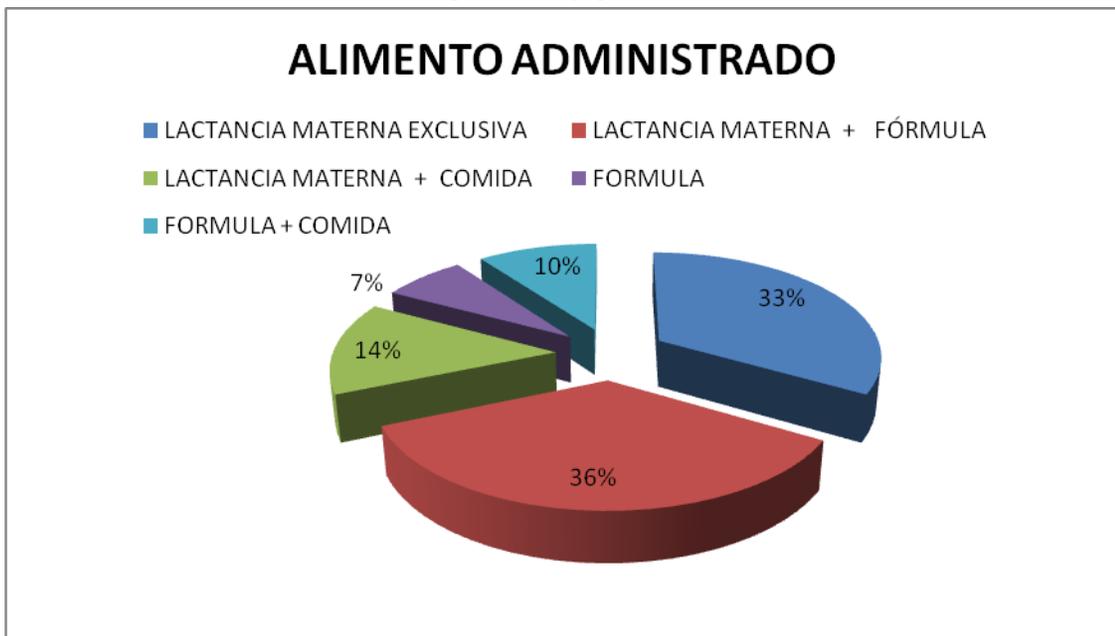
### ANÁLISIS

El 36% lactancia materna más fórmula, 33% de los niños recibe o recibió lactancia materna exclusiva, el 14% lactancia materna más comida, el 10% fórmula más comida y el 7% únicamente fórmula.

## INTERPRETACIÓN

Los datos reflejan que la falta de conocimiento de las madres acerca de la importancia de la lactancia materna exclusiva y/o la falta de tiempo para lactar hace que utilicen sucedáneos de la leche materna ó alimentos. El destete precoz y la introducción inadecuada de alimentos artificiales en el lactante es el principal factor que lleva a la desnutrición en los primeros 2 años de vida según literatura revisada.

**GRÁFICO N°17**



Fuente: Cuadro N° 17

**CUADRO N°18**  
**CUÁNTAS VECES AL DIA COME EL NIÑO MAYOR DE 6**  
**MESES?**

<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
1 VEZ	0	0
2 VECES	17	18
3 VECES	67	72
4 VECES	6	7
5 VECES O MÁS	3	3
<b>TOTAL</b>	<b>93</b>	<b>100</b>

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio  
· El total de niños mayores de 6 meses fue de 93, no se incluyó lactancia ni cantidad de pajas al día. Únicamente se tomaron en cuenta los tiempos de comida + refrigerios.

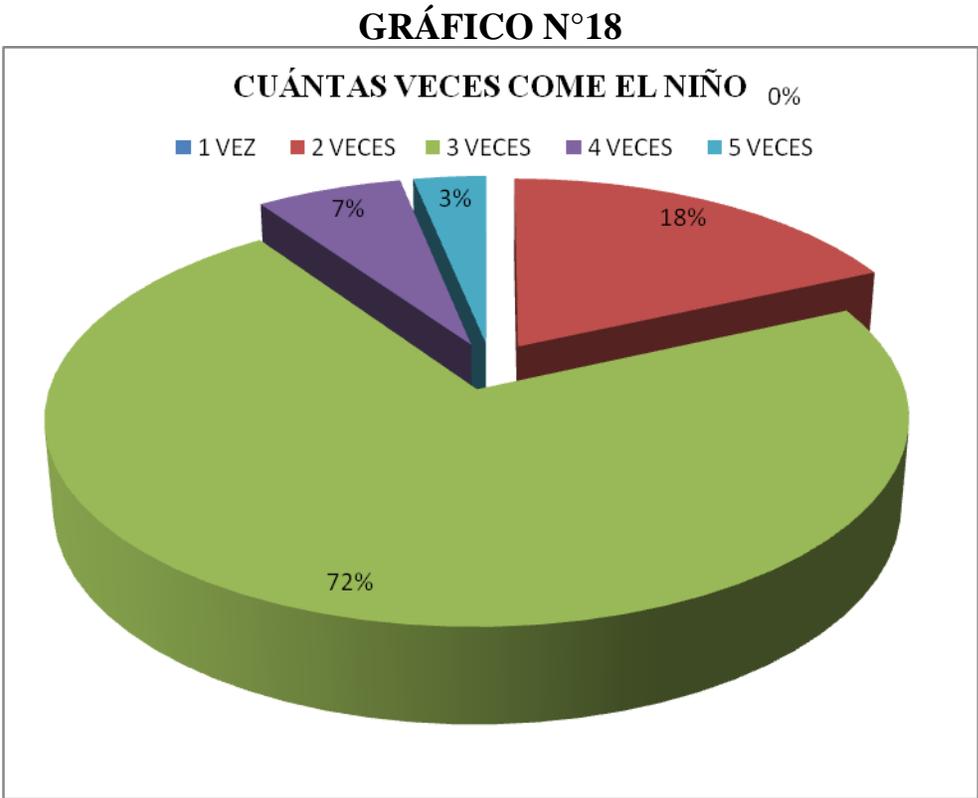
**ANÁLISIS**

De la población en estudio el 72% se alimenta al menos 3 veces al día, el 18% 2 veces, el 7% 4 veces, y el 3% 5 veces o más.

**INTERPRETACIÓN**

Según lo recomendado por Ministerio de Salud, según la estrategia AIEPI lo adecuado según las edades es que: un niño reciba 3 tiempos de comida y 2 refrigerios

cada día ya que están en una etapa de rápido crecimiento y desarrollo donde se deben administrar la cantidad adecuada de alimentos y con la frecuencia recomendada según la edad, en la población en estudio la mayoría esta siendo alimentada de manera inadecuada ya que la población es alimentada 3 veces al día.



Fuente: Cuadro N° 18

## CUADRO N°19

### INGESTA DIARIA DE LA POBLACION ES ESTUDIO SEGÚN LAS RECOMENDACIONES DEL MSPAS.

- 1- 6 A 8 MESES (3 CUCHARADAS DE PURÉ ESPESO)
- 2- 9 M A 1 AÑO (4 CUCHARADAS DE COMIDA ESPESA)
- 3- 1 A 2 AÑOS (5 CUCHARADAS DE COMIDA ESPESA)
- 4- 2 AÑOS A MÁS (1/2 TAZA DE COMIDA DE LA OLLA FAMILIAR)

### CUÁNTAS CUCHARADAS COME EL NIÑO EN UN TIEMPO DE COMIDA

GRUPO DE EDAD	1		2		3		4	
	F	%	F	%	F	%	F	%
NORMAL	1	50	5	50	4	16.7	12	21.1
DEFICIT	1	50	5	50	20	83.3	45	78.9
TOTAL	2	100	10	100	24	100	57	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio

### ANÁLISIS

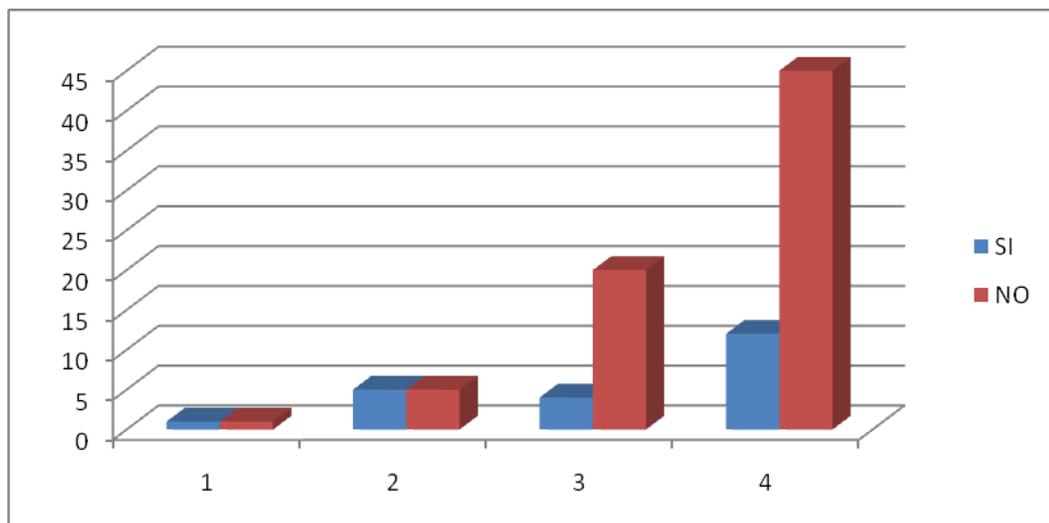
De la población en estudio de 6 meses a 1 año de edad se encontró el 50% recibe adecuada cantidad de alimentos y el 50% no recibe la cantidad adecuada. La población de 1 a 2 años el 16.7% recibe cantidad adecuada de alimentos; mientras que el 83.3% no recibe cantidad

adecuada. De la población de 2 años a más el 21.1% recibe la cantidad adecuada de alimento; el 78.9% no recibe la cantidad adecuada de alimentos.

### INTERPRETACIÓN

De los datos obtenidos puede afirmarse que la mayor parte de la población en estudio no recibe la cantidad adecuada de alimentos de acuerdo a la edad, esa limitación los predispone a carecer de nutrientes esenciales para su desarrollo y de manera directa los lleva a sufrir algún grado de desnutrición. La escasa ingesta de alimentos se debe con mayor frecuencia a la falta de apetito que es característica en los niños con desnutrición, además los niños desnutridos enferman con más frecuencia lo que les disminuye la ingesta de alimentos.

**GRÁFICO No 19**  
**CUÁNTAS CUCHARADAS COME EL NIÑO EN UN TIEMPO DE COMIDA**



Fuente: Cuadro N° 19

**CUADRO N° 20**  
**RECORDATORIO DE INGESTA DE ALIMENTOS DEL DIA**  
**ANTERIOR**

<b>DESAYUNO</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
PAN CON CAFÉ	78	84
FRIJOLES CON CREMA Y TORTILLA	8	9
HUEVO CON PAN	1	1
NO DESAYUNÓ	6	6
<b>TOTAL</b>	<b>93</b>	<b>100</b>

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

**ANÁLISIS**

De los datos obtenidos el 84% da desayuno pan con café, el 9% desayuna frijoles con crema y tortilla, 1% huevo con pan, y el 6% no desayunó el día anterior a la entrevista.

**INTERPRETACIÓN**

Según los datos obtenidos a la mayor parte de la población en estudio se les administra alimentos inadecuados, en la dieta del paciente lo que predomina es la ingesta

de carbohidratos, no hay una dieta balanceada entre proteínas y grasas, un menor porcentaje de pacientes no desayunó el día previo a la entrevista, esos factores contribuyen a que los pacientes presenten desnutrición y además la pobreza y la inseguridad alimentaria están estrechamente vinculadas al problema antes mencionado.

**GRÁFICO No 20**



Fuente: Cuadro N° 20

**CUADRO No21**  
**RECORDATORIO DE INGESTA DE ALIMENTOS DEL DIA**  
**ANTERIOR**

<b>ALMUERZO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
ARROZ CON CAMARONES	4	4%
PESCADO CON ARROZ	5	5%
SOPA MARUCHAN	31	33%
FRIJOLES CON TORTILLA	21	23%
PAN CON CAFÉ	15	16%
GOLOSINAS	17	18%
TOTAL	93	100%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio

**ANÁLISIS**

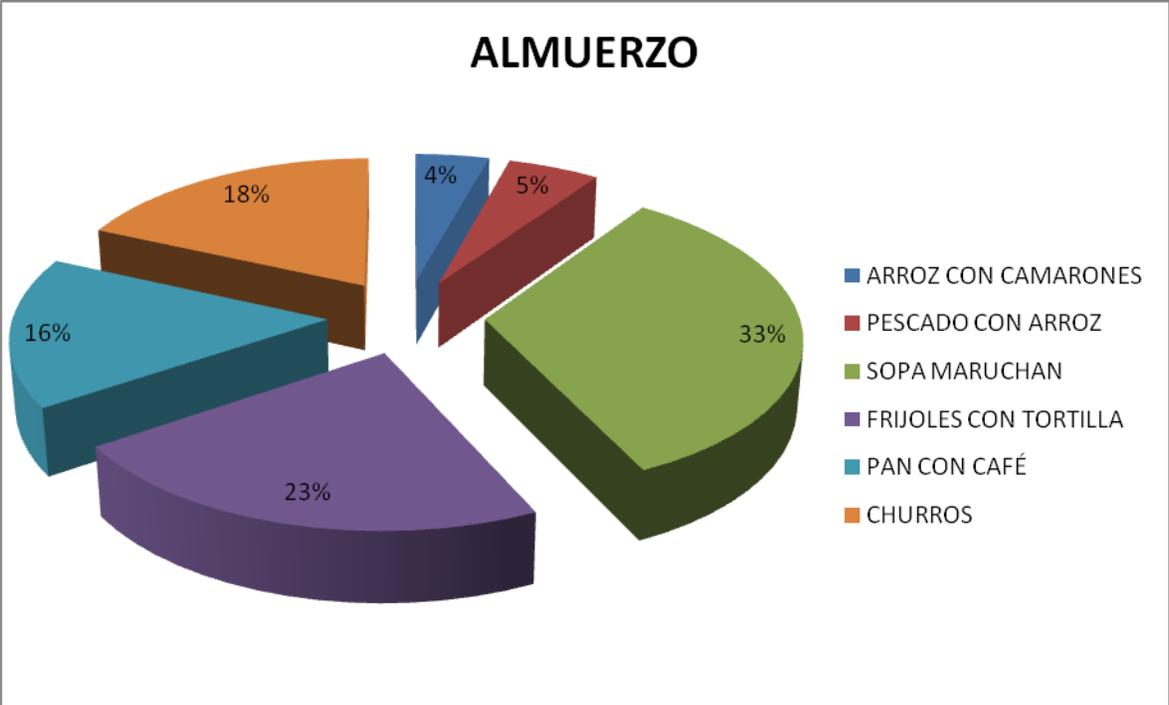
De los datos obtenidos el 23% de la población consume frijoles con tortilla, 33% sopa Maruchan, 16% café con pan, 18% golosinas, 5% pescado con arroz, 4% arroz con camarones.

**INTERPRETACIÓN**

Según los datos obtenidos la mayoría de la población recibe una alimentación inadecuada, debido a que los alimentos predominantes son los carbohidratos, no hay ingesta verduras, no

proteínas, en una menor proporción recibe alimentación adecuada debe ser en menor cantidad podría inferirse que pertenecen a familias ampliadas. El aumento de la canasta básica tanto rural como urbana, bajos ingresos económicos, bajo nivel de escolaridad, todo ello incide en una inadecuada alimentación en los niños.

**GRÁFICO No 21**



Fuente: Cuadro N° 21

**CUADRO No 22**  
**RECORDATORIO DE INGESTA DE ALIMENTOS DEL DIA**  
**ANTERIOR**

<b>CENA</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
FRIJOLES, PLATANOS Y TORTILLA	3	3
ARROZ CON FRIJOLES	30	32
HUEVOS, PAN, FRIJOLES	6	6
SOPA MARUCHAN	29	31
TORTILLA CON QUESILLO	15	16
NO CENÓ	10	11
<b>TOTAL</b>	<b>93</b>	<b>100</b>

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio

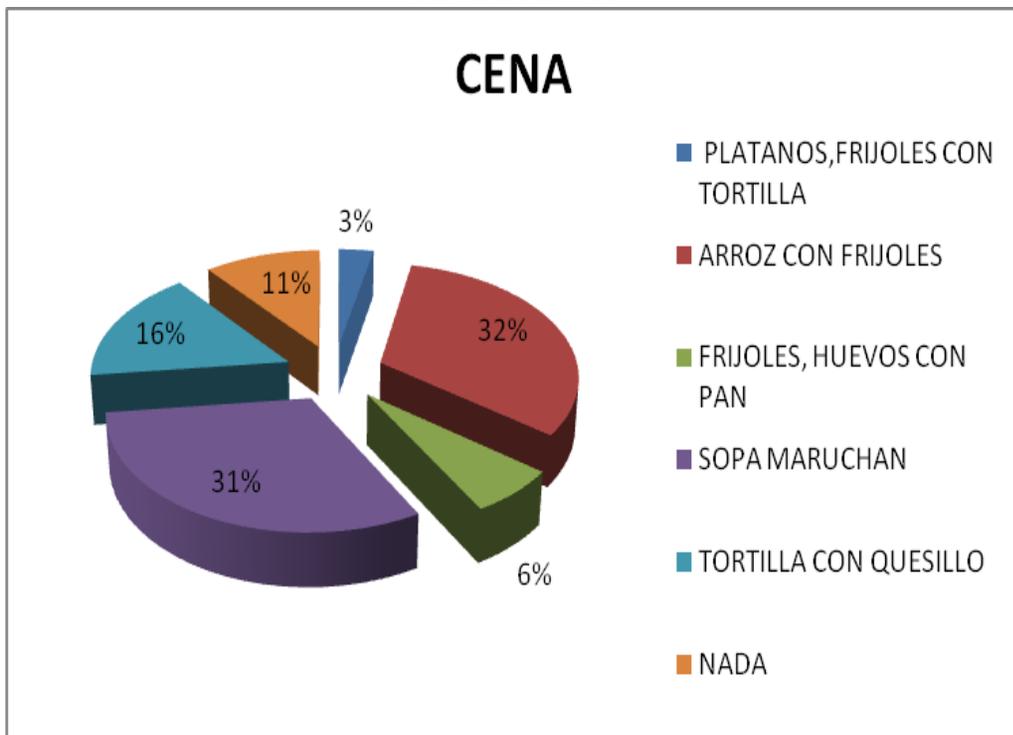
**ANÁLISIS**

De los datos obtenidos el 31% consume sopa maruchan de cena, 32% arroz con frijoles, 16% tortilla con quesillo, 11% no cenó, 6% consumen huevos, frijoles con pan, 3% consume frijoles, plátanos y tortilla.

## INTERPRETACIÓN

Según los datos obtenidos la mayoría de la población se le administra una alimentación inadecuada ya que los alimentos que con mayor frecuencia ingiere la población son los carbohidratos y estos son administrados varias veces al día, algunos de estos no aporta nutrientes por ejemplo sopa maruchán, y una minoría recibe alimentos adecuados por ejemplo frijoles, tortillas, huevos, pero posiblemente reciben una cantidad inadecuada.

**GRÁFICO No22**  
**RECORDATORIO DE INGESTA DE ALIMENTOS DEL DIA ANTERIOR**



Fuente: Cuadro N° 22

**CUADRO No. 23**  
**LE DA REFRIGERIOS AL NIÑO**

<b>REFRIGERIOS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
1	6	7
2	3	3
NO LE DA	84	90
TOTAL	93	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio

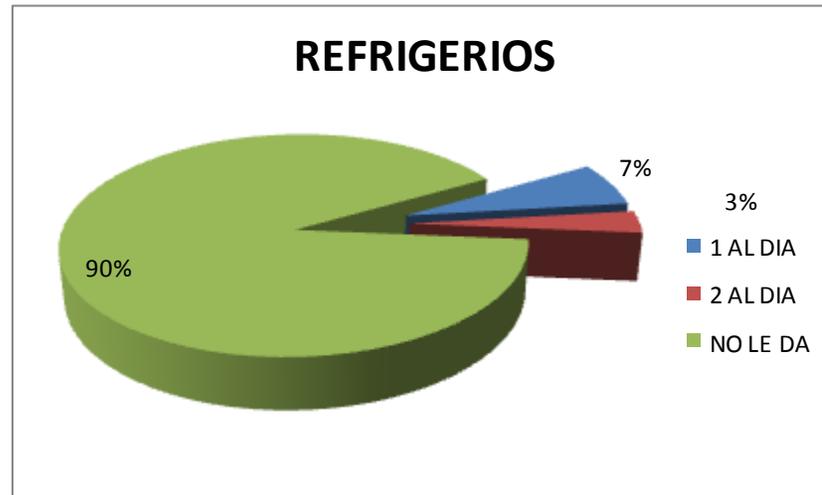
**ANÁLISIS**

El 90% de las personas entrevistadas no brindan refrigerios a los niños, seguido del 7% que solamente dan un refrigerio al día y un 3% dan 2 refrigerios al día.

**INTERPRETACIÓN**

Según los datos obtenidos evidencian que la mayoría de los cuidadores de los niños no les brindan refrigerios, ya sea por falta de recursos económicos, alto costo de la canasta básica, falta de tiempo para la preparación, familias numerosas o por falta de conocimiento acerca de la nutrición que debe recibir un niño.

**GRÁFICO No. 23**



Fuente: Cuadro No. 23

**CUADRO N°24**

**¿QUÉ TIPO DE FAMILIA POSEEN LOS NIÑOS EN INVESTIGACION?**

<b>TIPO DE FAMILIA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
NUCLEAR	37	38
AMPLIADA	62	62
TOTAL	99	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio

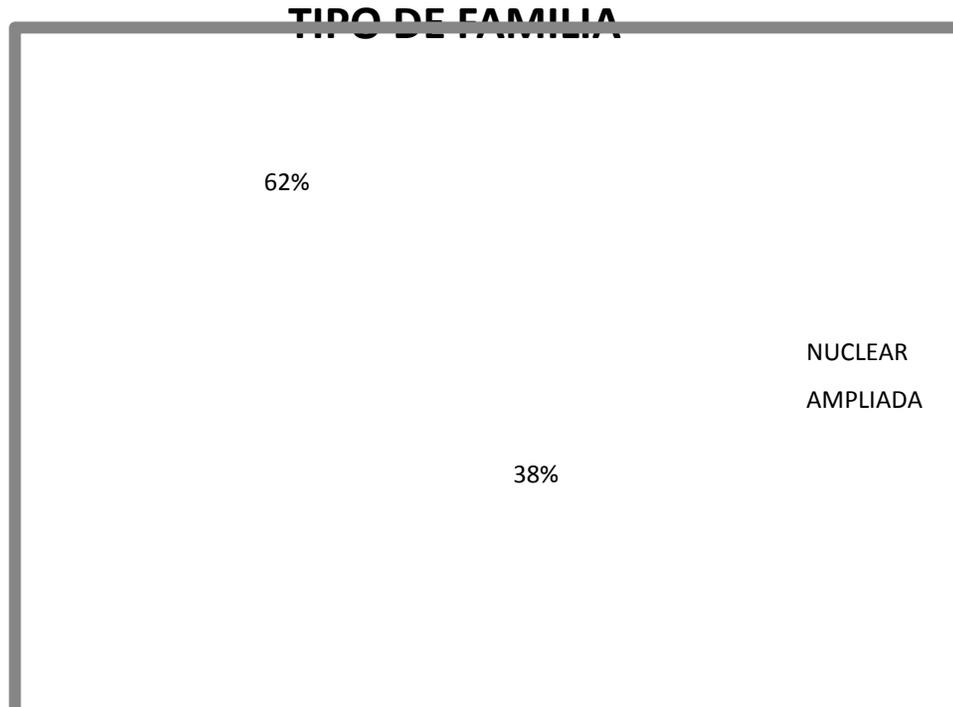
## **ANÁLISIS**

El 63% de la población posee una familia ampliada, 37% posee familia nuclear.

## **INTERPRETACIÓN**

Los datos obtenidos indican que la población en estudio la mayoría pertenece a una familia ampliada lo que contribuye a hacinamiento, mayor riesgo de padecer enfermedades respiratorias y gastrointestinales, esto se ve reflejado en esta investigación en donde las enfermedades respiratorias son más frecuentes en la población en estudio, en las familias ampliadas se presenta menor cuidado para los niños, menor tiempo para la alimentación, disminución en la cantidad de alimentos. Un porcentaje mucho menor posee familia nuclear lo que es adecuado para los niños en etapa de desarrollo.

## GRÁFICO N° 24



Fuente: Cuadro N°24

## CUADRO N° 25

### CUÁNTAS PERSONAS VIVEN EN LA CASA DE LOS NIÑOS EN ESTUDIO

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
3 PERSONAS	15	15
4 PERSONAS	18	18
5 PERSONAS	24	24
6 PERSONAS	42	43
TOTAL	99	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio

## ANÁLISIS

En el 43% de los hogares habitan 6 personas o más, en 24% habitan 5 personas, en 18% habitan 4 personas el hogar, en 15% habitan 3 personas en el hogar.

## INTERPRETACIÓN

Los datos obtenidos indican que en la población objeto de estudio la mayoría los niños tienen familias ampliadas y/o madres multíparas lo que contribuye a hacinamiento, mayor riesgo de padecer enfermedades respiratorias y gastrointestinales, menor cuidado para los niños, menor tiempo para la alimentación, carencia de alimentos. Un porcentaje menor son los hogares que están integrados por 3 o 4 miembros lo que es adecuado para los niños en etapa de desarrollo.

### GRÁFICO N° 25

#### CANTIDAD DE PERSONAS QUE HABITAN EN LOS HOGARES DE LOS NIÑOS EN ESTUDIO



Fuente: Cuadro N° 25

**CUADRO N° 26**  
**INTEGRACIÓN FAMILIAR**

<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
INTEGRADA	69	70
DESINTEGRADA	30	30
TOTAL	99	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio

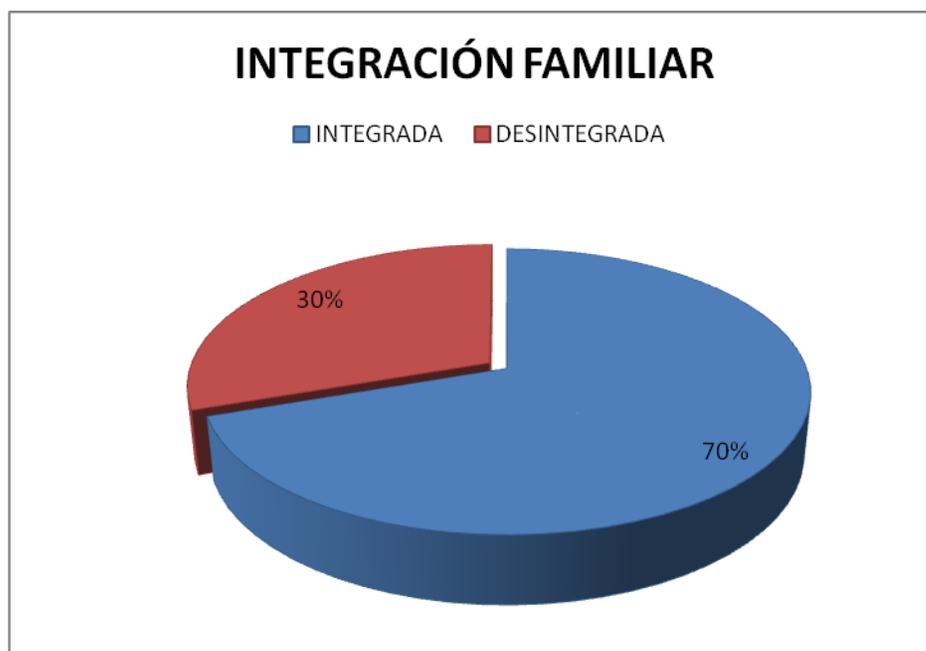
### **ANÁLISIS**

El 70% de la población en estudio tiene una familia integrada, mientras el 30% de la población tiene una familia desintegrada.

### **INTERPRETACIÓN**

Los datos obtenidos reflejan que la mayoría de los niños en estudio tienen familias integradas, mientras una minoría tienen familias desintegradas, entre los factores que contribuyen a esto se podrían mencionarse: la condición marital inestable, el abandono del hogar por uno de los padres suele provocar trastornos psíquicos que en el niño pueden determinar una anorexia rebelde y conducir a una desnutrición, si es el padre el que abandona el hogar como ocurre frecuentemente la madre asume la responsabilidad del hogar por lo tanto dedicará menos tiempo para la alimentación y cuidado de los hijos.

## GRÁFICO N° 26



Fuente: Cuadro N° 26

## CUADRO N° 27

### EDAD MATERNA

EDAD MATERNA	FRECUENCIA	%
12 A 19 AÑOS	31	31
20 A 29 AÑOS	58	59
30 A 39 AÑOS	8	8
40 AÑOS O MÁS	2	2
TOTAL	99	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio

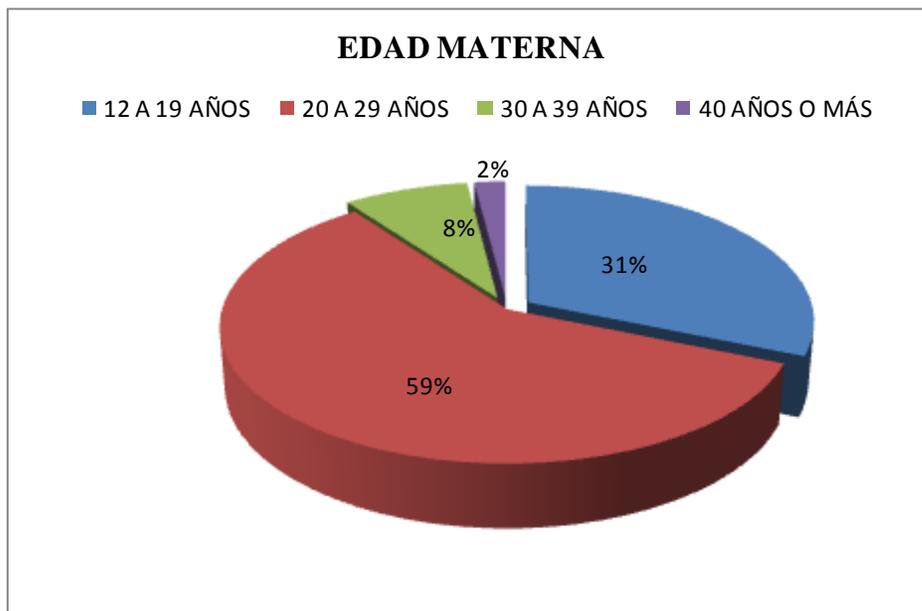
## **ANÁLISIS**

El 59% de las madres de la población en estudio está en el rango de edad 20-29 años de edad, seguido de 31% de 12 a 19 años, luego 8% de 30- 39 años, y 2% de las madres de 40 años o más.

## **INTERPRETACIÓN**

Los hijos de madres adolescentes tienen más riesgos biológicos y psicosociales los que pueden llegar a afectar fundamentalmente su nutrición, crecimiento y desarrollo psicomotor. Las madres de 40 años o más generalmente son multíparas lo que limita los recursos y el tiempo dedicado a los niños. La mayor parte de las madres tienen de 20-29 años, esto debería favorecer a que no se den casos desnutrición, pero debido a sus ingresos bajos, bajo grado de escolaridad tienen menos control sobre los recursos hogareños, menos acceso a información y servicios sanitarios.

## GRÁFICO N° 27



Fuente: Cuadro N° 27

## CUADRO N° 28

### ESTADO FAMILIAR DE LA MADRE DEL NIÑO

ESTADO FAMILIAR	FRECUENCIA	%
SOLTERA	20	20
CASADA	21	21
ACOMPAÑADA	52	53
VIUDA	2	2
DIVORCIADA	0	0
SEPARADA	4	4
TOTAL	99	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio

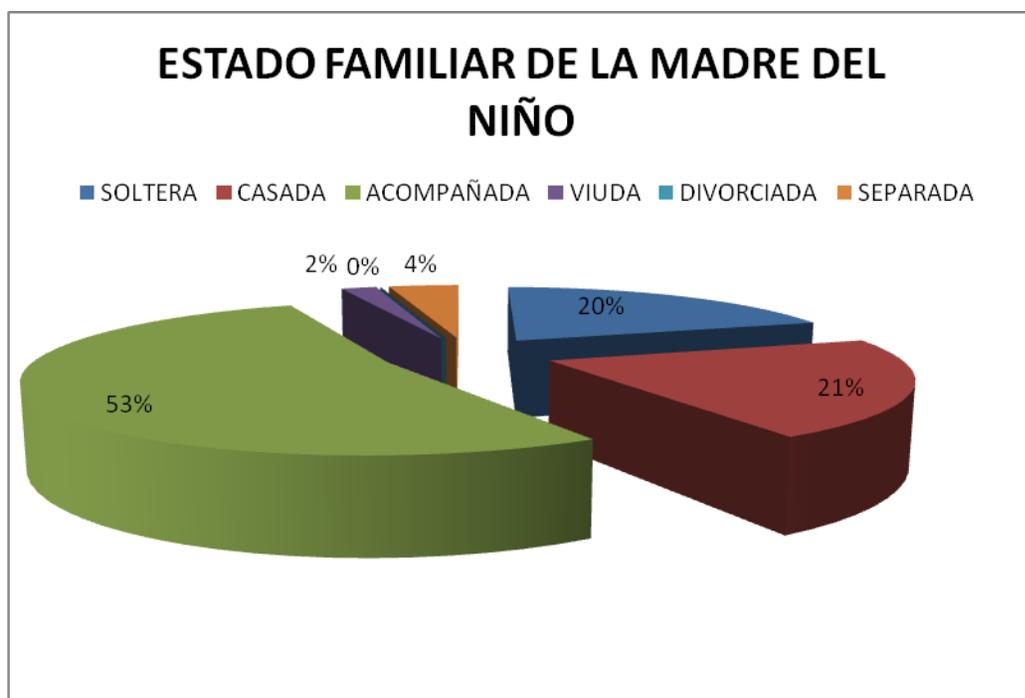
## ANÁLISIS

De los datos obtenidos el 53% de las madres de los niños en estudio están acompañadas, el 21% casadas, el 20% solteras, 4% separadas, 2% son viudas.

## INTERPRETACIÓN

La mayor parte de las madres en estudio están acompañadas, en un porcentaje menor están casadas y en un porcentaje similar al anterior son solteras, la menor parte de ellas están separadas, en un mínimo porcentaje son viudas. El estado familiar de la madre es importante debido a que si la madre tiene un compañero de vida, tendrá un mayor apoyo emocional y económico lo que contribuirá a un mejor cuidado del niño.

**GRÁFICO N° 28**



Fuente: Cuadro N° 28

## CUADRO N° 29

### ¿CUÁNTOS HIJOS TIENE LA MADRE DEL NIÑO?

NÚMERO DE HIJOS	FRECUENCIA	%
1 HIJO	35	35
2 HIJOS	44	45
3 HIJOS	14	14
4 HIJOS O MÁS	6	6
TOTAL	99	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

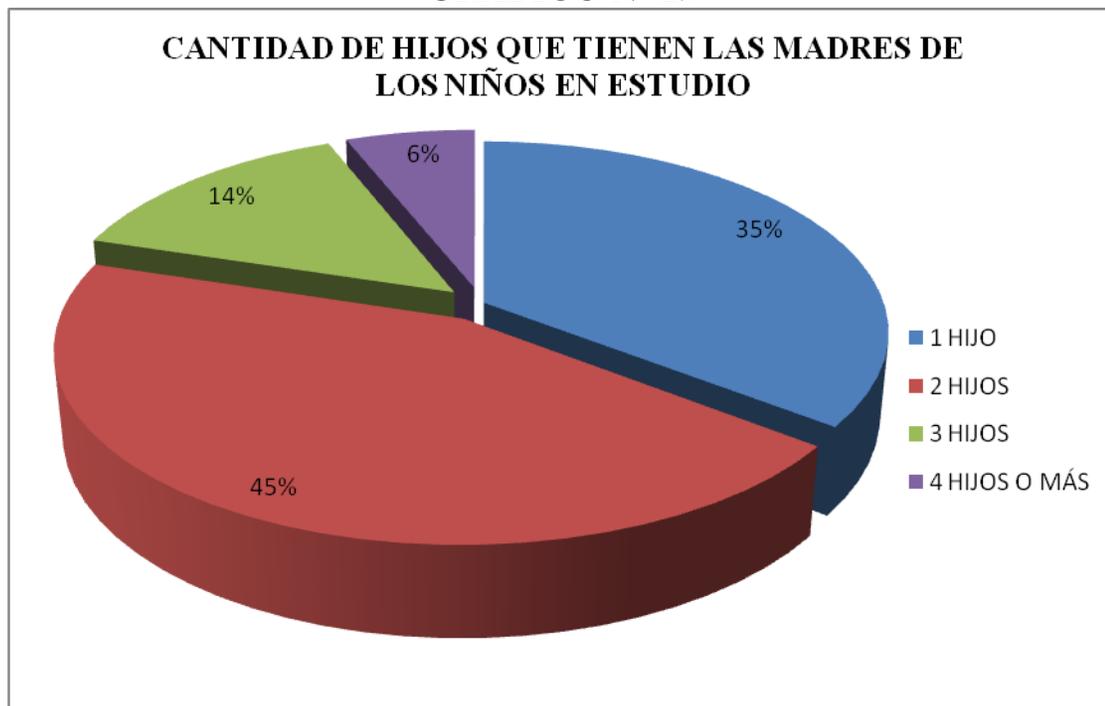
### ANÁLISIS

El 45% de las personas entrevistadas tienen 2 hijos, el 35% tienen 1 hijo, el 14% tienen 3 hijos, el 6% tienen 4 o más hijos.

### INTERPRETACIÓN

Según los datos obtenidos la mayoría de las madres de los niños en estudio tienen 1 o 2 hijos, pero estos niños viven en hogares de familias ampliadas, en hacinamiento, poca atención por parte de la madre, disminución en la cantidad de los alimentos y en menor porcentaje las que tienen 3 o más hijos. La multiparidad influye de manera negativa en los niños ya que limita la cantidad y la frecuencia de alimentación, menor atención y cuidados por parte de la madre.

**GRÁFICO N° 29**



Fuente: Cuadro N° 28

**CUADRO N° 30**

**¿DE QUIÉN DEPENDE ECONÓMICAMENTE LA FAMILIA?**

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%
MADRE	17	17
PADRE	65	67
OTRO FAMILIAR	17	16
TOTAL	99	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio

## **ANÁLISIS**

El 67% de la población en estudio depende económicamente del padre, el 17% depende de la madre, y el 16% de otro familiar.

## **INTERPRETACIÓN**

Los datos obtenidos indican que en la población objeto de estudio la mayoría depende económicamente del padre, por lo tanto la madre es una mujer dependiente económicamente, lo cual disminuye el ingreso familiar, en un porcentaje menor depende de la madre y con menor frecuencia la economía familiar depende de otra persona. En el caso de los hogares desintegrados generalmente es la madre quien asume la responsabilidad de suplir las necesidades básicas de la familia, eso no es adecuado para los niños por la falta de atención y cantidad menor de alimento a la recomendada.

### GRÁFICO N° 30

#### DEPENDENCIA ECONÓMICA FAMILIAR



Fuente: Cuadro N° 30

### CUADRO N° 31

#### ¿TRABAJA LA MADRE?

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%
SI	28	28
NO	71	72
TOTAL	99	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio

## ANÁLISIS

El 28% de las madres de la población en estudio trabaja fuera del hogar, mientras el 72% de las madres en estudio no trabaja.

## INTERPRETACIÓN

La mayoría de las madres de la población en estudio no trabaja, por lo tanto son quienes deciden el tipo, la cantidad y la frecuencia de alimentos que reciben sus hijos, una minoría de madres en estudio trabajan; algunas de ellas no cuentan con el apoyo de sus familiares o del padre de los niños por lo tanto llevan a sus hijos a sus lugares de trabajo, lo que contribuye a aumentar el riesgo de las enfermedades o a una alimentación inadecuada o ambas.



Fuente: Cuadro N° 31

**CUADRO N° 32**  
**¿QUIEN CUIDA AL NIÑO?**

<b>QUIEN CUIDA AL NIÑO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
MADRE	78	79
PADRE	2	2
FAMILIAR	19	19
CUIDADOR NO FAMILIAR	0	0
TOTAL	99	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio

**ANÁLISIS**

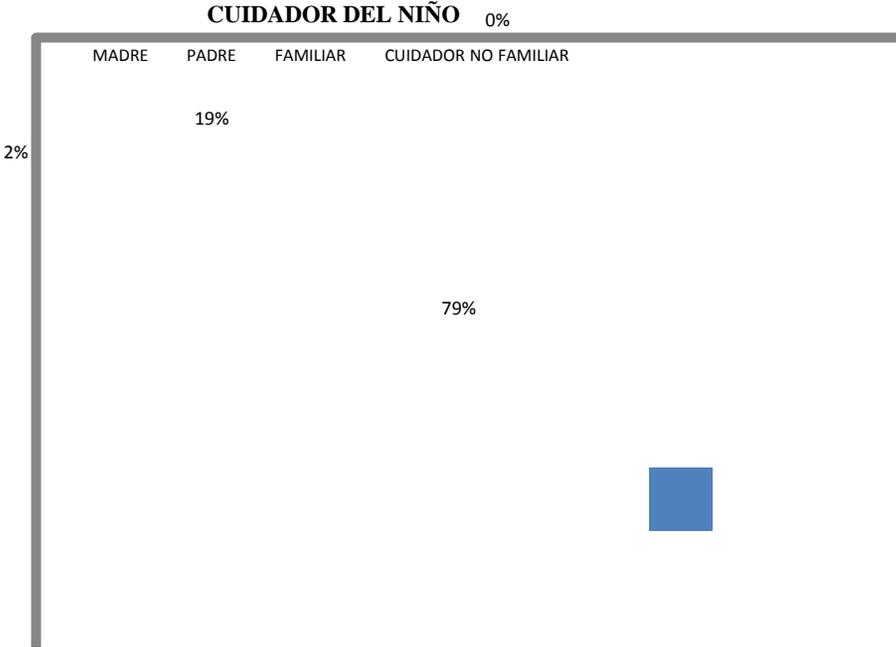
El 79 % de los niños en estudio recibe cuidados de la madre, un 19 % cuidador familiar, un 2% recibe cuidados por parte de su padre.

**INTERPRETACIÓN**

El mayor porcentaje de niños en estudio son cuidados por su madre, es decir que quien decide el tipo de alimentos y las cantidades que consumen los niños es la madre, la situación familiar y laboral de las madres influye en la calidad de atención que reciben los niños, debido a que si la madre tiene una relación inestable con su pareja, este puede desencadenar un estrés en el niño que puede llevarlo a anorexia, en el estudio la mayoría de las madres su ocupación es ama de casa, son personas dependientes económicamente

de su pareja, por lo tanto están sujetas al ingreso de su compañero de vida, además que las madres de los niños en estudio tienen bajo nivel de escolaridad, lo que pudiera tener relación con la elección inadecuada de alimentos, un menor porcentaje de niños recibe cuidados por parte de familiares y un porcentaje mucho menor recibe cuidados por parte de sus padres debido a enfermedad materna o porque la madre trabaja fuera del hogar.

### GRÁFICO N° 32



Fuente: Cuadro N° 31

### CUADRO N° 33

#### EDAD DE LA PERSONA QUE CUIDA AL NIÑO

EDAD	FRECUENCIA	%
< de 20 años	28	28
20 a 29 años	52	53
30 a 39 años	9	9
40 a 49 años	4	4
50 a 59 años	4	4
> 60 años	2	2
TOTAL	99	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio

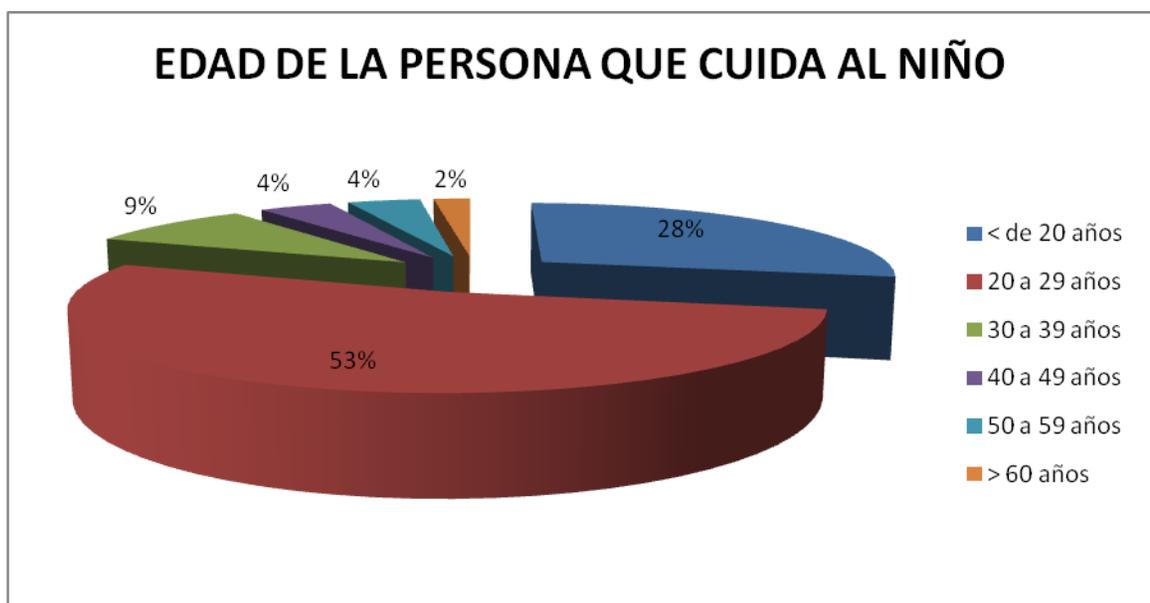
#### ANÁLISIS

De la población en estudio el 53% el cuidador es de edad 20- 29 años, seguido 28% los cuidadores están rango menor de 20 años, 9% 30-39 años, 4% 40-49 años de edad, y con igual porcentaje las cuidadores de 50-59 años, y 2% de la población en estudio sus cuidadores son personas mayores de 60 años.

## INTERPRETACIÓN

En los datos obtenidos se observa que el rango de edad predominante es entre 20 a 29 años de edad, lo que es una edad adecuada, pero la población en estudio presenta algún grado de desnutrición y para un estado nutricional adecuado hay grupo de condiciones que dependen directamente del entorno social, el cuidado inadecuado, conductas de riesgo de los padres, trabajo excesivo de la madre, enfermedad materna, multiparidad, el segundo grupo mas frecuente son las madres adolescentes en las cuales los riesgos son partos prematuros, bajo peso al nacer, mala nutrición y mayor posibilidad de abuso y negligencia en el cuidado del niño.

**GRÁFICO N°33**



Fuente: Cuadro N° 33

**CUADRO N° 34**  
**GÉNERO DE LA PERSONA QUE CUIDA AL NIÑO**

<b>GENERO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
MASCULINO	4	4
FEMENINO	95	96
TOTAL	99	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

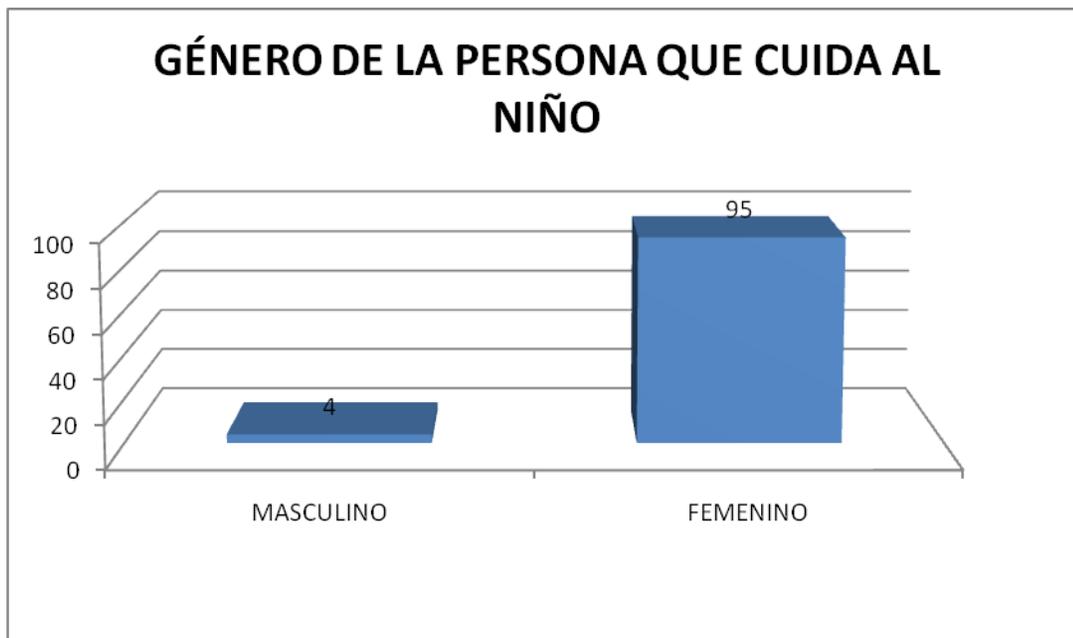
### **ANÁLISIS**

El 96 % de las personas que cuidan a los niños son del sexo femenino y el 4% son del sexo masculino.

### **INTERPRETACIÓN**

De los datos obtenidos la mayor parte de cuidadores de los niños en estudio son del sexo femenino, en su mayoría las responsables del cuidado, el tipo, forma de preparación de los alimentos, además de la cantidad y frecuencia de su consumo.

**GRÁFICO N° 34**



Fuente: Cuadro N° 34

**CUADRO N°35**

**SABE LEER Y ESCRIBIR?**

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%
SI	85	86
NO	14	14
TOTAL	99	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

## **ANÁLISIS**

De los datos obtenidos el 86% de los cuidadores sabe leer y escribir, mientras que el 14% de los cuidadores no sabe leer ni escribir.

## **INTERPRETACIÓN**

Los datos obtenidos reflejan que la mayoría de la población es alfabeta, mientras que una minoría es analfabeta lo cual dificulta para la interpretación de las indicaciones nutricionales, medicas, que se hagan al niño, y falta información sobre una dieta balanceada.

**GRAFICA No 35**



**Fuente:** Cuadro No 35

**CUADRO No 36**  
**NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LOS RESPONSABLES DEL CUIDO**  
**DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO**

<b>NIVEL</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Ninguno	14	14,1
1er. Ciclo	12	12,1
2do. Ciclo	30	30,3
3er. Ciclo	27	27,3
Bachillerato	16	16,2
<b>TOTAL</b>	<b>99</b>	<b>100</b>

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio

**ANÁLISIS**

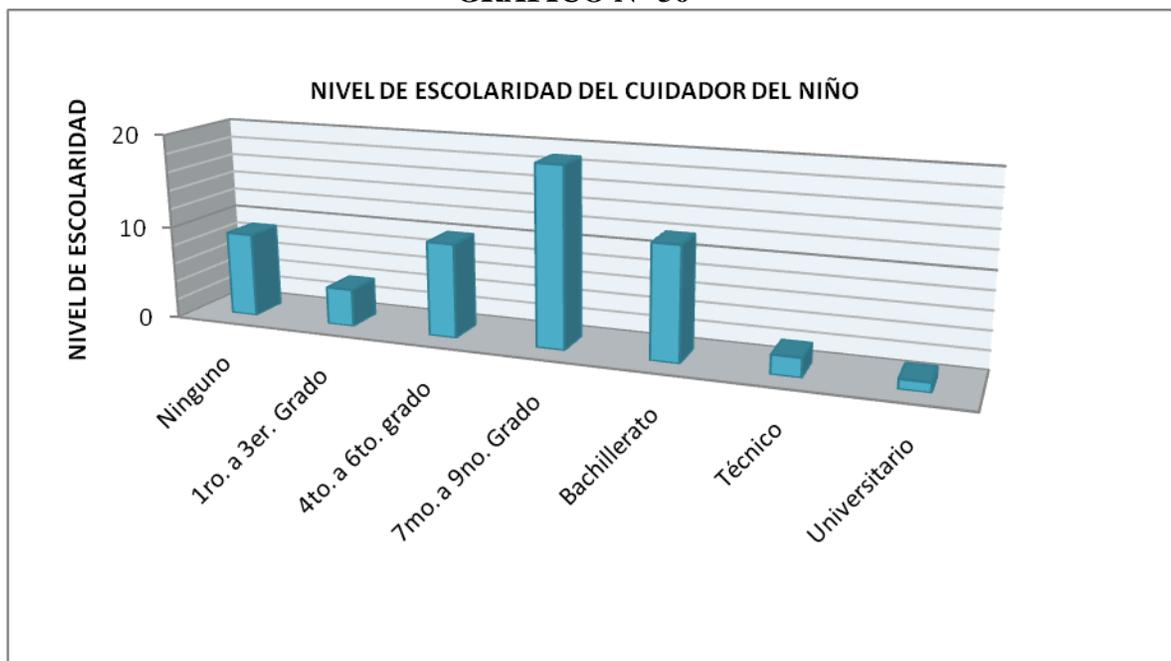
Los datos reflejan que la escolaridad de los responsables del cuidado de la población en estudio un 30.3% estudio hasta 2do ciclo, 27.3% 3er ciclo de área básica, 16.2% bachillerato, 12.1% 1er ciclo, 14.1% no tiene ningún grado de escolaridad

**INTERPRETACIÓN**

Los datos obtenidos indican que un bajo porcentaje de la población terminó sus estudios de educación media (bachillerato) y que un mayor porcentaje sólo cursó educación básica,

datos que reflejan que el nivel de escolaridad bajo del cuidador, influye significativamente en el estado nutricional de los niños en estudio ya que son estos los que deciden que tipo de alimento, cantidad y la frecuencia se le dará al niño. Las mujeres con mayor nivel de escolaridad tienen familias más sanas y sus hijos están mejor nutridos, tienen menos probabilidades de morir en sus primeros años. Los niños cuyas madres poseen educación secundaria o superior tienen menor probabilidad de ser deficientes de peso y altura.

**GRÁFICO N° 36**



Fuente: Cuadro N° 36

### CUADRO N°37

#### SITUACION LABORAL DE LA PERSONA QUE CIUDA AL NIÑO

OCUPACION	F	%
AMA DE CASA	78	78.8
EMPLEADO	1	1.0
COMERCIANTE	3	3.0
EMPLEADO INFORMAL	13	13.1
NO TRABAJA	4	4.0
TOTAL	99	99

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio

#### ANÁLISIS

De los datos obtenidos el 78% es ama de casa, 13.1% es empleado informal, 4% ninguna, comerciante 3%.

#### INTERPRETACIÓN

Los datos obtenidos reflejan que probablemente el estado laboral (ama de casa) no afecta en el estado nutricional del niño, ya que el bajo nivel de escolaridad, dependencia económica, ingresos económicos bajos del cuidador afecta directamente el estado nutricional del

niño. El menor porcentaje el empleado informal lleva a sus hijos a trabajar contribuyendo a malos cuidados higiénicos, alimentación inadecuada.

**GRÁFICO N° 37**



Fuente: Cuadro No 37

**CUADRO N°38**  
**INGRESO FAMILIAR PROMEDIO MENSUAL**

<b>INGRESO PROMEDIO MENSUAL</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
< \$50.00	0	0
\$51.00 A \$100.00	15	14
\$101.00 A \$200.00	47	48
\$201.00 A \$300.00	27	27
>\$300.00	10	11
<b>TOTAL</b>	<b>99</b>	<b>100</b>

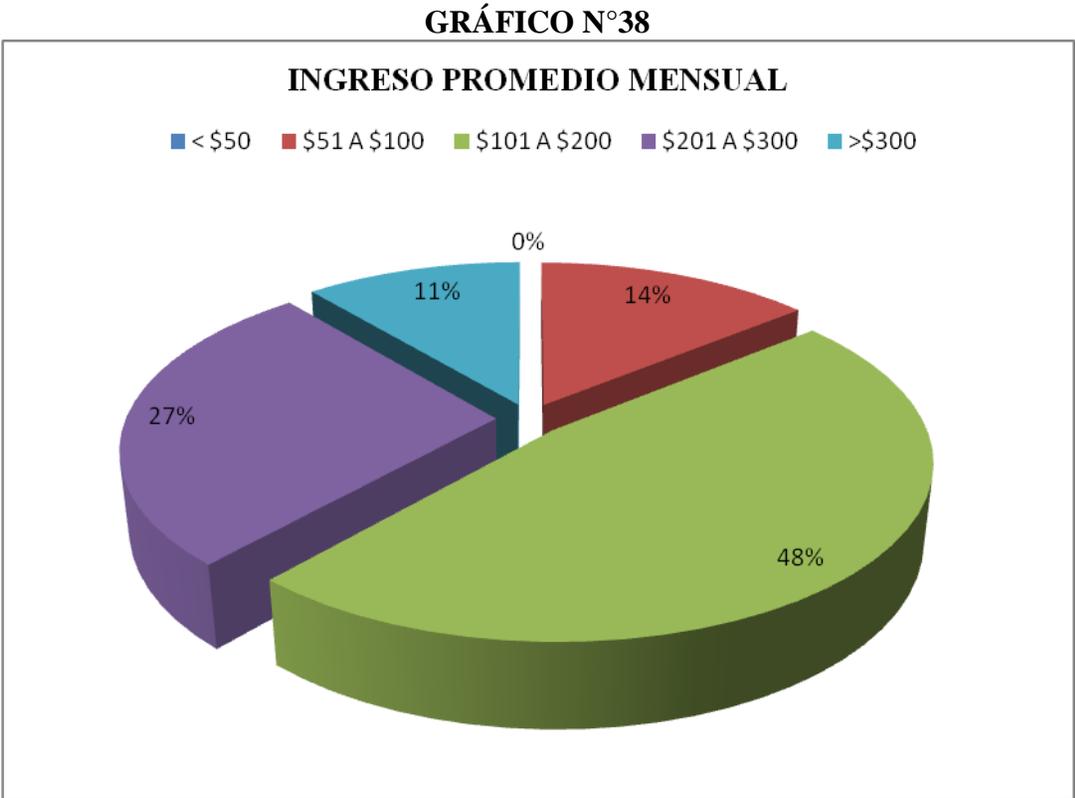
Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio

**ANÁLISIS**

Según los datos obtenidos el 48% de la población en estudio tiene ingresos entre \$101-200, el 27% entre es \$201-300, el 14% entre \$ 51-100 y el 11% más de 300.

**INTERPRETACIÓN**

Los datos obtenidos indican que la mayoría de la población encuestada tiene bajos ingresos económicos por lo que la carencia económica genera desnutrición infantil ya que no alcanzan a cubrir las necesidades nutricionales básicas



Fuente: Cuadro N° 38

**CUADRO N°39**  
**GASTO PROMEDIO MENSUAL EN SERVICIOS BÁSICOS**

<b>GASTO PROMEDIO MENSUAL EN SERVICIOS BÁSICOS (AGUA, ENERGIA ELECTRICA, TELEFONO)</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
<\$ 25.00	59	59.6%
\$26.00 A \$50.00	27	27.3%
>\$50.00	13	13.1%
<b>TOTAL</b>	<b>99</b>	<b>100</b>

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio

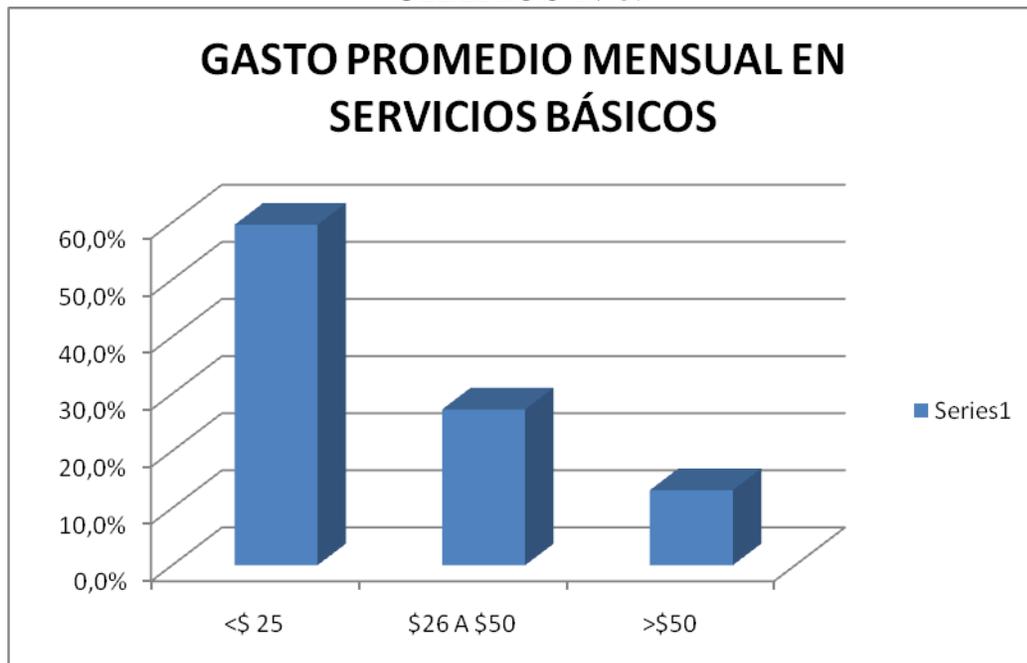
**ANÁLISIS**

Según los datos obtenidos el 59.6% de las personas en estudio gastan menos de \$ 25.00 en servicios básicos, seguido de un 27.3% que gastan entre \$26.00 a \$50.00 y un 13.3 más de \$50.00

**INTERPRETACIÓN:**

Se observa según los resultados obtenidos los gastos en servicios básicos implica aproximadamente menos de un tercio de los ingresos familiares lo que conlleva a que las familias se limiten en los gastos en alimentación.

**GRÁFICO N°39**



Fuente: Cuadro N° 39

### CUADRO N° 40

#### GASTO PROMEDIO MENSUAL EN ALIMENTACION

<b>GASTO PROMEDIO MENSUAL EN ALIMENTACION</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<\$50.00	0	0
\$51.00 a \$100.00	38	38.4
\$101.00 a \$150.00	38	38.4
\$151.00 a \$200.00	16	16.2
>\$200.00	7	7.1
<b>TOTAL</b>	<b>99</b>	<b>100</b>

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio

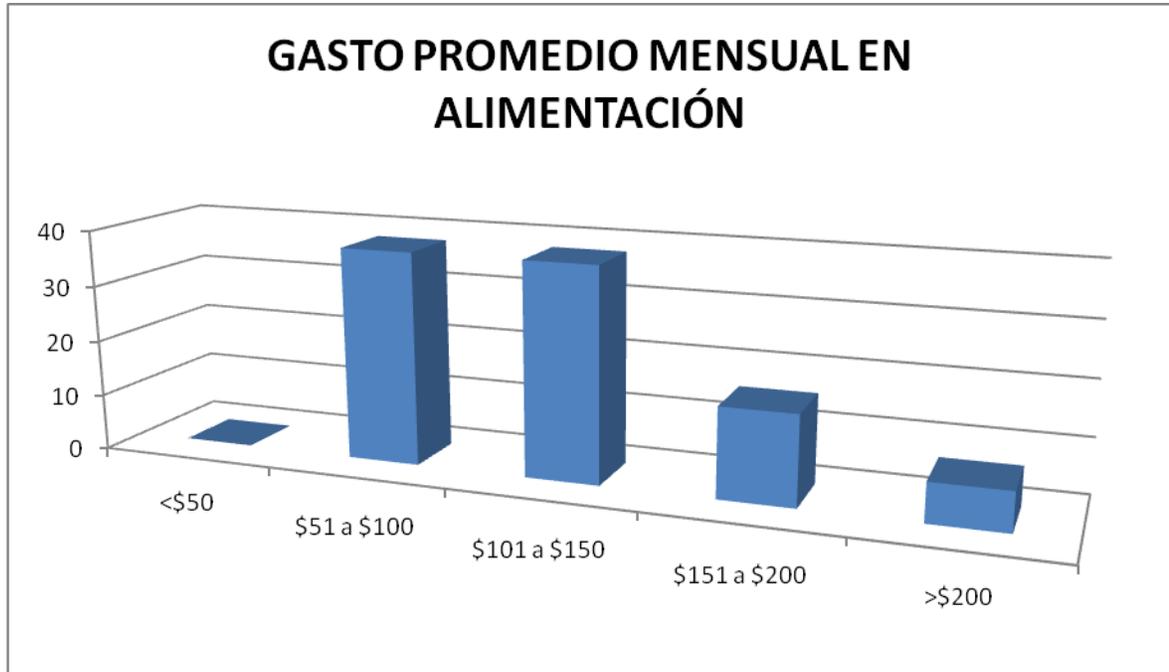
#### ANÁLISIS

Según los datos obtenidos el 38.4% afirmaron que gastan entre \$51 y 100; de igual promedio personas que gastan entre \$101 y \$250, el 16.2% afirmaron gastar entre \$ 151 y 200 y más de \$200 el 7.1%

#### INTERPRETACIÓN:

Se observan de los datos obtenidos la población utiliza la mayor parte de sus ingresos en alimentos, lo cual no es suficiente debido a que el ingreso promedio mensual oscila entre \$101 a 200, además el alto costo de la canasta básica no permite satisfacer adecuadamente las necesidades nutricionales de las familias de los niños en estudio.

**GRÁFICO N° 40**



Fuente: Cuadro N° 40

**CUADRO N° 41**

**GASTO PROMEDIO MENSUAL EN SERVICIOS MÉDICOS**

<b>GASTOS MÉDICOS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
<\$15	99	100
\$16 a \$25	0	0
\$26 a \$50	0	0
\$51 a \$100	0	0
>\$100	0	0
TOTAL	99	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

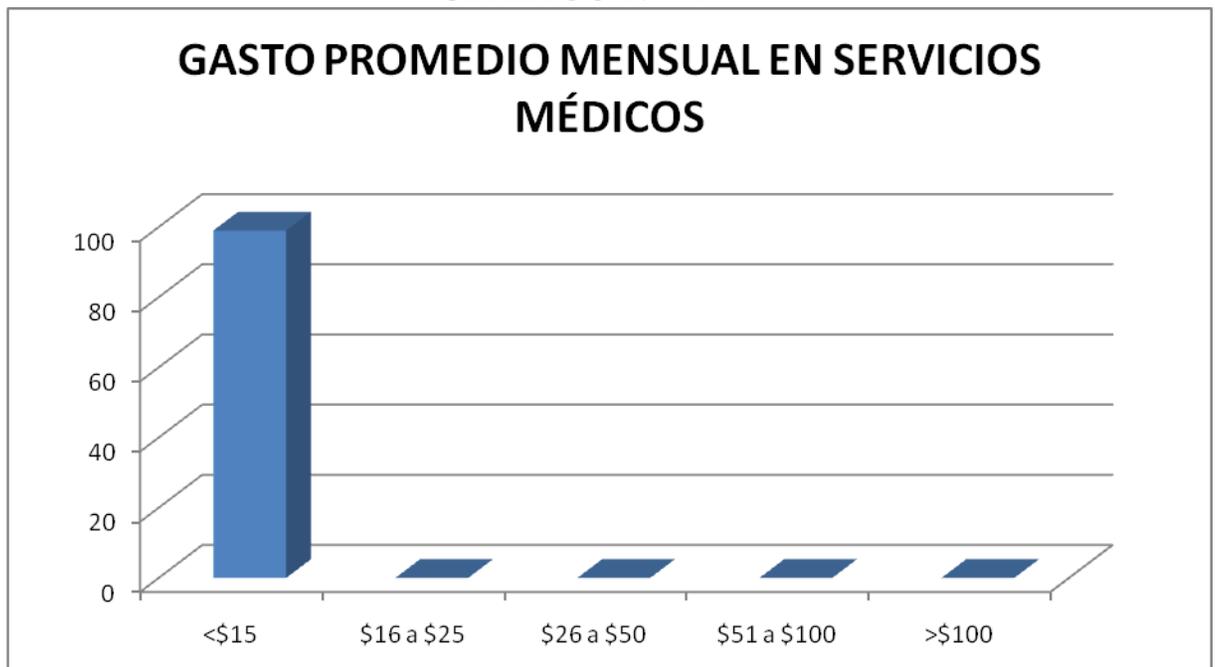
**ANÁLISIS:**

Puede observarse que el 100% de las personas encuestadas afirmaron que gastan menos de \$15 mensuales en compra de medicamentos para algún miembro de la familia.

**INTERPRETACIÓN:**

De los datos obtenidos de la población en estudio en sus ingresos mensuales no tienen prioridades en gastos médicos. Eso es debido a que en los centros de salud pública la atención es totalmente gratuita y los gastos que tienen en servicios médicos es por la compra de medicamentos adicionales para algún miembro de la familia generalmente eso ocurre en las familias ampliadas.

**GRÁFICO N° 41**



Fuente: Cuadro N° 41

**CUADRO No.42**  
**GASTO PROMEDIO MENSUAL EN VESTUARIO**

<b>VESTUARIO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
<\$15	85	85.3
\$16 a \$25	9	9.3
\$26 a \$50	5	5.5
\$51 a \$100	0	0
>\$100	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>99</b>	<b>100</b>

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio

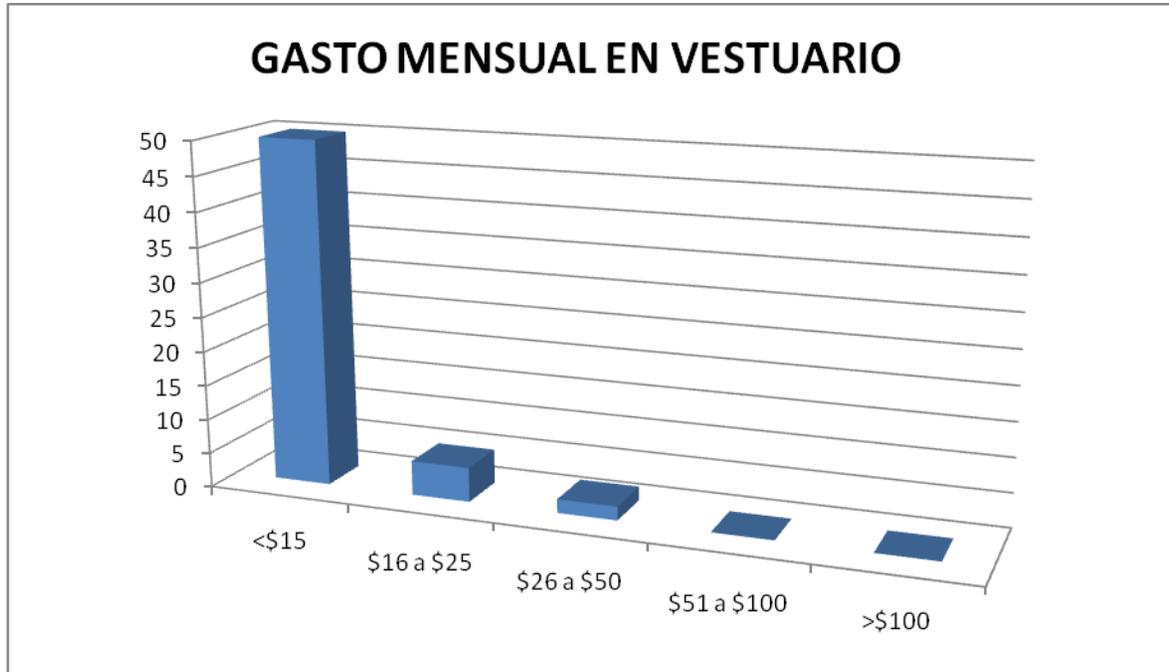
**ANÁLISIS**

De la población en estudio 85.3% de la población gasta menos de \$15 dólares mensuales, 9.3% de la población gasta \$16-25, 5.5% gasta \$26-50 en vestuario.

**INTERPRETACIÓN**

De la población en estudio la mayoría de la población gasta menos de 15 dólares mensuales en vestuario, este no influye en la desnutrición debido a que no es significativo en relación al ingreso familiar.

**GRÁFICO N° 42**



Fuente: Cuadro N° 42

**CUADRO N°43**  
**¿EN EL HOGAR EXISTE CONDUCTA DE RIESGO?**

CONDUCTA DE RIESGO	FRECUENCIA	%
ALCOHOLISMO	21	21
PROSTITUCIÓN	2	2
DROGADICCIÓN	2	2
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	3	3
NINGUNA	71	72
TOTAL	99	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio

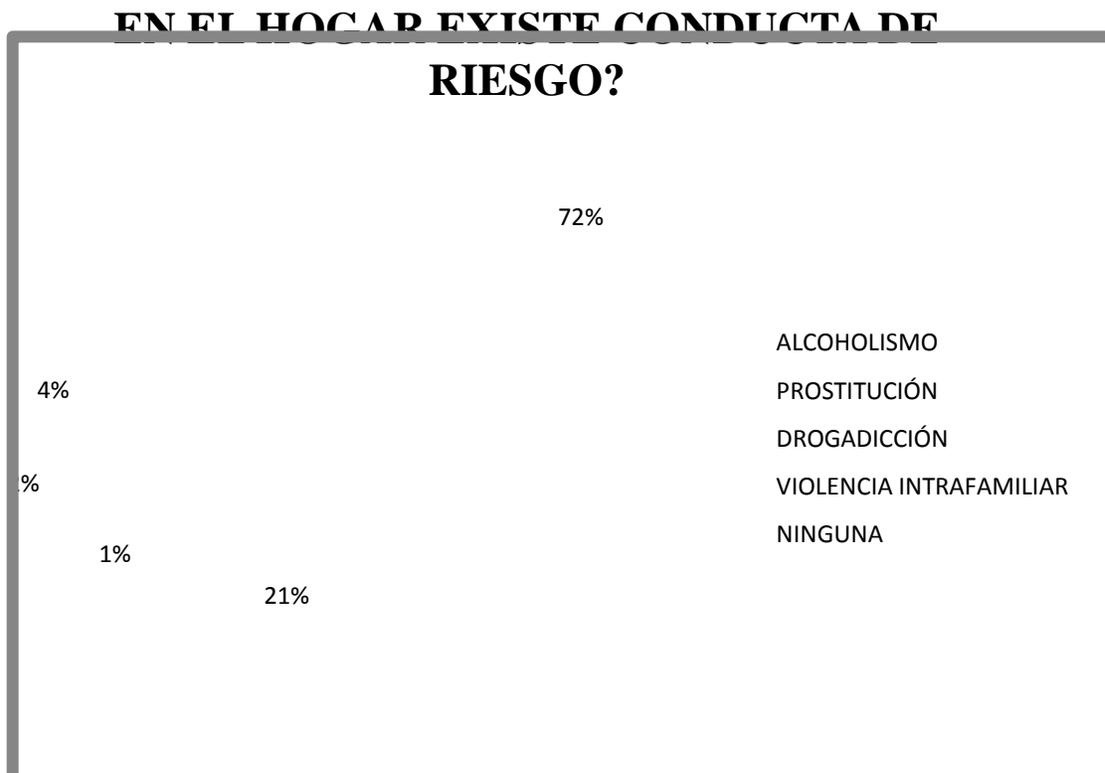
## ANÁLISIS

De los datos obtenidos 72% no tiene ninguna conducta de riesgo, 21% en el hogar hay alcoholismo, 3% violencia intrafamiliar, 2% drogadicción, 1% prostitución.

## INTERPRETACIÓN

De la información obtenida puede inferirse que en la gran mayoría de los hogares de los niños en estudio no hay conducta de riesgo en el hogar, pero en su hogar existe hacinamiento, saneamiento ambiental inadecuado, la conducta de riesgo más frecuente que se encontró fue el alcoholismo lo que ocasiona mal distribución de los gastos familiares, genera violencia intrafamiliar, ambiente familiar hostil, la drogadicción y la prostitución son menos frecuentes. Toda conducta de riesgo conlleva a malos cuidados en la alimentación de los niños en estudio.

### GRÁFICO N°43



Fuente: Cuadro N° 43

**CUADRO N°44**  
**¿CUANTOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS HABITAN EN EL**  
**HOGAR?**

<b>NÚMERO DE NIÑOS</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
1 niño	35	35
2 niños	44	45
3 niños	20	20
4 niños o más	0	0
Total	99	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio

**ANÁLISIS**

De los datos obtenidos en los hogares de los niños en estudio 45% tienen 2 niños menores de 5 años en casa, 35% hay 1 niño, 20% tienen 3 niños menores de 5 años en el hogar.

**INTERPRETACIÓN**

De la población en estudio la mayoría de la población tiene 2 niños menores de 5 años en el hogar lo que lleva al cuidador a que desatienda a uno de los 2 niños. En el caso de las madres con periodos intergenésicos cortos implica suspender la lactancia materna al niño y esto lo lleva a desnutrición. Además cuando las familias son ampliadas generalmente hay más de un niño menor de 5 años.

## GRÁFICO N°44



Fuente: Cuadro N° 44

## CUADRO N°45

### LUGAR DE PROCEDENCIA

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%
URBANA	30	30.5
RURAL	69	69.5
TOTAL	99	100

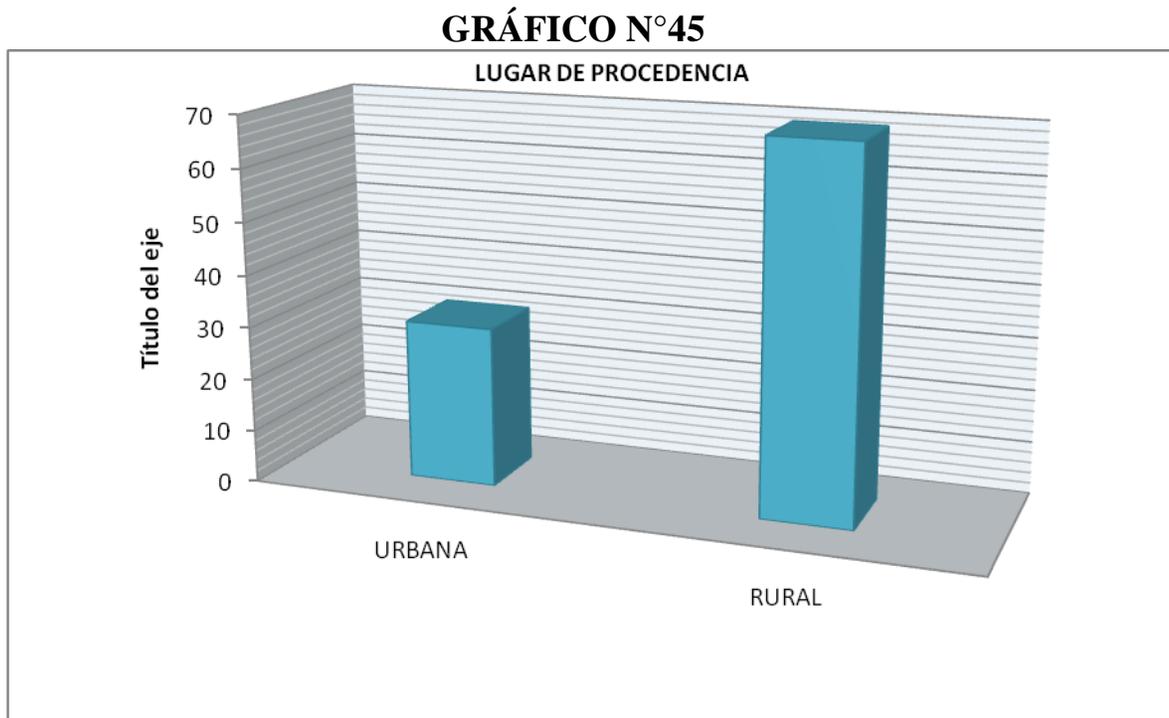
Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio

## ANÁLISIS

En cuanto a la procedencia de las personas entrevistadas el 30.5 % expresó residir en área urbana y el 69.5% en área rural.

## INTERPRETACIÓN

De los datos obtenidos se puede decir que la incidencia de desnutrición infantil es mayor en el área rural que en el área urbana. Lo que indica que en la zona rural es mayor la frecuencia por múltiples razones, entre ellas menor escolaridad por parte de los cuidadores, mayor incidencia de multiparidad, periodos intergenésicos cortos, falta de acceso a agua intradomiciliar, mayor frecuencia de familias ampliadas, hacinamiento.



Fuente: Cuadro N° 45

**CUADRO N°46**  
**¿POSEE SERVICIO DE AGUA INTRADOMICILIAR?**

<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
SI	86	86.5
NO	13	13.5
TOTAL	99	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio.

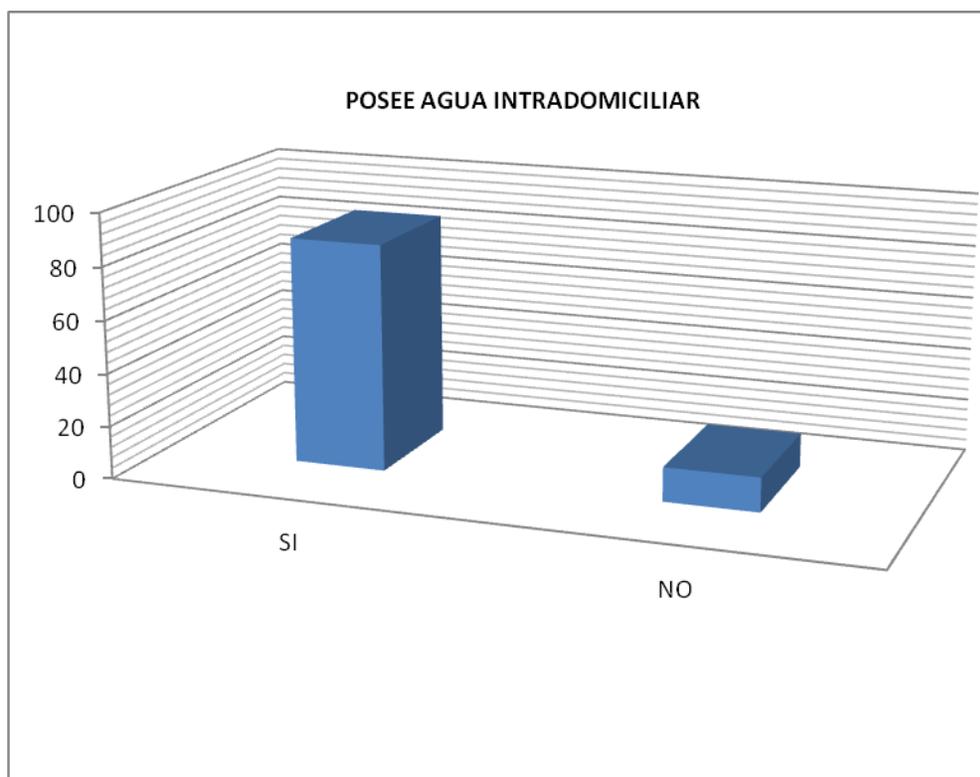
**ANÁLISIS**

De la población en estudio el 86.5% afirmó que si posee agua intradomiciliar y el 13.5% que no cuenta con dicho servicio.

**INTERPRETACIÓN**

Se observa que la población en estudio, la mayoría poseen agua intradomiciliar y un pequeño número no poseen ese servicio lo que conlleva al consumo de agua de pozos, quebradas, la obtención del agua para consumo limita el tiempo para la realización de otras actividades en el hogar y por lo tanto menor tiempo para la preparación de alimentos adecuados para los niños.

## GRÁFICO N° 46



Fuente: Cuadro N° 46

## CUADRO No 47

**¿DA ALGUN TRATAMIENTO AL AGUA DE CONSUMO?**

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%
SI	15	15
NO	84	85
TOTAL	99	100

Fuente: cedula de entrevista dirigida a la población en estudio

### **ANÁLISIS:**

Según los datos obtenidos de la población en estudio un 15% le da algún tipo de tratamiento al agua de consumo, un 85% no le da ningún tratamiento.

### **INTERPRETACIÓN:**

La mayor parte de la población en estudio cuenta con el servicio de agua intradomiciliar, estos no le dan ningún tratamiento al agua de consumo, lo que los predispone a padecer enfermedades diarreicas y parasitismo las cuales son causas de desnutrición, esto se evidencia con los resultados obtenidos ya que las enfermedades diarreicas son la segunda causa de patologías mas frecuentes en los niños en estudio.

**GRÁFICO N° 47**



Fuente: Cuadro N° 47

## CUADRO N°48

### ¿QUÉ TIPO DE SERVICIO SANITARIO POSEE?

TIPO DE LETRINA	FRECUENCIA	%
Fosa	76	76.2
Lavable	19	19.2
Abonera	0	0
No tiene	4	4.2
Total	99	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio

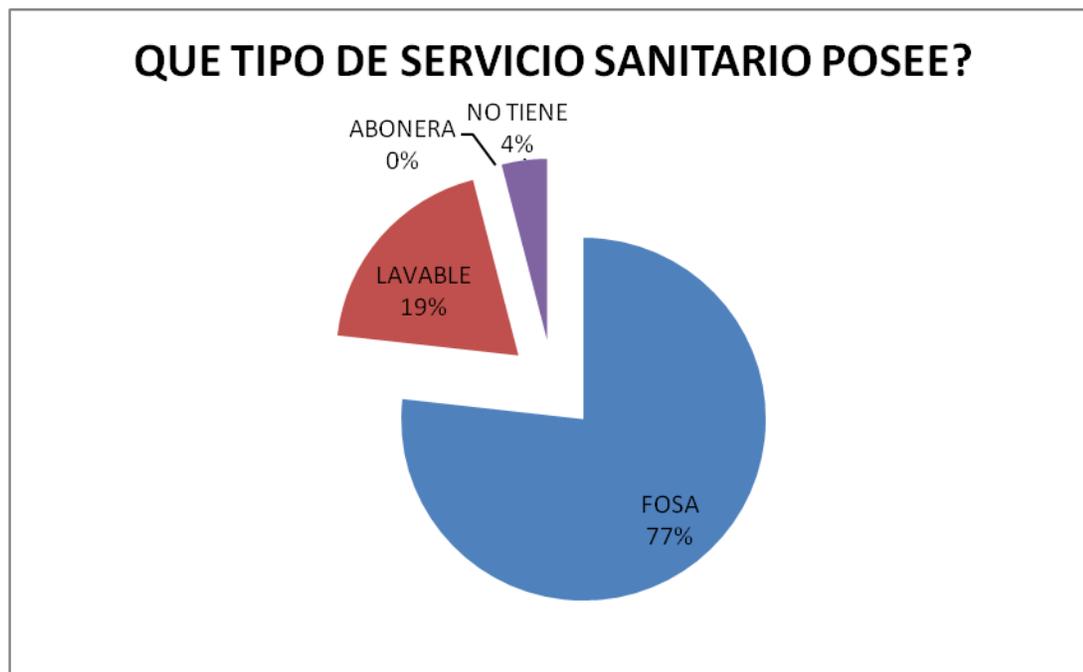
### ANÁLISIS

Del total de personas que afirmaron tener servicios sanitarios el 76.2 % afirmaron que es de fosa, el 19.2 % posee servicio lavable, y el 4.2 % no poseen servicio sanitario, ninguna de las personas entrevistadas posee letrina abonera.

### INTERPRETACIÓN

La mayoría de personas poseen servicio de fosa, por la falta de acceso a aguas de drenaje, los que poseen servicio lavable la mayoría residen en zona urbana. Una mínima parte de la población entrevistada no posee ningún tipo de servicio sanitario, lo cual influye en la incidencia de parasitismo intestinal debido a una inadecuada eliminación de excretas.

## GRÁFICO N°48



Fuente: Cuadro N° 48

## CUADRO N°49

### HACE BUEN USO DEL SERVICIO SANITARIO?

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%
SI	5	5
NO	94	95
TOTAL	99	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio

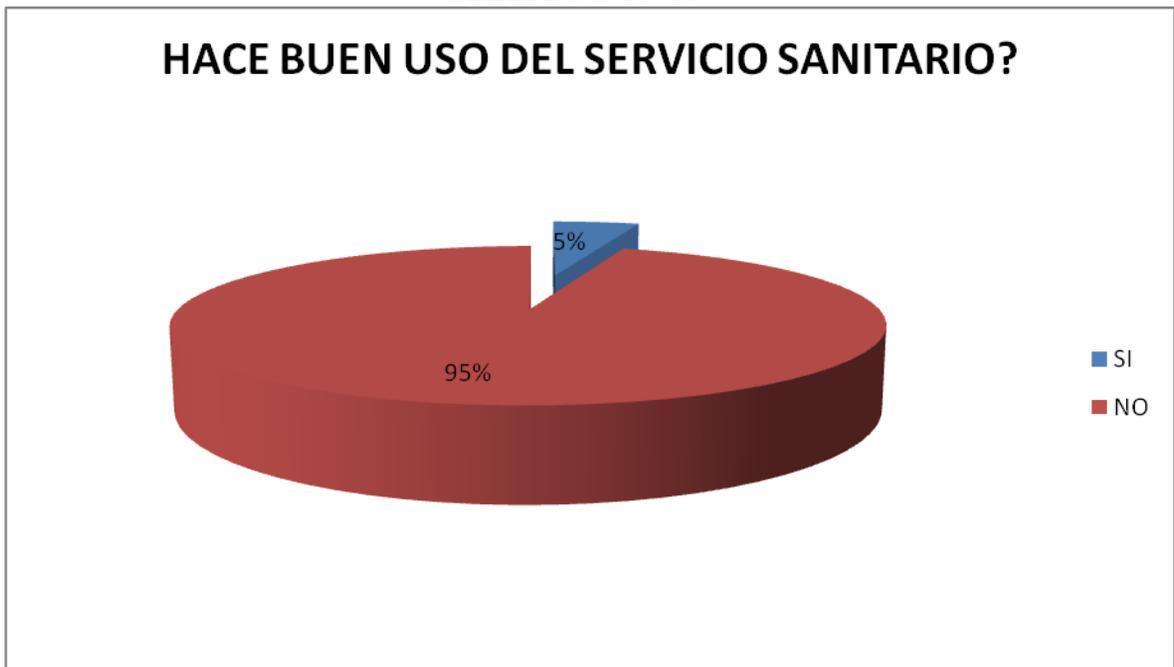
## ANALISIS

Según los datos obtenidos de las personas que poseen servicio sanitario el 95% no utiliza adecuadamente el servicio sanitario, mientras que 5% si lo utiliza adecuadamente.

## INTERPRETACIÓN

Se observa en los datos obtenidos que la población en estudio no utiliza adecuadamente el servicio sanitario lo que conlleva a mala disposición de excretas, aumenta el riesgo de enfermedades diarreicas y parasitarias en consecuencia provocaran desnutrición en los niños.

**GRÁFICO N°49**



Fuente: Cuadro N° 49

**CUADRO N°50**  
**¿REALIZAN ACTIVIDADES PARA AUTOABASTECIMIENTO?**

<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
SI	38	38.4
NO	61	61.6
TOTAL	99	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio

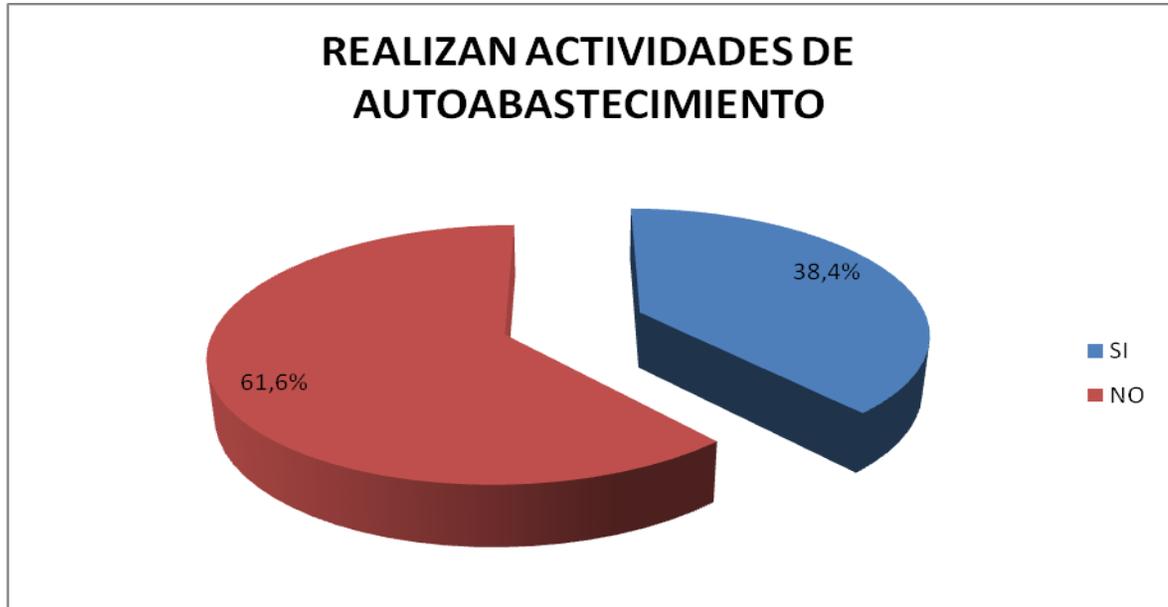
**ANÁLISIS**

De los datos obtenidos el 61.6% de la población en estudio no realiza actividades de autoabastecimiento, mientras que el 38.4% si realizan actividades de autoabastecimiento.

**INTERPRETACIÓN**

De la población en estudio la mayor parte de la población no realiza actividades de autoabastecimiento, lo que influye en la desnutrición en los niños desde el punto de vista económico ya que al realizarlas disminuirían los gastos en granos básicos y favorecerían la nutrición de los niños, mientras una minima parte de la población realiza actividades de autoabastecimiento lo cual ayuda económicamente a su familia y favorece en la nutrición del paciente.

**GRÁFICO N°50**



Fuente: Cuadro N° 50

**CUADRO N°51**

**TIPO DE ACTIVIDADES QUE REALIZAN**

ACTIVIDAD	FRECUENCIA	%
CRIANZA DE ANIMALES	19	35.8
CULTIVO DE GRANOS BÁSICOS	22	41.5
CULTIVO DE HUERTO FAMILIAR	4	7.5
ARBOLES FRUTALES	8	15.1
TOTAL	53	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio

\*El total sobrepasa los datos debido a que las personas contestaron más de una alternativa.

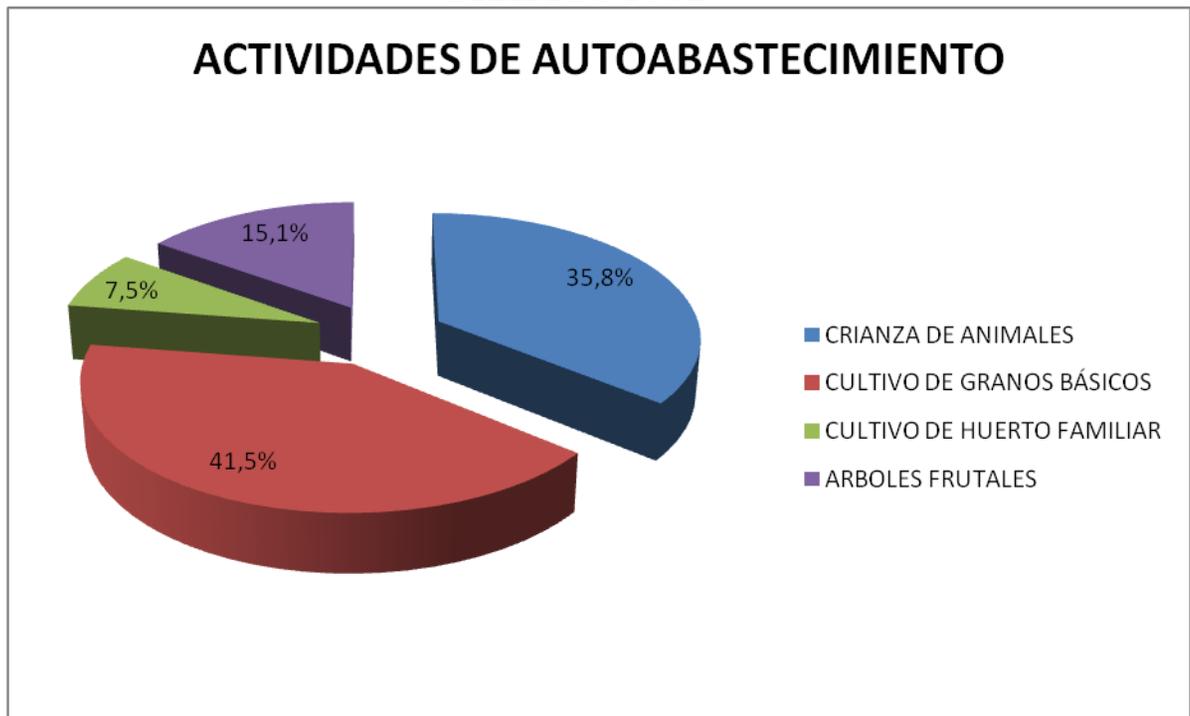
## ANÁLISIS

De la población en estudio el 41.5% realiza cultivos de granos básicos, 35.8% crianza de animales, 15.1% árboles frutales, 7.5% cultivo de huerto familiar

## INTERPRETACIÓN

El autoabastecimiento favorece a las familias con pocos ingresos a tener una alimentación más adecuada, la mayoría de la población en estudio pertenece a una familia ampliada, por lo tanto hay disminución en la cantidad de alimentos para el niño y esto lo lleve a la desnutrición.

**GRÁFICO N°51**



Fuente: Cuadro N° 51

### CUADRO N°52

#### ¿SABE USTED LOS REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES DE UN NIÑO?

OPINION	FRECUENCIA	%
SI	7	7,1
NO	92	92,9
TOTAL	99	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio

#### ANÁLISIS

De los datos obtenidos el 92.9% de las personas afirmaron que no tienen conocimientos sobre los requerimientos nutricionales en niños y el 7.1% afirmaron que tienen conocimientos básicos sobre nutrición infantil.

#### INTERPRETACIÓN

La mayoría de las personas no tienen conocimientos básicos sobre nutrición infantil lo que indica que la cantidad, frecuencia y el tipo de alimentos que los niños reciben son inadecuados para su edad lo que predispone a desnutrición.

**GRÁFICA No 52**



**Fuente: Cuadro No 52**

**CUADRO N°53**  
**ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE LA PREPARACION DE ALIMENTOS**

ACTIVIDADES	SI	%	NO	%
1- LAVADO DE MANOS PARA COCINAR	11	11%	88	89%
2- LAVADO DE FRUTAS Y VERDURAS	7	7%	92	93%
3- UTILIZAR DIFERENTES UTENSILIOS PARA MANIPULAR COMIDA CRUDA Y LA COCINA	5	5%	94	95%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio

\*El total sobrepasa los datos debido a que las personas contestaron más de una alternativa.

## ANÁLISIS

Del 100% de personas encuestadas el 11 % afirma que se lava las manos antes de cocinar; mientras el 88 % no realiza en lavado de manos para cocinar, 92% no lava las frutas y verduras antes de su consumo, mientras 7% si lo realiza, el 94% de la población no utiliza diferentes utensilios para manipular la comida cruda de la cocida, mientras que un 7% si lo hacen.

## INTERPRETACIÓN

Se observa en los datos obtenidos la mayoría no cumple con las medidas higiénicas necesarias para preparar los alimentos, lo cual predispone a enfermedades gastrointestinales frecuentes que provocan desnutrición.



Fuente: Cuadro N° 53

## PRUEBA DE HIPOTESIS

### CUADRO No 54

#### FACTORES QUE INFLUYEN Y FACTORES QUE NO INFLUYEN EN LA DESNUTRICION DE LOS NIÑOS.

PREGUNTAS	NO INFLUYE	INFLUYE
<b>Factor Social</b>		
Qué tipo de familia tiene el niño	37	62
Cuántas personas viven en la casa	33	66
Integración familiar	69	30
Edad materna	58	41
Estado familiar de la madre	73	26
Quien cuida al niño	78	21
Edad del cuidador	61	38
Nivel de escolaridad del responsable del niño	43	56
En la familia hay conducta de riesgo	71	28
Cuántos niños menores de 5 años habitan en el hogar	35	64
Le da tratamiento al agua de consumo	15	84
<b>Factor Económico</b>		
Cuántas cucharadas come el niño en un tiempo de comida	22	71
De quien depende la familia	65	34
De cuanto es el ingreso familiar promedio mensual en la casa del niño	37	62
gasto promedio mensual en servicios básicos	59	40
Gasto promedio mensual en Alimentación	23	76
Gasto promedio mensual en vestuario	85	14
En el hogar realizan actividades para su autoabastecimiento	38	61
<b>Factor Cultural</b>		
Brindo lactancia materna	92	7
Que alimento le administra al niño menor de 6 meses	33	66
Cuántas veces al día come el niño	3	90
Recordatorio de la ingesta de alimento del día anterior	9	84
Hace buen uso del servicio sanitario	5	94

Conoce usted los grupos de alimentos	7	92
Lavado de manos antes y después de cocinar	11	88
Lavado de frutas y verduras	7	92
Tiene diferentes utensilios para manipular comida cruda y la cocida	5	94
$\Sigma X$	1074	1581
$\chi$	39.78	58.55
$\sigma$	27.74	27.09

#### ANÁLISIS CUADRO 54:

En el presente cuadro se describen los resultados obtenidos en la cedula de entrevista dirigidos a las madres de los infantes en estudio en la cual se han considerado las preguntas que estuvieran relacionadas a los factores socioeconómicos y culturales, objetivos y hipótesis de trabajo ordenados de forma que el numero de respuestas de las grandes interrogantes del estudio o investigación influye o no influye los factores socioeconómicos y culturales en la desnutrición infantil.

Posteriormente se calcula una sumatoria:  $\Sigma x$  (1581- 1074), Media Aritmética (58.55- 39.78), Desviación Estándar (27.09- 27.74) todos estos resultados ordenados respectivamente.

#### PRUEBA DE 'T' STUDENS

$$F_c = \frac{V_{\text{mayor}}}{V_{\text{menor}}} \sim F_{\alpha} \quad \begin{matrix} m - 1 \\ n - 1 \end{matrix}$$

$F_c > F_\alpha$  Varianzas Homogénea

$F_c < F_\alpha$  Varianzas Heterogénea

1. Varianza homogénea el número de observación igual

$$t_c = \frac{\bar{X}_i - \bar{X}_j}{\sigma_{X_i - X_j}} \sim T_{\alpha, gl} (n_i + n_j) - 2$$

$$\sigma_{X_i - X_j} = \sqrt{S^2 (1/n_i + 1/n_j)}$$

$$S^2 = \frac{(n_i - 1) \sigma_i^2 + (n_j - 1) \sigma_j^2}{(n_i + n_j) - 2}$$

Donde:

$F_c$ = Factor Corrección

$F_\alpha$ = F table

$t_c$ = "t" calculado

$t_x$ = "t" tabla

$\bar{X}$  = media aritmética

$S^2$ = Varianza de las medias

$\sigma^2$ = Varianza

$n$ = Número de preguntas sometidas a evaluación

$\sigma_{x_i - x_j}$ = Error estándar

$gl$ = Grado de libertad

## ESTADISTICO DE PRUEBA

$F_c = \text{Varianza Mayor} / \text{Varianza Menor}$

$F_{\alpha} = m-1/n-1 \text{ gl}$

Donde:

FC = Factor de corrección

V= Varianza

$F_{\alpha}$  = F tabla

Datos:

	No influye (xj)	Influye (xi)
$\sum X$	1074	1581
$\bar{X}$	39.78	58.55
$\sigma$	27.74	27.09
$\sigma^2$	769.51	733.87

$$FC = \frac{769.51}{733.87} = 1.05$$

$$F_{\alpha} = \frac{27-1}{27-1} = 26 \quad \text{gl} = 0.05\% = 1.99$$

Regla decisión

$$FC < F_{\alpha} = \text{Varianza homogénea}$$

$$1.05 < 1.99$$

$$\bar{X}_i - \bar{X}_j$$

$$t_c = \frac{\bar{X}_i - \bar{X}_j}{\sigma \sqrt{1/n_i + 1/n_j}} \approx t_{\alpha/2, (n_i + n_j) - 2}$$

$$\sigma \sqrt{1/n_i + 1/n_j}$$

$$\sigma_{\bar{X}_i - \bar{X}_j} = \sqrt{S^2 (1/n_i + 1/n_j)}$$

$$(n_i - 1) \sigma_i^2 + (n_j - 1) \sigma_j^2$$

$$S^2 = \frac{(n_i - 1) \sigma_i^2 + (n_j - 1) \sigma_j^2}{(n_i + n_j) - 2}$$

Sustituyendo:

$$S^2 = (27-1) 733.87 + (27-1) 769.51 / (27+27) - 2$$

$$S^2 = 26 \times 733.87 + 26 \times 769.51 / 54 - 2$$

$$S^2 = 19080.62 + 20007.26 / 52$$

$$S^2 = 39087.88 / 52$$

$$S^2 = 751.69$$

$$\sigma_{\bar{X}_i - \bar{X}_j} = \sqrt{751.69 (1/27 + 1/27)}$$

$$= \sqrt{751.69 (0.037 + 0.037)}$$

$$= \sqrt{751.69 \times 0.074}$$

$$= \sqrt{55.68}$$

$$\sigma_{x_i-x_j} = 7.46$$

$$x_i - x_j$$

$$t_c = \frac{x_i - x_j}{\sigma_{x_i-x_j}}$$

Sustituyendo:

$$58.55 - 39.78$$

$$t_c = \frac{58.55 - 39.78}{7.46}$$

$$t_c = \frac{18.77}{7.46} = 2.52 \approx$$

$$t_{\alpha} = (n_i + n_j) - 2 = \text{gl } 0.05\%$$

$$t_{\alpha} = (27 + 27) - 2 = 54 - 2 = 52 \text{ gl} = 2.004$$

Regla de decisión:

$$t_c > t_{\alpha} = 2.52 > 2.04 \approx \text{Existe significación estadística}$$

ACEPTANDO LA  $H_i$  SE RECHAZA LA  $H_0$

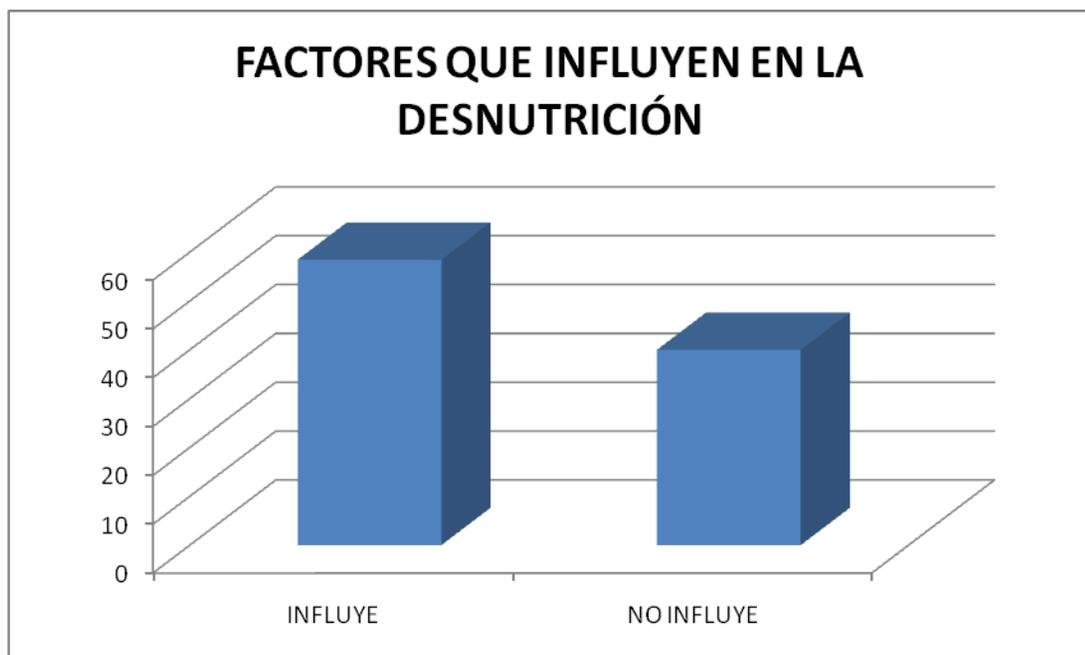
ANÁLISIS:

Para poder dar respuesta a los interrogantes del trabajo de investigación se desarrollo la prueba de "t" STUDEN el cual compara las medias de dos resultados diferentes.

En primer lugar para conocer la formula de "t" apropiada al estudio se realizo un estadístico de prueba a través de la prueba aF1 o factor de corrección, que compara las varianzas obtenidas en las diferentes condiciones (no influye con respecto a influye).

De acuerdo a la regla de decisión si el factor de corrección (1.0) es menor a F tabla (1.99) las varianzas son homogéneas y por lo tanto se utiliza la formula de "t" studen para varianza homogénea y numero de observaciones iguales o diferentes. Seguidamente se procedió a calcular el "t" obteniendo como resultado (2.52) este se compara con el "t" tabla (2.04) en los rangos de 0.05% de probabilidades estadísticas.

**GRAFICA No 54**



Fuente: Cuadro 54

#### INTERPRETACIÓN DE LA GRAFICA 54

En la presente grafica se ve reflejado los resultados de la prueba de la prueba de "t" student la cual al comparar  $t_c$  (2.52) con  $t_\alpha$  (2.04) al 0.05% de probabilidad estadística; siguiendo la regla de decisión indica que al ser  $t_c$  mayor que  $t$  tabla existe significación estadística señalando que hay una media o una interrogante que sobresale estadísticamente en este caso al comparar las medias se puede decir que si en el caso de si los factores no influyen se obtuvo una media de 39.78 y en el caso que los factores si influyen fue una media de 58.55, existiendo una diferencia de 18.77, por lo tanto considerando todo lo anterior, al ser  $t_c$  mayor que  $t_\alpha$  se rechaza la hipótesis nula ( $H_0$ ) aceptando la hipótesis de investigación la cual enuncia que los factores socioeconómicos y culturales son los que influyen con mayor frecuencia en la desnutrición de los niños menores de 5 años en las unidades de salud en estudio.

## **6. DISCUSION.**

En la investigación se determinó los factores socioeconómicos y culturales que influyen en la desnutrición de los niños de 5 años que consultan en las unidades de salud de Conchagua, Zoila Esperanza Turcios de Jiménez y El Huisquil, del departamento de La Unión, durante los meses de julio y agosto de 2009.

Se ha realizado una comparación con otros estudios como determinar los factores que influyeron en la desnutrición proteico-energética en menores de 5 años en la Parroquia Guanayen, del municipio Urdeneta en Venezuela, en el periodo comprendido entre enero y diciembre de 2007, Desnutrición en niños menores de 5 años, Revista de Boliviana.

En esta investigación la población en estudio el 7% no recibió lactancia materna, según el estudio determinar los factores que influyeron en la desnutrición proteico-energética en menores de 5 años en la parroquia Guanayen, del Municipio Urdeneta en Venezuela, el 65.3% no recibió lactancia materna por lo tanto en el estudio de Guanayen si influye la ausencia de lactancia materna, pero no en el presente estudio, la falta de conocimiento de las madres acerca de la importancia de la lactancia materna exclusiva o la falta de tiempo para lactar hace que utilicen sucedáneos de la leche materna o alimentos.

De los niños en estudio 90 niños no se les administra alimentos en cantidad suficiente, mientras que en el estudio determinar los factores que influyeron en la desnutrición proteico-energética en menores de 5 años en la parroquia de Guanayen, del municipio de Urdeneta en Venezuela solo 3 pacientes no recibieron alimentos en cantidad suficiente,

la cantidad de alimentos administrados a los niños si influye en el estado nutricional de los niños objeto de estudio, pero en el estudio de los niños de la parroquia Guanayen la cantidad de alimentos en la mayoría de los niños si es la adecuada ya que solo 3 niños no recibieron cantidad adecuada de alimentos.

De los niños en estudio el 9% recibió una alimentación variada, la dieta en los niños en estudio es inadecuada debido a que no reciben cantidad, calidad por lo tanto influye ya que los alimentos administrados son a predominancia de carbohidratos, los alimentos se repiten y no consumen frutas y verduras, estudio determinar los factores que influyeron en la desnutrición proteico energética en menores de 5 años en la parroquia de Guanayen, del municipio de Urdeneta en Venezuela, el 94.2% se le administro una dieta variada, los datos que se recopilaron en la presente investigación y la parroquia de Guanayen tiene una diferencia significativa ya que los niños en el presente estudio no reciben una alimentación variada y la mayoría de la población de la parroquia de Guanayen si recibe una alimentación variada por lo tanto en el presente estudio si influye en el estado nutricional la alimentación que reciben los niños.

En el presente trabajo el 62% de las familias tiene bajo ingreso económico, en el estudio de la Parroquia de Guanayen, el 69.2% de las madres encuestadas tenían bajo ingreso familiar, en ambos estudio predominan las familias con bajos ingresos económicos.

En el estudio el 69% de los cuidadores tiene bajo nivel escolar (no finalizaron educación media), en el estudio determinar los factores que influyeron en la desnutrición proteico energética en menores de 5 años en la parroquia de Guanayen, del municipio de

Urdeneta en Venezuela, no es significativa ya que solo 2 madres no habían cursado el 9no grado. En el estudio sobre desnutrición en niños menores de 5 años, Revista de Boliviana el 73.2 % tiene bajo nivel escolar. Esto es influyente en el estado nutricional de los niños ya que son ellos los que deciden qué tipo de alimento, cantidad y la frecuencia se le dará al niño y se puede verificar en estos 2 estudios.

De los datos obtenidos el 31% de las madres son adolescentes, el grupo predominante de edad materna es 20 a 29 años, en el estudio determinar los factores que influyeron en la desnutrición proteico energética en menores de 5 años en la parroquia de Guanayen, del municipio de Urdeneta en Venezuela, el 23.1% eran madres adolescente, los hijos de madres adolescentes tienen más riesgos biológicos y psicosociales los que pueden llegar a afectar fundamentalmente su nutrición, crecimiento y desarrollo psicomotor.

De los datos obtenidos el sexo masculino ya que de los niños con desnutrición leve el 42%, los niños con desnutrición moderada 62%, desnutrición severa 1 niño en todo el estudio, a pesar de ser una población predominante de niñas, en el estudio de desnutrición en niños menores de 5 años, revista Boliviana, el 60% de los niños son del sexo masculino, en ambos estudios predomina el sexo masculino como el más afectado en desnutrición.

En el presente trabajo el grupo más afectado es de 1 año con el 25%, en el estudio de desnutrición en niños menores de 5 años, revista Boliviana el grupo etario más afectado es el de menor de un año con el 37%, en los datos obtenidos demuestran una diferencia en los grupos etarios ya que en el presente trabajo la edad más frecuente es de un año

edad en la cual se da el destete y la introducción de nuevos alimentos, pero en los niños en el estudio de niños bolivianos la desnutrición es más frecuente en los niños menores de un año.

De los datos obtenidos las enfermedades respiratorias son las más frecuentes con un 53%, en el estudio de desnutrición en niños menores de 5 años, revista Boliviana, las enfermedades respiratorias son las más frecuentes con un 37% en ambos estudios las enfermedades respiratorias afectan con más frecuencia a los niños en estudio.

En el presente trabajo el 72% de las madres son amas de casa, en el estudio de desnutrición en niños menores de 5 años, revista Boliviana el 51.4% son amas de casa, por lo tanto en ambos estudios son las madres las que deciden que tipo de alimento, cantidad y frecuencia se le administra al niño, así como también los cuidados que este recibe.

De los datos obtenidos el 69.5% es de área rural, y el 30.5% es de área urbana, en el estudio de desnutrición en niños menores de 5 años, revista Boliviana, es de área urbana pertenece 47.6%, rural 8.6%, suburbana con 43.9%, en los datos obtenidos en el presente trabajo los niños que residen en el área rural son los más afectados, pero en el estudio de niños en Bolivia, los niños que residen en el área urbana es la más afectada esto puede estar relacionada debido a los cambios en los patrones de consumo tradicionales a los países desarrollados, que estos son mas frecuentes adquirirlos en el área urbana que en el área rural.

## 7. CONCLUSIONES

Al finalizar la investigación acerca de los factores que influyen en la desnutrición de los niños menores de 5 años, que consultan en las unidades de salud de Conchagua, Zoila Esperanza Turcios de Jimenez y El huisquil, del departamento de La Unión, durante los meses de agosto y septiembre de 2009. Según como se presentaron los resultados de la misma, es decir tabulación, análisis e interpretación de los datos, aplicación de pruebas estadísticas, logrando los objetivos planteados al inicio de la investigación, el grupo investigador concluye lo siguiente:

- Los factores socio-económicos y culturales influyen en la desnutrición en niños menores de 5 años.
- El factor social está relacionado a la desnutrición debido a que la población en estudio sus familias son ampliadas en un 62%, lo que conlleva a hacinamiento, menor cantidad de alimento, inadecuados cuidados, también se determino que el 69% de los cuidadores tienen bajo nivel de escolaridad lo que influye en la desnutrición debido a estudios indican que hijos de madres con nivel de educación superior tienen menor riesgo de padecer desnutrición. La mayor parte de la población en estudio tiene acceso al agua intradomiciliar, sin embargo el 85% de la población, no realizan ningún método de purificación para su consumo lo que conlleva a parasitismo intestinal, enfermedades diarreicas lo que aumenta el riesgo a padecer desnutrición.

- De la población en estudio el 69.5% pertenece al área rural, la modernización tiene relación con la urbanización y transformación de patrones de consumo tradicionales hacia patrones de países desarrollados, producto de la migración campo-ciudad.
- El factor económico en las familias es determinante ya que el 62% tiene un ingreso familiar promedio bajo el cual es de \$51.00 y \$200.00, el costo de la canasta básica es de \$159.90 en área urbana, y en área rural es de \$118.80 los ingresos de las familias no son suficiente para cubrir adecuadamente las necesidades básicas del hogar lo que los obliga a disminuir la cantidad de alimentos administrados a los niños.
- El factor cultural está relacionado con la desnutrición debido a que la cantidad y calidad de alimentos que se le administra a los niños no es el adecuado debido a que la población en estudio tiene predominancia a ingerir carbohidratos( sopa maruchan, tortilla, frijoles,pan) los alimentos se repiten durante el día y los niños no consumen frutas ni verduras. La población en estudio el 95% no utiliza adecuadamente el servicio sanitario lo que produce contaminación de los suelos y ríos y esto está directamente a parasitismo intestinal, enfermedades diarreicas.
- De las personas encuestadas el 88% manifestaron que no practican medidas higiénicas previo a la preparación de los alimentos, el 93% no realiza lavado de frutas y verduras la población no tiene buenos hábitos higiénicos lo cual se relaciona a enfermedades gastrointestinales.

- De la población en estudio la desnutrición leve es la más frecuentes con 86% lo que equivale a 85 niños de la población, seguida de la desnutrición moderada con 13% lo cual refleja 13 niños, la desnutrición severa tiene 1% lo cual es 1 niño.
- De la población en estudio el 51.5% presenta palidez palmar.
- El 92.9 % de la población no tiene conocimiento de los requerimientos nutricionales de un niño.

## **8. RECOMENDACIONES**

Basándose en las conclusiones presentadas de la investigación de los factores que influyen en la desnutrición de los niños menores de 5 años, que consultan en las unidades de salud de Conchagua, Zoila Esperanza Turcios de Jiménez y El huisquil, del departamento de La Unión, durante los meses de julio y agosto del corriente se plantean las siguientes recomendaciones:

### **AL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL**

Enfatizar en la importancia de diagnosticar la desnutrición en niños menores de 5 años y darle el seguimiento adecuado a los pacientes diagnosticados, implementando en los controles infantiles charlas acerca de los hábitos alimentarios adecuados según la edad que se recomiendan en la estrategia AIEPI.

Que a través de sus dependencias capaciten al personal médico, enfermeras, promotores de salud e inspectores sobre técnicas educativas para que la información transmitida a la población se asimile con éxito.

Realizar charlas educativas a la población sobre nutrición para que la población este informada sobre los requerimientos nutricionales de los niños.

## **AL SISTEMA BASICO DE SALUD INTEGRAL LA UNION**

- Incluir los diagnósticos de desnutrición leve, moderada, severa como reflejo del estado nutricional de los niños menores de 5 años en el tabulador diario de actividades para tener datos más específicos.
- Elaborar y ejecutar planes de educación nutricional a los responsables de los(as) niños(as) con algún grado de desnutrición.
- Realizar supervisiones mensuales sobre el abastecimiento de micronutrientes en las unidades de salud, para que no falte en el cuadro básico de las unidades de salud.

## **A LAS UNIDADES DE SALUD**

- Brindar seguimiento adecuado a los casos de desnutrición.
- Promover una adecuada alimentación desde las primeras visitas del control infantil con el fin de prevenir la incidencia de desnutrición.
- Actividades educativas con el fin de capacitar a los responsables de la alimentación de los niños menores de 5 años de cómo preparar adecuadamente los alimentos, promover la realización de huerto familiar y la siembra de árboles frutales en sus domicilios.

- Capacitar a la población sobre hábitos higiénicos, tratamiento de agua y excretas para evitar contaminación.
- Realizar una revisión del cuadro del paciente para asegurar cumplimiento de micronutrientes, esquema de vacunación, según norma de AIEPI.
- Realizar charlas educativas nutricionales para que la población sea orientada sobre los requerimientos nutricionales de los niños.
- Promotor de salud reporte a los pacientes a los cuales le ha administrado los micronutrientes o vacunación para la actualización de expediente del paciente.

## 9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. RIVERA, Claribel *“Factores que determinan el estado nutricional de los (as) menores de dos años que asisten al Programa de Vigilancia, Promoción del Crecimiento y Desarrollo, zona norte de Masaya. Nicaragua. Enero a Marzo 2006”*. Tesis. (disponible en [http://www.minsa.gob.ni/bns/tesis\\_sp/50.pdf](http://www.minsa.gob.ni/bns/tesis_sp/50.pdf)). Consultada (20/03/09).
2. UNICEF. *“Progreso para la infancia, abril 2006”*. Documento. (Disponible en <http://www.unicef.org/spanish/publications/index/.html>). Consultada (21/03/09).
3. FAO. *“Perfiles de Países de la FAO”*. Documento (disponible en <http://ftp.fao.org/es/esn/nutrition/ncp/elsmmap.pdf>) Consultada (20/03/09)
4. *Encuesta Nacional de Salud Familiar*. FESAL 2008. Informe resumido febrero de 2009.
5. IDEM
6. IDEM
7. UNICEF. *“Estado Mundial de la Infancia 2008”*. Documento. (Disponible en <http://www.unicef.org/spanish/publications/index/.html>). Consultada (21/03/09).
8. IDEM
9. ALONZO, María y otros, *“Manual Práctico de Nutrición en Pediatría”*, Madrid, España. Editorial Ergon 2007, 540 Págs.
10. PROGRAMA MUNDIAL DE ALIMENTOS, *“El costo del hambre, América Latina”*. Documento. Chile, julio 2007.

11. UNICEF. ***“Estado Mundial de la Infancia 2008”***. Documento. (Disponible en [http:// www.unicef.org/spanish/publications/index/.html](http://www.unicef.org/spanish/publications/index/.html)). Consultada (21/03/09).
12. OCEANO MOSBY, ***“Diccionario de Medicina”***, 4 Edición en Español, Barcelona, España, Editorial Océano, 1504 Págs.
13. PROGRAMA MUNDIAL DE ALIMENTOS, ***“Hambre y cohesión social”***. Documento. Chile, julio 2007.
14. UNICEF, ***“Desnutrición infantil en América Latina y el Caribe”***. Documento. (Disponible en <http://www.unicef.org/spanish/publications/index/.html>). Consultada (21/03/09).
15. IDEM
16. SEGURA, José Luis, y otros, ***“Pobreza y desnutrición infantil”***, PRISMA ONGD, Perú, Septiembre 2002. 119 Págs.
17. RIVERA, Claribel ***“Factores que determinan el estado nutricional de los (as) menores de dos años que asisten al Programa de Vigilancia, Promoción del Crecimiento y Desarrollo, zona norte de Masaya. Nicaragua. Enero a Marzo 2006”***. Tesis. (disponible en [http://www.minsa.gob.ni/bns/tesis\\_sp/50.pdf](http://www.minsa.gob.ni/bns/tesis_sp/50.pdf)). Consultada (20/03/09).
18. OCEANO MOSBY, ***“Diccionario de Medicina”***, 4 Edición en Español, Barcelona, España, Editorial Océano, 1504 Págs.
19. PROGRAMA MUNDIAL DE ALIMENTOS, ***“El costo del hambre, América Latina”***. Documento. Chile, julio 2007.

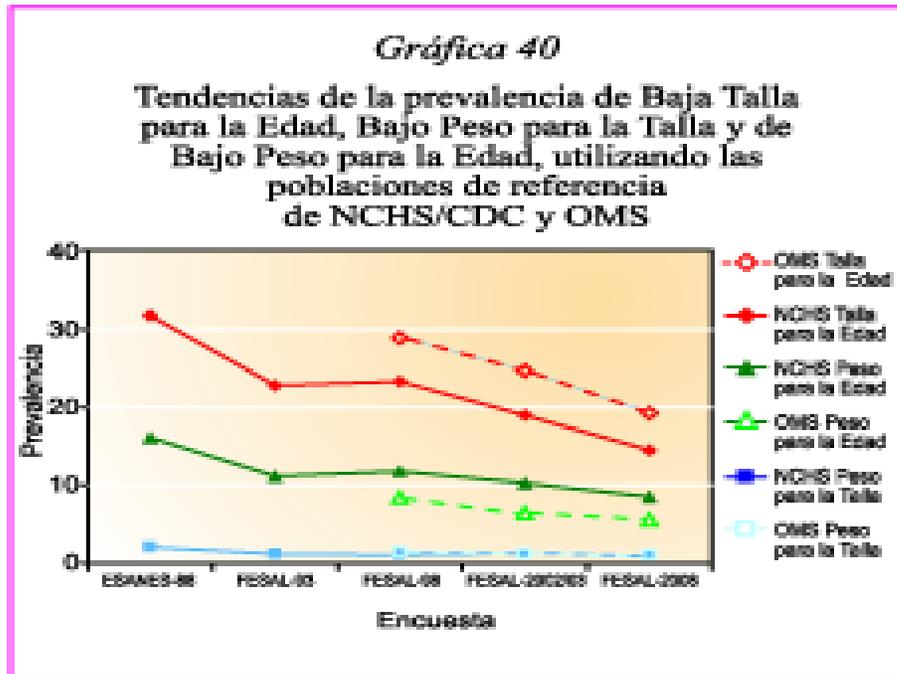
20. MENDOZA, Hugo “*El agua y la Salud de los niños de República Dominicana*”. Documento (disponible en <http://bvsdo.intec.edu.do:8080/revistas/adp/pdf>). Consultado el (28/6/09).
21. *Encuesta Nacional de Salud Familiar*. FESAL 2008. Informe resumido febrero de 2009.
22. MENDOZA, Hugo “*El agua y la Salud de los niños de República Dominicana*”. Documento (disponible en <http://bvsdo.intec.edu.do:8080/revistas/adp/pdf>). Consultado el (28/6/09).
23. RIVERA, Claribel “*Factores que determinan el estado nutricional de los (as) menores de dos años que asisten al Programa de Vigilancia, Promoción del Crecimiento y Desarrollo, zona norte de Masaya. Nicaragua. Enero a Marzo 2006*”. Tesis. (disponible en [http://www.minsa.gob.ni/bns/tesis\\_sp/50.pdf](http://www.minsa.gob.ni/bns/tesis_sp/50.pdf)). Consultada (20/03/09).
24. PROGRAMA MUNDIAL DE ALIMENTOS, “*El costo del hambre, América Latina*”. Documento. Chile, julio 2007.
25. FAO. “*Perfiles de Países de la FAO*”. Documento (disponible en <http://ftp.fao.org/es/esn/nutrition/ncp/elsmap.pdf>) Consultada (20/03/09)
26. Centro para la Defensa del Consumidor, Disponible en <http://www.cdc.org.sv>. Consultado (10/06/09).

27. Index mundi. <http://www.indexmundi.com/g/g.aspx?c=es&v=74>()=l=&es.  
Consultada 28/6/09
28. PACHECO, Héctor. ***“Desempleo afecta más jóvenes”***. Documento. (disponible en <http://www.pnud.org.sv/2007/content/view/71/123/>) consultado el 28/6/09
29. MENDOZA VAQUERANO, Luis Roberto **“situación laboral de la empresa Atunera Calvo”**. Entrevista realizada el 28/6/09.
30. RIVERA, Claribel ***“Factores que determinan el estado nutricional de los (as) menores de dos años que asisten al Programa de Vigilancia, Promoción del Crecimiento y Desarrollo, zona norte de Masaya. Nicaragua. Enero a Marzo 2006”***. Tesis. (disponible en [http://www.minsa.gob.ni/bns/tesis\\_sp/50.pdf](http://www.minsa.gob.ni/bns/tesis_sp/50.pdf)). Consultada (20/03/09).
31. SEGURA, José Luis, y otros, ***“Pobreza y desnutrición infantil”***, PRISMA ONGD, Perú, Septiembre 2002. 119 Págs.
32. ***Encuesta Nacional de Salud Familiar***. FESAL 2008. Informe resumido febrero de 2009.
33. PROGRAMA MUNDIAL DE ALIMENTOS, ***“El costo del hambre, América Latina”***. Documento. Chile, julio 2007.
34. Ulloa de G, Jaqueline, ***“Efecto del comportamiento reproductivo de la madre en el estado nutricional del niño”***. (disponible en [http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/tfgs1996/tfg\\_julloa.pdf](http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/tfgs1996/tfg_julloa.pdf)). Consultada el 28/6/09.
35. Idem

36. UNICEF. **“Progreso para la Infancia”**. Documento. (Disponible en <http://www.unicef.org/spanish/publications/index/.html>). Consultada (21/03/09).
37. RIVERA, Claribel **“Factores que determinan el estado nutricional de los (as) menores de dos años que asisten al Programa de Vigilancia, Promoción del Crecimiento y Desarrollo, zona norte de Masaya. Nicaragua. Enero a Marzo 2006”**. Tesis. (disponible en [http://www.minsa.gob.ni/bns/tesis\\_sp/50.pdf](http://www.minsa.gob.ni/bns/tesis_sp/50.pdf)). Consultada (20/03/09).
38. MASTRANGELO, Andrea, **“Nutrición Crecimiento y desarrollo”**. Documento. Disponible en <http://mastrangelo.pdf>. (Consultado el 15/06/09).
39. PROGRAMA MUNDIAL DE ALIMENTOS, **“El costo del hambre, América Latina”**. Documento. Chile, julio 2007.
40. RIVERA, Claribel **“Factores que determinan el estado nutricional de los (as) menores de dos años que asisten al Programa de Vigilancia, Promoción del Crecimiento y Desarrollo, zona norte de Masaya. Nicaragua. Enero a Marzo 2006”**. Tesis. (disponible en [http://www.minsa.gob.ni/bns/tesis\\_sp/50.pdf](http://www.minsa.gob.ni/bns/tesis_sp/50.pdf)). Consultada (20/03/09).
41. **Encuesta Nacional de Salud Familiar**. FESAL 2008. Informe resumido febrero de 2009.
42. BEHRMAN, R.E. y otros, **Nelson Tratado de Pediatría**. 18 Ed. Barcelona, España. Elsevier Saunders. 2009. 2,999 Págs.

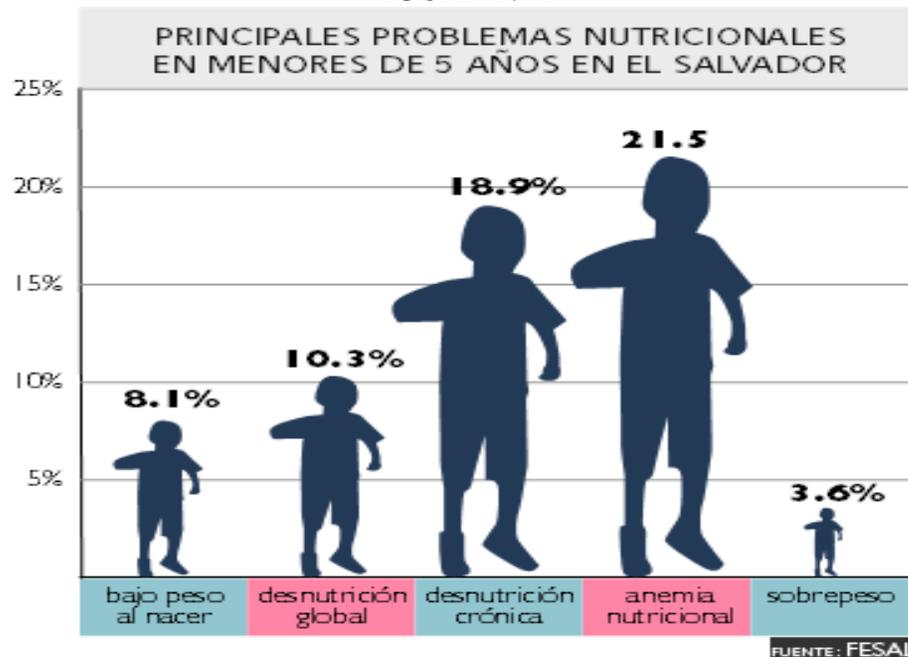
43. ALONZO, María y otros, ***“Manual Práctico de Nutrición en Pediatría”***, Madrid, España. Editorial Ergon 2007, 540 Págs.
44. IDEM
45. RIVERA, Claribel ***“Factores que determinan el estado nutricional de los (as) menores de dos años que asisten al Programa de Vigilancia, Promoción del Crecimiento y Desarrollo, zona norte de Masaya. Nicaragua. Enero a Marzo 2006”***. Tesis. (disponible en [http://www.minsa.gob.ni/bns/tesis\\_sp/50.pdf](http://www.minsa.gob.ni/bns/tesis_sp/50.pdf)). Consultada (20/03/09).
46. ALONZO, María y otros, ***“Manual Práctico de Nutrición en Pediatría”***, Madrid, España. Editorial Ergon 2007, 540 Págs.
47. MEDICOS SIN FRONTERAS, ***“Desnutrición infantil”***. Documento. Disponible en [http:// folletodesnutricion\\_tcm3-11102.pdf](http://folletodesnutricion_tcm3-11102.pdf). (Consultado el 28/06/09).
48. SEGURA, José Luis, y otros, ***“Pobreza y desnutrición infantil”***, PRISMA ONGD, Perú, Septiembre 2002. 119 Págs.
49. QUEZADA, Arnoldo. ***“Los objetivos del milenio: algunas tareas para todos”***. Documento. (Disponible en [http:// www.scielo.cl/scielo.php](http://www.scielo.cl/scielo.php)). Consultado (02/04/09)
50. MSPAS, ***“Manual de procedimientos técnicos y administrativos del sistema de vigilancia nutricional de El Salvador”***. San Salvador, El Salvador, abril 2009.
51. MILTON, Susan. ***Estadística para Biología y Ciencias de la Salud***, 3ra. Ed. McGraw Hill interamericana. México, 2001. 592 Págs.

FIGURA N° 1



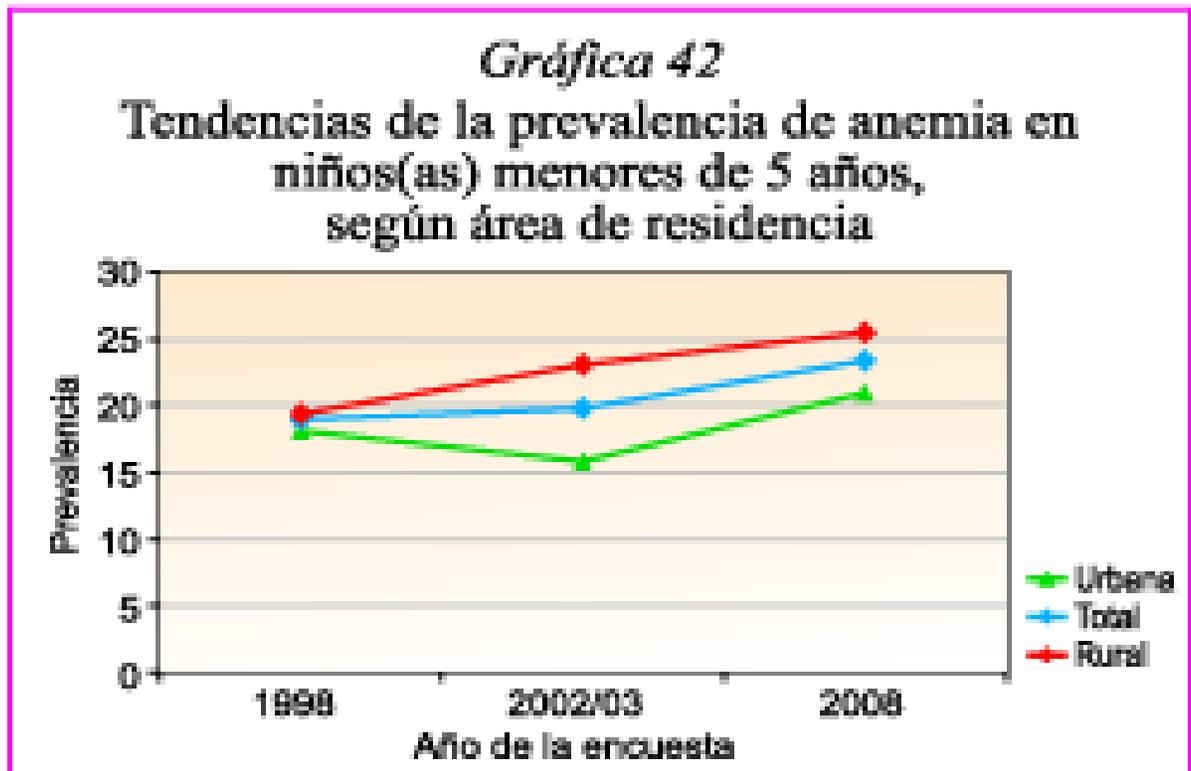
Fuente: FESAL 2008

FIGURA N° 2



Fuente: FESAL 2008

FIGURA N° 3



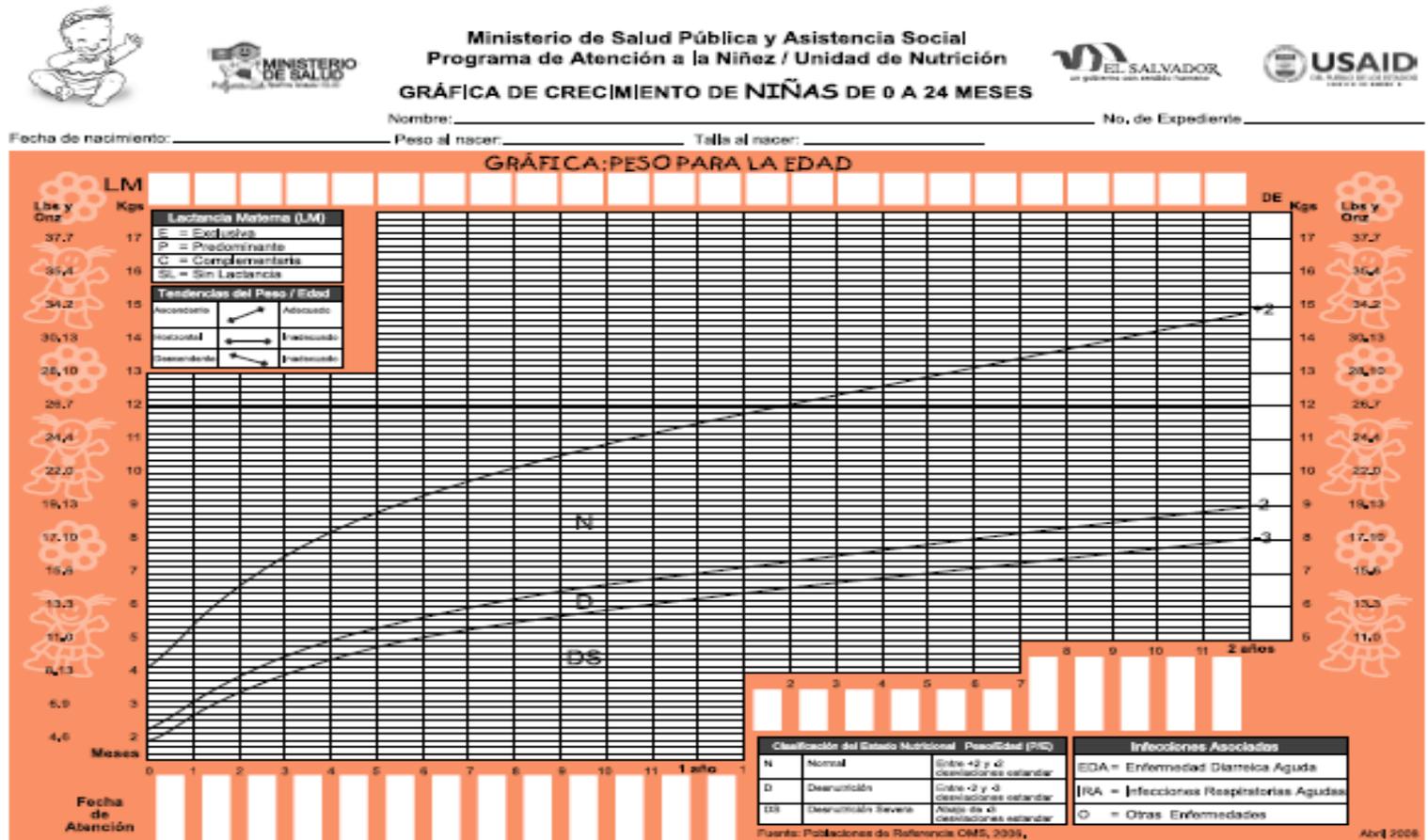
Fuente: FESAL 2008

**FIGURA No 4 SIBASI LA UNION**



Fuente: MSPAS

FIGURA No5



Fuente: MSPAS

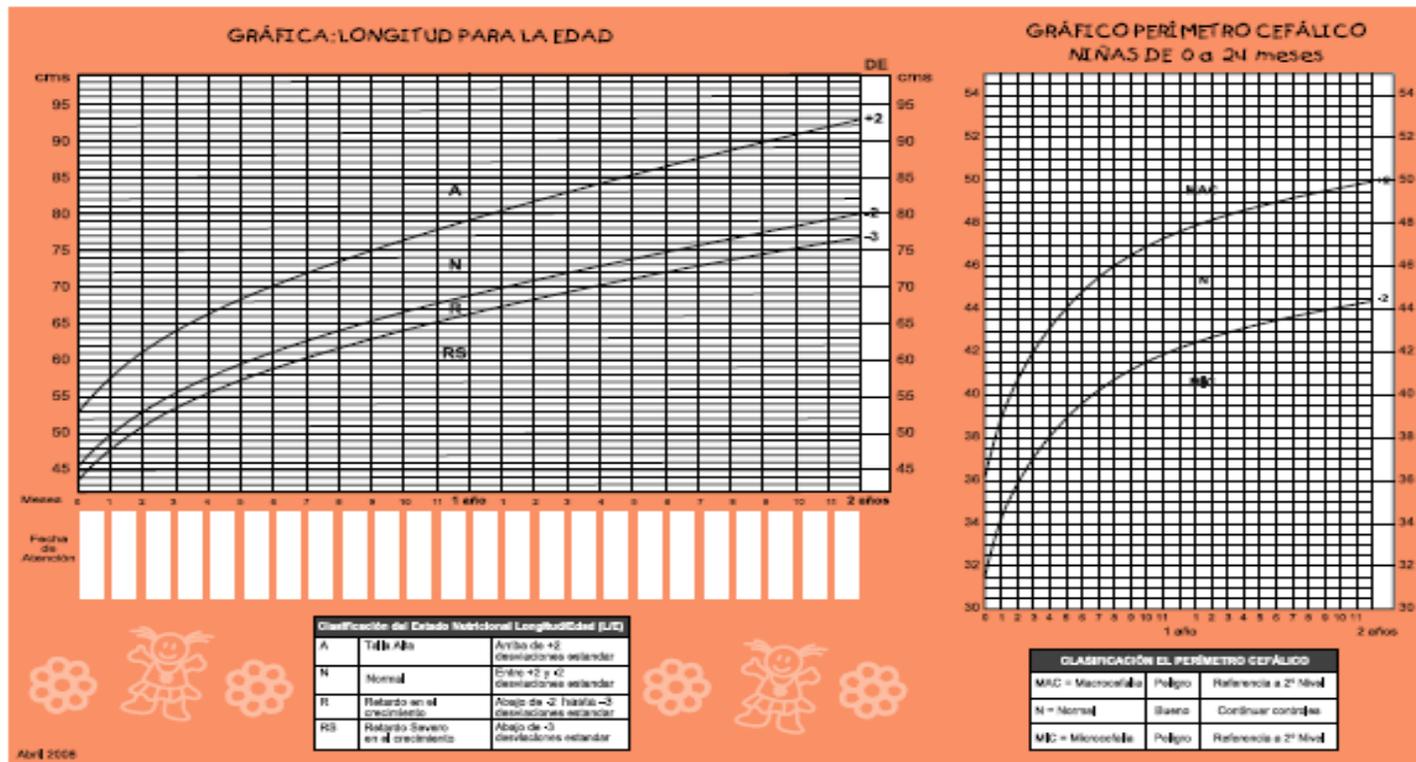
FIGURA No6



Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social  
Programa de Atención a la Niñez / Unidad de Nutrición

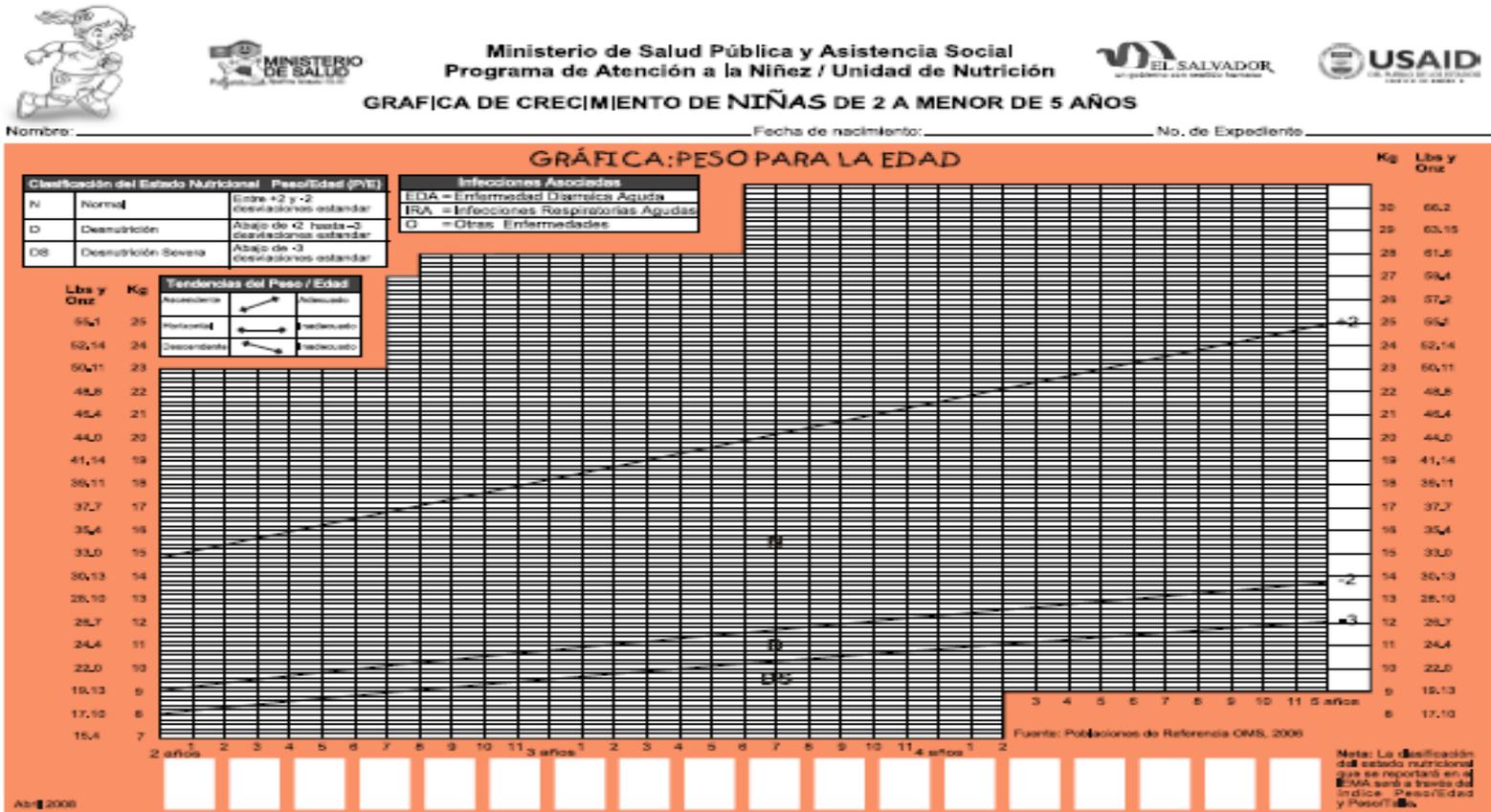


GRÁFICA DE CRECIMIENTO DE NIÑAS DE 0 A 24 MESES



Fuente: MSPAS

FIGURA No 7



Fuente: MSPAS

FIGURA No8

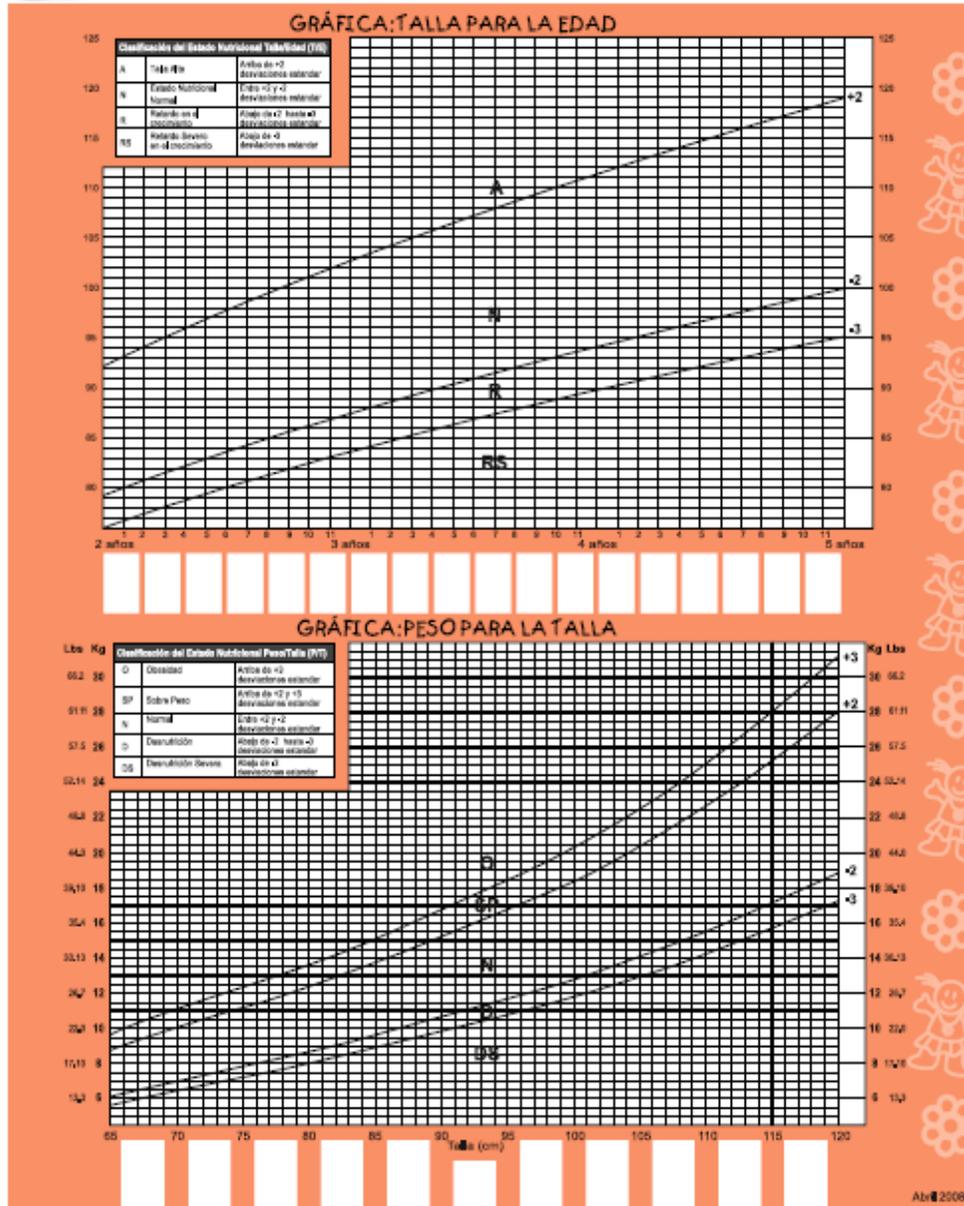


MINISTERIO DE SALUD

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social  
Programa de Atención a la Niñez / Unidad de Nutrición

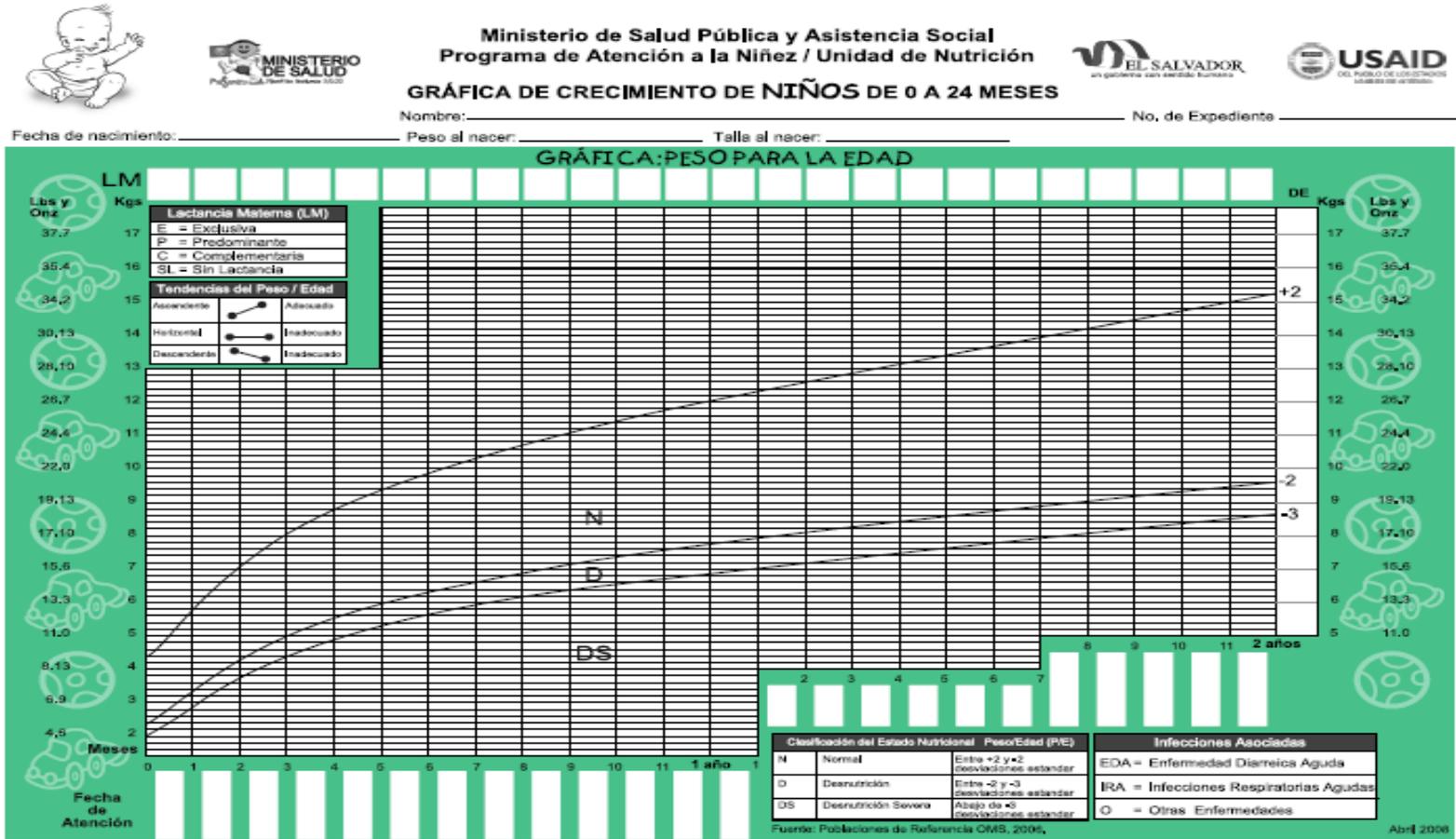
EL SALVADOR  
un país con un sentido humano

GRÁFICA DE CRECIMIENTO DE NIÑAS DE 2 A MENOR DE 5 AÑOS



Fuente: MSPAS

FIGURA No9

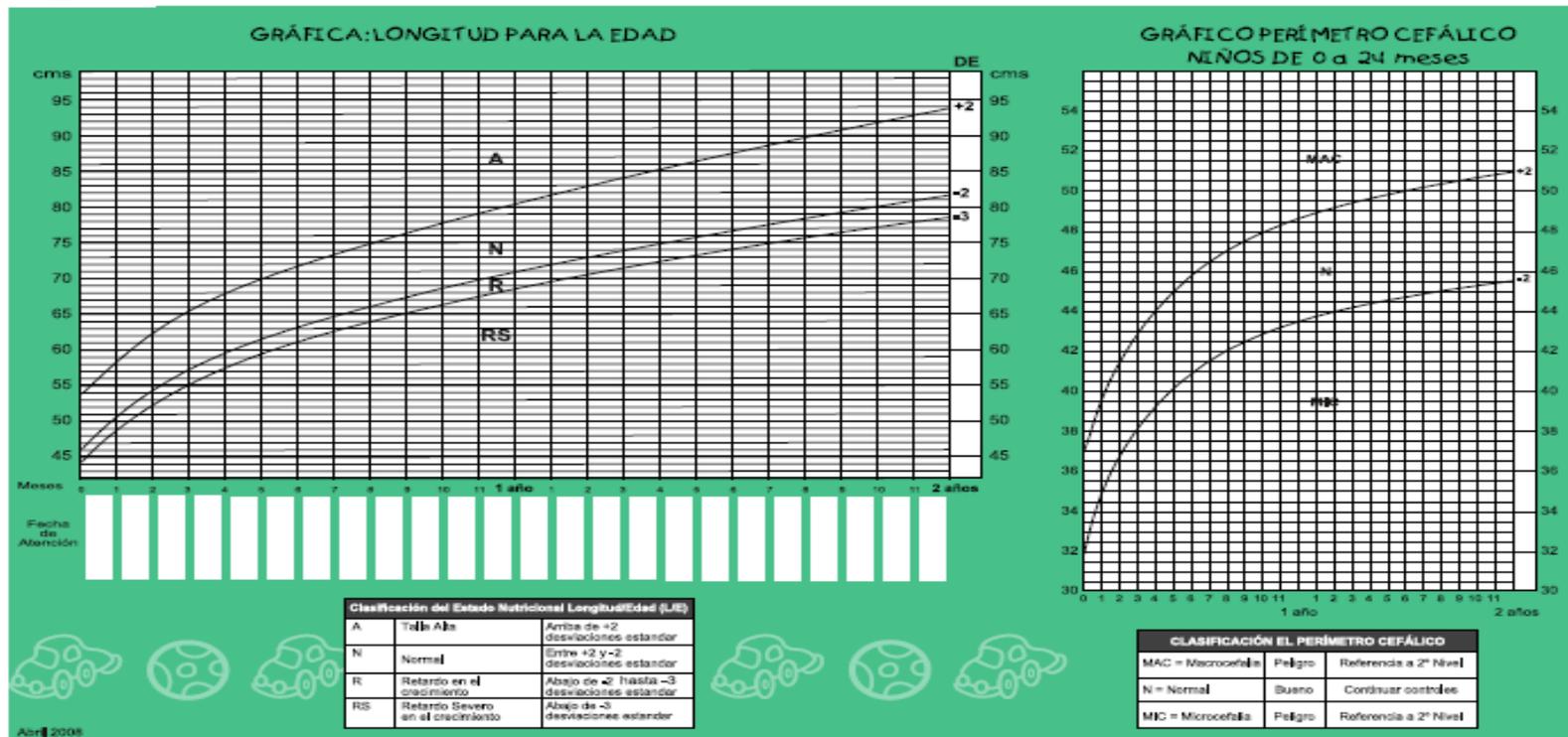


Fuente: MSPAS

FIGURA No10

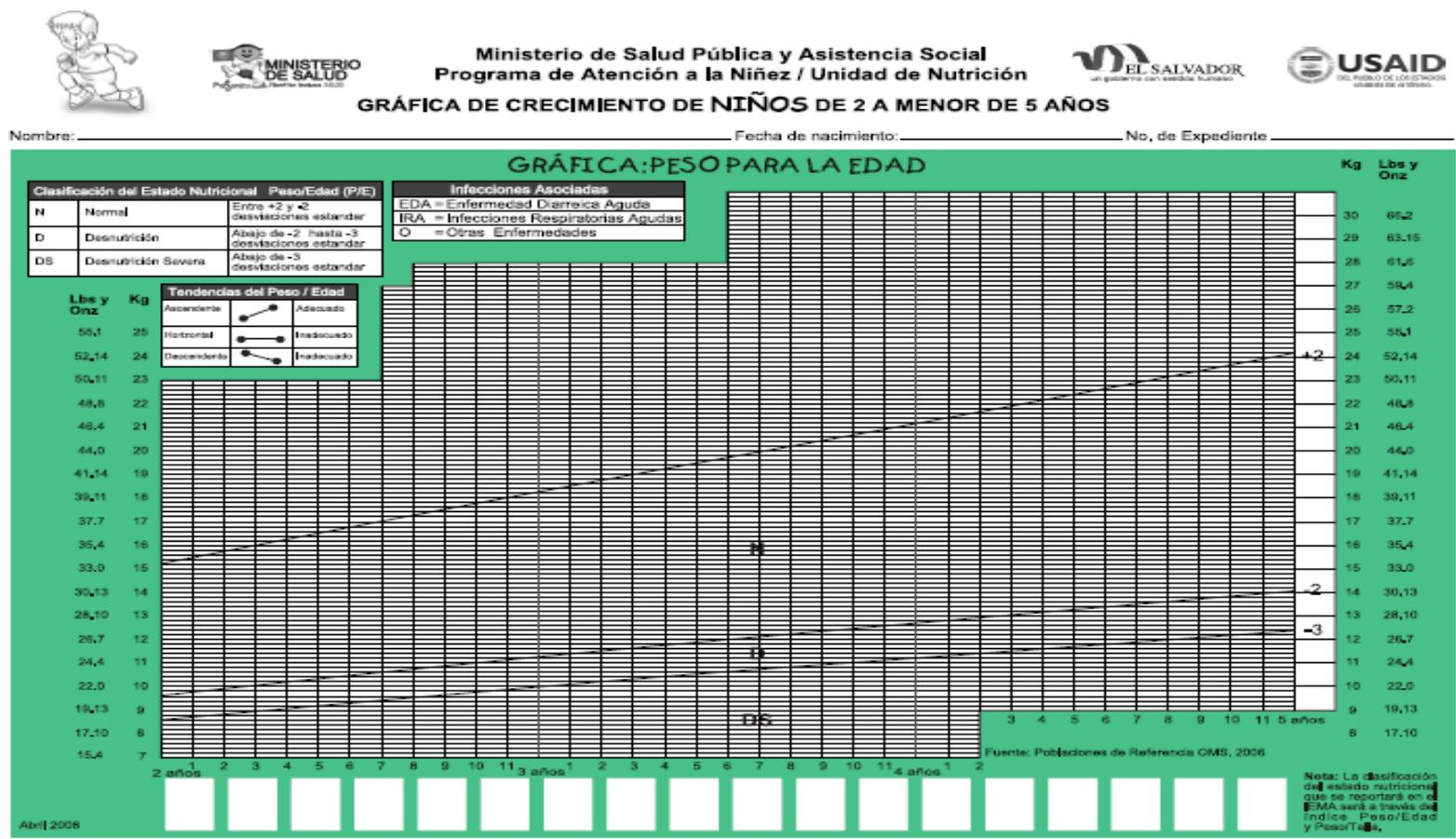


Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social  
Programa de Atención a la Niñez / Unidad de Nutrición  
GRÁFICA DE CRECIMIENTO DE NIÑOS DE 0 A 24 MESES



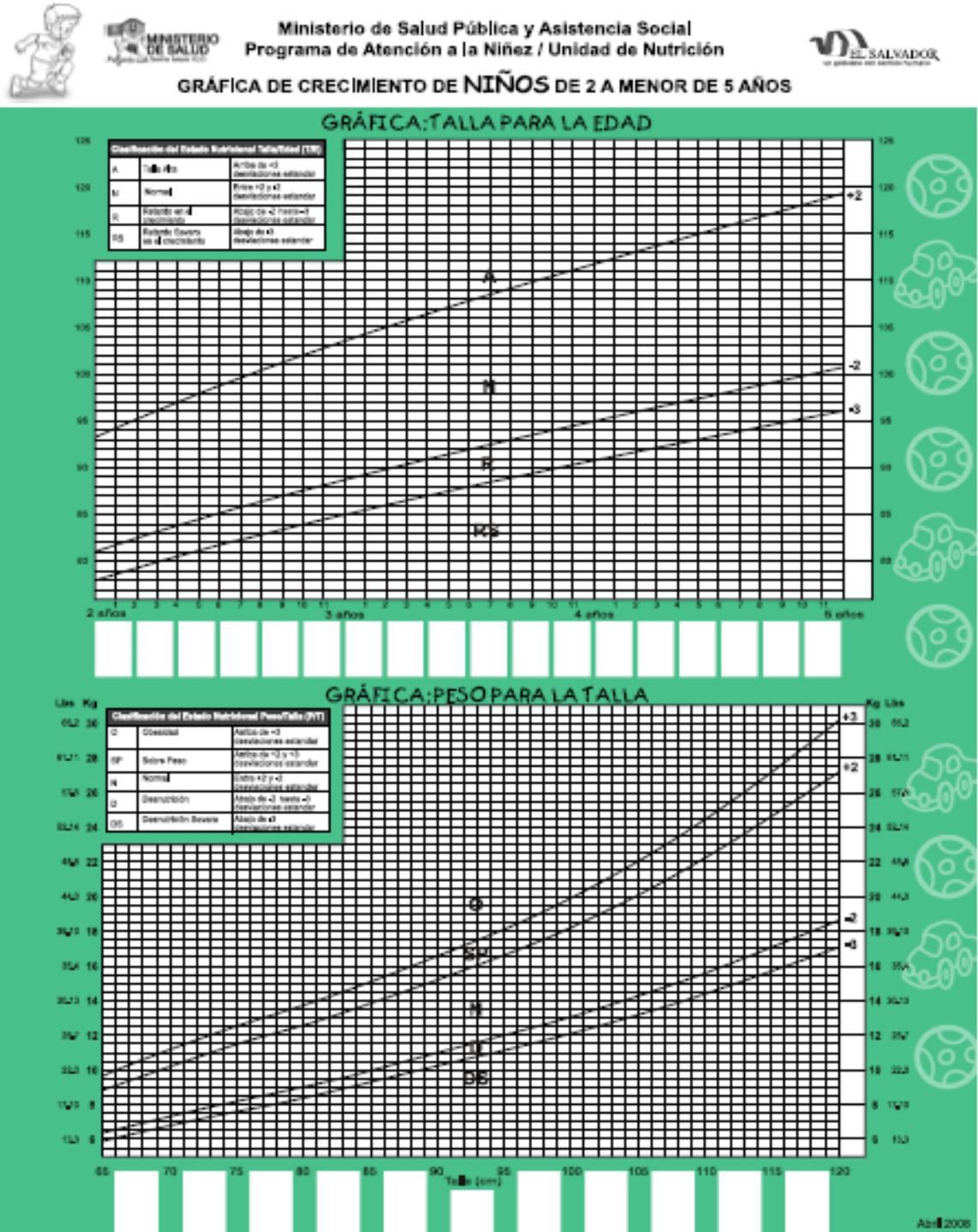
Fuente: MSPAS

FIGURA No 11



Fuente: MSPAS

FIGURA No 12



Fuente: MSPAS

ANEXO N° 1

## **GUIA PARA LA ALIMENTACIÓN RECOMENDADAS POR EL MSPAS.**

### **Menor de 6 meses de edad**

- Dar de mamar por lo menos 12 veces en las 24 horas del día.
- Amamantar a su bebe cuando muestre signos de hambre, comience a quejarse, se chupe los dedos, o mueva los labios
- En cada mamada motive a su hijo a que vacíe el pecho y luego ofrézcale mamar del otro pecho.
- No darle ninguna otra comida o líquido, la leche materna quita la sed.

### **De 6 a 8 meses de edad.**

- Dar de mamar unas 8 veces en las 24 horas del día.
- Darle por lo menos 3 cucharadas de puré espeso de frutas: guineo, papaya, mango, Cereales: arroz, frijoles, papa, plátano, Verduras: zanahoria, ayote, Productos de origen animal: pollo, pescado.
- Dar 3 tiempos de comida y dos refrigerios (2 horas antes del almuerzo y 2 horas antes de la cena) si no se alimenta de leche materna.
- Dele un alimento pequeño masticable que pueda comer usando sus dedos.

### **De 9 a 1 año**

- Dar de mamar unas 6 veces al día
- Darle por lo menos 4 cucharadas de comida espesa de la olla familiar más un  $\frac{1}{2}$  de tortilla, 3 veces al día si toma leche materna mas un refrigerio de fruta o pan dulce.
- Dar 3 tiempos de comida y 2 refrigerios si no se alimenta con leche materna
- Incluir un alimento frito al día

- Incluir los alimentos recomendados para niños 6 a 8 meses e introducir nuevo alimentos
- Ofrecer alimentos que pueda agarrar con sus dedos.

#### **De 1 año a menor 2 años**

- Darle por lo menos 5 cucharadas de comida de olla familiar, mas media tortilla, 3 veces al día.
- Darle dos refrigerios de fruta o pan dulce o de la comida que tenga
- Incluir un alimento frito al día
- Darle de mamar unas 4 o 5 veces al día
- Continuar con la introducción de nuevos alimentos

#### **De 2 años a más.**

- Darle por lo menos  $\frac{1}{2}$  taza de comida de la olla familiar, mas media tortilla, 3 veces al día
- Darle 2 refrigerios de fruta o pan dulce o de la comida que tenga
- Incluir un alimento frito al día.
- Dar de tomar atol fortificado con vitaminas y minerales
- Continuar con la introducción de nuevos alimento

**ANEXO No 2**

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA



**GUÍA DE EVALUACIÓN Y REVISIÓN DE EXPEDIENTE DE LOS  
MENORES DE 5 AÑOS CON DESNUTRICIÓN. N:\_\_\_\_\_**

**OBJETIVOS:**

- Clasificar el grado de desnutrición de los niños objeto de estudio.
- Identificar signos constitucionales de desnutrición.
- Determinar el nivel de atención en salud.

Unidad de Salud:\_\_\_\_\_

Edad:\_\_\_\_\_

Sexo: M  F

Peso:\_\_\_\_\_

Talla: \_\_\_\_\_

1- Tipo de desnutrición: Leve:  Moderada:  Severa:

2- Signos de desnutrición:

Cabello opaco, quebradizo, seco: Si  No

Signo de la bandera: Si  No

Pómulos resaltados: Si  No

Hundimiento de las mejillas: Si  No

Distensión abdominal: Si  No

Palidez palmar: Si  No

Si la respuesta anterior fue Si, que grado de palidez tiene

Leve  Moderada  Severa

Presencia de edema: Si  No

Si la respuesta anterior es Si, en que lugar presenta el edema:

Pie  Tibia  Párpados

### 3. Atenciones brindadas al niño (según datos de expediente)

Esquema de vacunación completo para la edad, según AIEPI: Si  No

Se le han administrado micronutrientes según el esquema AIEPI: Si  No

Asiste a control infantil según la norma de AIEPI: Si  No

La mayoría de las consultas son por: Morbilidades  Controles

Observación: \_\_\_\_\_

### ANEXO No. 3

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA



#### **CEDULA DE ENTREVISTA DIRIGIDA A LOS RESPONSABLES DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON ALGÚN GRADO DE DESNUTRICIÓN.**

Nº \_\_\_\_\_

Objetivos:

- Identificar los factores que influyen con mayor frecuencia en la desnutrición de los niños en investigación.
- Identificar los patrones de consumo alimentario en la familia y conocer la influencia que tienen los patrones alimentarios inadecuados en la desnutrición.

1. Cómo fue el peso del niño al nacer: Normal  Bajo  No sabe

2. Que enfermedades padece con mayor frecuencia

Enfermedades diarreicas  Enfermedades respiratorias

Parasitismo  Anemia

Otras: \_\_\_\_\_

3. Ha presentado complicaciones por alguno de los padecimientos antes mencionados:

Si  No  Que tipo de complicaciones: \_\_\_\_\_

4. Brindó lactancia materna: Si  No

5. Lactancia materna actual: Si  No

6. Que alimento le administra al niño menor de 6 meses:

a) Lactancia materna exclusiva  b) Lactancia materna más fórmula

c) Únicamente fórmula  d) Fórmula y comida

e) Lactancia materna más comida

7. Cuantas veces al día come el niño (incluye tiempos de comida y refrigerios):

a) 1  b) 2  c) 3  d) 4  e) 5 o más

8. Cuantas cucharadas come el niño en un tiempo de comida:

a) De 6 a 8 meses (3 cucharadas de puré espeso) Si  No

b) De 9 meses a 1 años (4 cucharadas de comida espesa) Si  No .

c) De 1 año a 2 años (5 cucharadas de comida de la olla familiar) Si  No .

d) De 2 años a mas (por lo menos ½ taza de comida de la olla familiar) Si

No .

9. Recordatorio de la ingesta de alimentos del día anterior:

Desayuno: \_\_\_\_\_

Almuerzo: \_\_\_\_\_

Cena: \_\_\_\_\_

Le da refrigerios: \_\_\_\_\_

10. Qué tipo de familia tiene el niño: Nuclear  Ampliada

11. Cuantas personas viven en la casa:

a) 3  b) 4  c) 5  d) 6 o mas

12. Integración familiar: Integrada  Desintegrada

13. Edad materna:

a) 12-19  b) 20- 29  c) 30 o mas

14. Estado familiar de la madre:

a) Soltera  b) Casada  c) Acompañada

d) Viuda  e) Divorciado  f) Separada

15. Cuántos hijos tiene la madre del niño:

a) 1 b) 2 c) 3 d) 4 o más

16. De quien depende económicamente la familia:

Madre  Padre  Otro familiar

17. Trabaja fuera del hogar la madre: a) Si  b) no

18. Quien cuida al niño:

a) Madre  b) Padre  c) Familiar  d) Cuidador no familiar

19. Edad del cuidador del niño:

a) < 20  b) 20 a 29  c) 30 a 39

d) 40 a 49  e) 50 a 59  f) > 60

20. Sexo del cuidador: M  F

21. Nivel de escolaridad del responsable del niño: sabe leer y escribir

Ninguno  1ro a 3er grado  4to a 6to. grado  7mo a 9no

grado  Bach.  Técnico  Universitario

22. Ocupación de la persona que cuida al niño:

Ama de casa

Empleado(a)

Comerciante

Agricultor

Estudiante

Empleado informal

Ninguna

23. De cuanto es el ingreso familiar promedio mensual en la casa del niño:

a) < de \$50

b) \$51 a \$100

c) \$101 a \$200

d) \$201 a \$300

e) > \$300

24. Distribución Familiar de los ingresos:

Servicios básicos \_\_\_\_\_

Alimentación \_\_\_\_\_

Gastos médicos \_\_\_\_\_

Vestuario \_\_\_\_\_

25. En la familia hay conducta de riesgo: a) Alcoholismo  b) Drogadicción

c) Prostitución

d) Violencia Familiar

26. Cuantos niños menores de 5 años habitan en el hogar:

a) 1

b) 2

c) 3

d) 4 o más

27. Procedencia: Urbana  Rural

28. ¿Posee servicio de agua intradomiciliar?: Si  No

29. ¿Le da tratamiento al agua de consumo? Si  No

30. ¿Qué tipo servicio sanitario posee?: a) Foso seco  b) Lavable

c) Abonera

d) No tiene

31. Si posee servicio sanitario: lo utiliza adecuadamente: Si  No .

32. En el hogar realizan actividades para su autoabastecimiento: Si  No

33. Que actividades realizan:

Crianza de animales

Cultivo de huerto familiar

Cultivo de granos básicos

Poseen árboles frutales

34. Tiene conocimientos sobre nutrición infantil: Si  No

35. Actividades realizadas previo a la preparación de alimentos:

a) lavarse las manos para cocinar Si  No

b) lavado de frutas y verduras Si  No

c) tiene diferentes utensilios para manipular comida cruda y la cocida Si

No

Observaciones \_\_\_\_\_

### Anexo No 4 Presupuesto

No.	Rubros	Feb.	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sep.	Octubre	Nov.	Dic.	Enero	Feb.	Total
	1.Materiales y suministros de oficina														
6	Resmas de Papel bond	\$3.5		\$3.5	\$3.5	\$3.5						\$ 3.5		\$3.5	\$21.00
408	Fotocopias			\$15		\$5	\$12.24								\$32.24
15	Folders Tamaño carta			\$1.05		\$1.20									\$2.25
1	Bolígrafos( caja)			\$1.25											\$1.25
1	Grapas (caja)		\$1												\$1
15	Fasteners			\$1.50			\$1.50								\$3.00
7	Anillados			\$2.00			\$2.00							\$10	\$14.00
9	Empastados													\$72	\$72.00
	2.Materiales y suministros informáticos														
1	Computadora HP,4GB, 300 RAM					\$770									\$770
3	Tinta para impresora		\$30			\$30				\$30				\$30	\$120
10	Impresiones			\$17		\$16						\$70			\$103
	Internet	\$62	\$62	\$62	\$62	\$62	\$62	\$62	\$62	\$62	\$62	\$62	\$62	\$62	\$806
1	USB KINGSTON 2 G					\$8									\$8
	3. Transporte						\$60	\$120	\$60						\$240
	4.Viáticos														
	5.Consumo telefónico														
	6.Energía eléctrica	\$ 30	\$ 30	\$30	\$30	\$30	\$30	\$30	\$ 30	\$30	\$30	\$30	\$30	\$ 30	\$390
	7. Imprevisto (10%)														\$258.37
	<b>TOTAL</b>	<b>\$95.5</b>	<b>\$123</b>	<b>\$133.3</b>	<b>\$95.5</b>	<b>\$925.7</b>	<b>\$167.74</b>	<b>\$212</b>	<b>\$152</b>	<b>\$122</b>	<b>\$92</b>	<b>\$165.5</b>	<b>\$92</b>	<b>\$207.5</b>	<b>\$2583.74</b>



## **Anexo No 6**

### **GLOSARIO**

**Antropometría:** la ciencia que estudia las medidas del cuerpo humano, con el fin de establecer diferencias entre individuos, grupos, razas.

**Desarrollo psicomotor:** es el proceso continuo a lo largo del cual el niño adquiere progresivamente las habilidades que le permitirán una plena interacción con su entorno.

**Emaciación:** bajo peso para la estatura, que por lo general es el resultado de la una disminución del peso debido a un período reciente de inanición o una enfermedad grave.

**Empleado informal:** Se caracteriza por constituir la relación laboral sin cumplir las formalidades legales. Conformar relaciones laborales en las que habitualmente el trabajo se encuentra totalmente desprotegido frente al empleador, en una posición de máxima debilidad y mínima (o nula) capacidad de negociación, que lo ubican cerca de la esclavitud.

**Familia ampliada:** Grupo familiar constituido por los padres biológicos, sus hijos, los abuelos y demás miembros de la familia.

**Hacinamiento:** proporción de ocupantes de viviendas con más de 3 personas por habitación.

**Incidencia:** se define como el número de casos nuevos de una enfermedad que se desarrollan en una población durante un período de tiempo determinado.

**Insuficiencia ponderal:** bajo peso para la edad, que refleja un estado resultante de una insuficiente alimentación.

**Micronutrientes:** sustancia orgánica bien una vitamina o un elemento químico como el zinc o yodo, del que solo se requieren en pequeñas cantidades para los procesos fisiológicos normales del cuerpo.

**Múltipara:** mujer que ha dado a luz más de un hijo viable.

**Primípara:** mujer que pare por primera vez.

**Prevalencia:** proporción de casos nuevos y viejos de cierta enfermedad, en una población determinada, en un tiempo determinado.

**Prematurez:** producto que nace antes de las 37 semanas de gestación.

**Puericultura :** Puericultura del lat. Puer, pueros, pueri, niño y cultura, cultivo o cuidado; lleva en su misma comprensión etimológica el significado exacto. Comprende el conocimiento y la práctica de todas aquellas normas que conducen a evitar la enfermedad; asegurar un desarrollo psicológico del niño y del adolescente; y conseguir el máximo valor de sus capacidades y potencias.

**Retraso de talla constitucional.** Se aplica este término a niños que son pequeños porque tienen una maduración más lenta que lo normal. Se ve preferentemente en

varones con talla de nacimiento normal, que desaceleran su velocidad de crecimiento después de los 6 meses, estabilizando su curva alrededor de los dos a tres años. Posteriormente crecen con velocidad normal, por un canal situado por debajo de -2 DE pero paralelo a la curva normal. La talla y edad ósea se atrasan proporcionalmente entre 2 y 4 años.

**Sucedáneos de la leche materna:** Producto alimenticio que se presenta como sustituto parcial o total de la leche materna, sea o no adecuado para ese fin.

**Tasa de mortalidad infantil (TMI):** es el número de defunciones de niños menores de un año por cada 1,000 nacidos vivos en un determinado año.