

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



INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN:

**PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS
INSCRITOS EN EL PROGRAMA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS
ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA EN LAS UNIDADES
COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR DE SAN PEDRO CHIRILAGUA Y
ULUAZAPA EN SAN MIGUEL Y PERIFÉRICA DE SANTA ROSA DE LIMA
EN LA UNIÓN. PERIODO DE 2010 A 2012.**

PRESENTADO POR:

**SABIER ARGUETA PORTILLO
SANTOS ALEXIS BENÍTEZ HERNÁNDEZ
RHINA ALEXANDRA CANO QUEZADA**

PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE:

DOCTORADO EN MEDICINA

DOCENTE ASESOR:

DR. HORACIO GARCÍA ZARCO

FEBRERO DE 2013

SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTRO AMÉRICA.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES

INGENIERO MARIO ROBERTO NIETO LOVO

RECTOR

MAESTRA ANA MARIA GLOWER DE ALVARADO

VICERRECTORA ACADEMICA

(PENDIENTE DE ELECCIÓN)

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

DOCTORA ANA LETICIA ZA VALETA DE AMAYA

SECRETARIA GENERAL

LICENCIADO FRANCISCO CRUZ LETONA

FISCAL GENERAL

FACULTAD MULTIDICCIPLINARIA ORIENTAL

AUTORIDADES

MAESTRO CRISTOBAL HERNÁN RÍOS BENÍTEZ

DECANO

LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DÍAZ

VICE DECANO

MAESTRO JORGE ALBERTO ORTEZ HERNÁNDEZ

SECRETARIO

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

DOCTOR FRANCISCO ANTONIO GUEVARA GARAY

JEFE DEL DEPARTAMENTO

MAESTRA ELBA MARGARITA BERRIOS CASTILLO

COORDINADORA GENERAL DE PROCESO DE GRADUACION

MAESTRA SONIA MARGARITA DEL CARMEN MARTÍNEZ PACHECO

MIEMBRO DE LA COMISIÓN COORDINADORA

MAESTRA OLGA YANETT GIRÓN DE VÁSQUEZ

MIEMBRO DE LA COMISIÓN COORDNADORA

ASESORES

DOCTOR HORACIO GARCIA ZARCO

DOCENTE ASESOR

MAESTRA ELBA MARGARITA BERRIOS CASTILLO

MAESTRA SONIA MARGARITA DEL CARMEN MARTÍNEZ PACHECO

MAESTRA OLGA YANETT GIRÓN DE VÁSQUEZ

ASESORAS DE METODOLOGÍA

LICENCIADA VILMA YOLANDA CONTRERAS ALFARO

ASESORA DE ESTADÍSTICA

JURADO CALIFICADOR

DOCTOR HORACIO GARCIA ZARCO

DOCENTE ASESOR

DOCTORA NORMA OSIRIS SÁNCHEZ DE JAIME

JURADO CALIFICADOR

DOCTORA PATRICIA ROXANA SAADE STECH

JURADO CALIFICADOR

Sabier Argueta Portillo

Carnet N°: AP04016

Santos Alexis Benítez Hernández

Carnet N°: BH04005

Rhina Alexandra Cano Quezada

Carnet N°: CQ04001

**PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
INSCRITOS EN EL PROGRAMA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS
ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA EN LAS UNIDADES
COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR DE SAN PEDRO CHIRILAGUA Y
ULUAZAPA EN SAN MIGUEL Y PERIFÉRICA DE SANTA ROSA DE LIMA
EN LA UNIÓN. PERIODO DE 2010 A 2012**

Este trabajo de investigación fue **revisado, evaluado y aprobado** para la obtención del título de Doctor(a) en Medicina por la Universidad de El Salvador

Dr. Horacio García Zarco

Dra. Norma Osiris Sánchez de Jaime

Docente Asesor

Jurado Calificador

Dra. Patricia Roxana Saade Stech

Jurado Calificador

Mtra. Sonia Margarita del Carmen Martínez Pacheco

Mtra. Olga Yanett Girón de Vásquez

Miembro de la Comisión Coordinadora

Miembro de la Comisión Coordinadora

Mtra. Elba Margarita Berrios Castillo

Coordinadora General de Proceso de Graduación

del Departamento de Medicina

Vo.Bo. Dr. Francisco Antonio Guevara Garay

Jefe del Departamento de Medicina

San Miguel, El Salvador, Centro América, febrero 2013

Se agradece por su contribución para el desarrollo de este trabajo a:

Srita. Paula Elisa Cuadra, enfermera de UCSF Uluazapa

Srita. Rosa Hernández Maltés, secretaria de UCSF Santa Rosa de Lima.

Ministerio de Salud.

Sabier Argueta portillo

Santos Alexis Benítez Hernández

Rhina Alexandra Cano Quezada

Se dedica este trabajo a **Dios Todopoderoso** por darme la vida, la paciencia, tolerancia y fortaleza para llegar a coronar mi carrera profesional, confiando en que su palabra dice “Todo lo puedo en Cristo que me fortalece” Filipenses 4:13, el cual, ha sido el pasaje que me ha ayudado a sobrellevar cada momento en estos años de estudio.

A mi madre y a mi padre que desde el primer momento que se dieron cuenta de mi decisión de estudiar medicina, me brindaron todo su apoyo y sus recursos, en todos los sentidos, gracias porque nunca me han abandonado y han estado conmigo en todos mis sufrimientos y logros a lo largo de la carrera, son un regalo de Dios.

Gracias a mis hermanos Faby y Tito, porque han sido mis paños de lágrimas y con quienes más he compartido muchas alegrías, son mis niños.

Mi abuelita Pasita que siempre me ha llevado en sus oraciones.

Mis amigas y amigos que nunca terminaría de mencionarlos, pero en especial a “Las Chicas Superpoderosas” (Keny, Elo y Caro), siempre juntas desde el primer año y seguimos juntas, aunque en situaciones diferentes pero son mis hermanas, las quiero.

Y finalmente gracias a mis maestros, tutores, docentes, a cada uno que ha brindado su granito de arena para guiarme en mi formación y a cada uno de los pacientes, en quienes he aprendido la mayoría de lo poco que hoy sé y que me ha ayudado para ser una mejor médico. Dios les bendiga a todos.

Rhina Alexandra Cano Quezada.

Se dedica este trabajo a:

A DIOS TODOPODEROSO:

Por darme la fortaleza y la sabiduría para lograr culminar esta carrera.

A MIS QUERIDOS PADRES:

María Portillo de Argueta y Mariano Argueta Henríquez, por inculcarme buenos valores morales y humanos, además de apoyarme incondicionalmente por su esfuerzo, apoyo y dedicación para culminar con éxito mi carrera.

A MIS HERMANOS:

A todos mis hermanos Marcelo, Edwin y Evelin Argueta por colaborar conmigo en todo cuanto necesité, por su apoyo y confianza.

A MIS DOCENTES:

Porque en todo momento estuvieron guiándonos en el proceso de investigación, por su tiempo y dedicación.

A MIS COMPAÑEROS DE TESIS:

Por haberme apoyado siempre en el desarrollo del trabajo de tesis.

SABIER ARGUETA PORTILLO.

Se dedica este trabajo a:

A DIOS TODOPODEROSO:

Por darme sabiduría y paciencia para alcanzar esta meta, ya que sin su voluntad nunca hubiera sido posible.

A MIS QUERIDOS PADRES:

Antonia Prudencia Hernández y José Santos Benítez González, por su sacrificio, su esfuerzo, apoyo y dedicación para culminar con éxito mi carrera, por la fortaleza que cada día me brindaron para continuar adelante hasta lograr esta meta que hoy también es de ellos.

A MI HERMANO:

Juan Adalberto Benítez Hernández por su apoyo y confianza incondicional también comparto la alegría de lograr este triunfo con él.

A MIS DOCENTES:

Porque en todo momento estuvieron guiándonos en el proceso de investigación, por su tiempo y dedicación.

A MIS COMPAÑEROS DE TESIS:

Por haberme apoyado siempre en el desarrollo del trabajo de tesis.

Finalmente a todas las personas que contribuyeron con su apoyo y colaboración y me han permitido alcanzar mi meta.

SANTOS ALEXIS BENÍTEZ HERNÁNDEZ.

TABLA DE CONTENIDOS

	PÁG.
LISTA DE TABLAS.....	xiv
LISTA DE GRÁFICOS.....	xvi
LISTA DE ANEXOS.....	xviii
RESUMEN.....	xix
1. INTRODUCCIÓN.....	20
1.1 Antecedentes del problema.....	20
1.2 Enunciado del problema.....	23
1.3 Justificación del estudio.....	24
1.4 Objetivos de la Investigación.....	26
2. MARCO TEÓRICO.....	27
3. SISTEMA DE HIPÓTESIS.....	41
4. DISEÑO METODOLÓGICO.....	48
5. RESULTADOS.....	59
6. DISCUSIÓN.....	106
7. CONCLUSIONES.....	108
8. RECOMENDACIONES.....	110
9. BIBLIOGRAFIA.....	113

LISTA DE TABLAS	PÁG.
Tabla 1: Intensidad de la desnutrición.....	32
Tabla 2: Población total de los establecimientos de estudio.....	49
Tabla 3: Muestra y sub muestra por establecimiento.....	52
Tabla 4: Edad de la madre.....	59
Tabla 5: Procedencia.....	61
Tabla 6: Estado familiar de la madre o responsable.....	62
Tabla 7: Nivel de escolaridad de la madre o responsable.....	64
Tabla 8: Edad del niño o niña.....	65
Tabla 9: Sexo del niño o niña.....	67
Tabla 10: Tendencia de peso del niño o niña.....	69
Tabla 11: Estado nutricional del niño o niña.....	70
Tabla 12: Conocimiento sobre desnutrición.....	72
Tabla 13: Conocimiento del peso del niño o niña.....	73
Tabla 14: Enfermedades más frecuentes en los niños.....	75
Tabla 15: Lactancia materna exclusiva.....	76
Tabla 16: Tipo de vivienda donde viven.....	78
Tabla 17: Número de personas que habitan la vivienda.....	79
Tabla 18: Miembros de la familia que trabajan.....	81
Tabla 19: Ingreso mensual de la familia.....	82

Tabla 20: Familias que reciben otros ingresos.....	84
Tabla 21: Tipo de religión.....	85
Tabla 22: Tipo de letrina.....	87
Tabla 23: Familias que cuentan con agua potable.....	88
Tabla 24: Familias que cuentan con energía eléctrica.....	90
Tabla 25: Familias que cuentan con servicio de drenaje de aseo.....	91
Tabla 26: Lugar donde guardan los alimentos.....	93
Tabla 27: Lugar donde consultan si el niño se enferma.....	94
Tabla 28: Tipo de alimentación predominante.....	96
Tabla 29: Niños con desnutrición en los años 2010 a 2012.....	99
Tabla 30: Casos de desnutrición en las UCSF de estudio por rango de edad	
En los años 2010 a 2012.....	99
Tabla 31: Casos de desnutrición en las UCSF de estudio por sexo.....	100
Tabla 32: Tipo de vivienda.....	102
Tabla 33: Pruebas de chi-cuadrado tipo de vivienda.....	102
Tabla 34: Tipo de letrina.....	103
Tabla 35: Pruebas de chi-cuadrado tipo de letrina.....	103
Tabla 36: Factor Socioeconómico.....	104
Tabla 37: Pruebas de chi-cuadrado factor socioeconómico.....	104

LISTA DE GRÁFICOS	PÁG.
Gráfico 1: Edad de la madre.....	60
Gráfico 2: procedencia.....	62
Gráfico 3: Estado Familiar.....	63
Gráfico 4: Escolaridad de la madre o responsable.....	65
Gráfico 5: Edad del niño o niña.....	67
Gráfico 6: Sexo de la niña o niño.....	68
Gráfico 7: Tendencia de peso.....	70
Gráfico 8: Estado nutricional.....	71
Gráfico 9: Conocimiento sobre la desnutrición.....	73
Gráfico 10: Conocimiento sobre el peso del niño.....	74
Gráfico 11: Enfermedades más frecuentes en los niños.....	76
Gráfico 12: Lactancia materna exclusiva.....	77
Gráfico 13: Tipo de vivienda.....	79
Gráfico 14: Número de personas que habitan la vivienda.....	80
Gráfico 15: Miembros de la familia que trabajan.....	82
Gráfico 16: Ingreso mensual de la familia.....	83
Gráfico 17: Familias que reciben otros ingresos.....	85
Gráfico 18: Tipo de religión.....	86

Gráfico 19: Tipo de letrina.....	88
Gráfico 20: Familias que cuentan con agua potable.....	89
Gráfico 21: Familias que cuentan con energía eléctrica.....	91
Gráfico 22: Familias que cuentan con servicio de drenaje de aseo.....	92
Gráfico 23: Lugar donde guardan los alimentos.....	94
Gráfico 24: Lugar donde consultan si el niño se enferma.....	95
Gráfico 25: Tipo de alimentación predominante.....	97

LISTA DE ANEXOS

PÁG.

ANEXO 1: Desnutrición Global en Niños y Niñas menores de 5 años de Edad 1995 a 2002.....	115
ANEXO 2: Gráfica de la FESAL sobre la Prevalencia de la desnutrición crónica y global en niños y niñas menores de 5 años en El Salvador.....	116
ANEXO 3: Consentimiento informado.....	117
ANEXO 4: Cédula de entrevista.....	118
ANEXO 5: Gráfica de crecimiento y desarrollo de niños de 0 a 5 años.....	127
ANEXO 6: Encuesta Nacional de Salud Familiar FESAL 2008.....	131
ANEXO 7: Glosario.....	132
ANEXO 8: Cronograma de actividades.....	135
ANEXO 9: Presupuesto y financiamiento.....	136

RESUMEN

La Desnutrición infantil es un problema que afecta al mundo entero, afectando más a los países pobres o en vías de desarrollo como El Salvador, la prevalencia de la desnutrición tiende a ser alta debido a múltiples factores de riesgo favorecedores como factores nutricionales, ambientales, socioeconómico y culturales, la mayoría influyen de manera negativa en la nutrición de los niños, viéndose más afectados los menores de cinco años, por ello se creó el Programa de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia para combatir este problema. El **objetivo** de esta investigación fue: Determinar la prevalencia de desnutrición en los niños menores de 5 años de las UCSF de Uluazapa y San Pedro Chirilagua en el departamento de San Miguel y UCSF Periférica de Santa Rosa de Lima en La Unión en el periodo 2010 a 2012 y con ello establecer factores que pueden favorecer la prevalencia de desnutrición, asimismo, se conocieron los grupos de edad y el sexo de los niños dentro de la población mencionada en los que predomina la desnutrición, y con ello, aportar medidas que puedan ser utilizadas para la educación y promoción en salud en los niños y niñas menores de 5 años. **Metodología:** se realizó un estudio retrospectivo, transversal y descriptivo, mediante el análisis de los datos obtenidos a través la cedula de entrevista y el Sistema de Morbimortalidad del Ministerio de Salud a partir del año 2010. **Resultados:** Se encontró que la prevalencia de desnutrición en San Pedro Chirilagua y Uluazapa es de 4.6% y en Santa Rosa de Lima es de 5.04%; se conoció que factores como el tipo de vivienda ($\chi_{obt}^2 > \chi_{crit}^2$, es decir que $8.705 > 5.991$), tipo de letrina ($\chi_{obt}^2 > \chi_{crit}^2$, es decir que $20.043 > 7.815$) y los ingresos de la familia ($\chi_{obt}^2 > \chi_{crit}^2$, es decir que $5.898 > 3.841$) favorecen la prevalencia de desnutrición; también se determinó que la edad más prevalente de desnutrición es la de 2 a 5 años (68%) y el sexo más prevalente es el femenino (55.5%). Con estos datos se rechazó la hipótesis del trabajo y se aceptó la hipótesis específica.

Palabras clave: Prevalencia, Desnutrición, AIEPI, Control de Crecimiento y Desarrollo Infantil.

1. INTRODUCCIÓN.

1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

La desnutrición en la niñez menor de cinco años incrementa el riesgo de morbi-mortalidad, inhibe el desarrollo Cognitivo y afecta el estado de salud de por vida.

Atender a este problema es condición indispensable para asegurar el derecho a la supervivencia y al desarrollo de las niñas y niños de América Latina y el Caribe, así como para garantizar el desarrollo de los países.

Para analizar la situación nutricional de la infancia es imprescindible considerar la desnutrición crónica (déficit de talla para la edad) como indicador adicional al de desnutrición global (déficit de peso para la edad) incluido en los objetivos de desarrollo del Milenio. En Latinoamérica y el Caribe, la desnutrición crónica afecta a muchos niños menores de 5 años y refleja la acumulación de consecuencias de la falta de una alimentación y nutrición adecuada durante los años más críticos del desarrollo de los niños que incluye desde la etapa intrauterina hasta los 3 primeros años (Anexo 1).

El Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) tiene una larga historia de cooperación en aspectos de nutrición materno infantil.

La UNICEF ha propuesto los Objetivos de Desarrollo del Milenio¹ y sus vínculos con la reducción del hambre y la desnutrición en América Latina y el Caribe, dichos objetivos son los siguientes: 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre: La desnutrición erosiona el capital humano a través de sus efectos intergeneracionales e irreversibles sobre el desarrollo físico y cognitivo. La pobreza impide a las personas producir o adquirir los alimentos que necesitan. 2. Lograr la Enseñanza Primaria Universal. El hambre merma la escolaridad y perjudica la capacidad de aprendizaje. La falta de educación reduce la capacidad de generar ingresos y aumenta el riesgo de pasar

hambre. 3. Promover la Igualdad de Género y la Potenciación de la Mujer: El hambre reduce la asistencia escolar en las niñas más que en los niños. Las mujeres carecen del apoyo de los hombres en las labores de cuidado dentro del hogar, y suelen postergar su propia salud nutricional en beneficio del resto de la familia. Dado que las mujeres desnutridas dan a luz neonatos con bajo peso al nacer, lo anterior exacerba esta vulnerabilidad que se transmite de generación en generación. 4. Reducir la Mortalidad Infantil: Más de la mitad de las muertes infantiles son causadas directa o indirectamente por el hambre o la desnutrición. 5. Mejorar la Salud Materna: La desnutrición y la deficiencia de micronutrientes incrementan significativamente el riesgo de muerte materna. 6. Combatir el Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA), el Paludismo y otras Enfermedades: La desnutrición puede acrecentar el riesgo de transmisión de VIH, reducir la efectividad de la terapia antirretroviral y acelerar la manifestación del SIDA. En los niños desnutridos se duplica con creces la probabilidad de morir de paludismo. La desnutrición aumenta el riesgo de contraer tuberculosis. 7. Garantizar la Sostenibilidad del Medio Ambiente: El hambre aumenta la probabilidad de hacer un uso de recursos que atenta contra la sostenibilidad del medio ambiente. La restauración y el mejoramiento de las funciones de los ecosistemas son fundamentales para reducir el hambre entre la población rural pobre. El acceso al agua potable y saneamiento básico sostenible es esencial para asegurar la inocuidad de los alimentos. 8. Establecer una Alianza Mundial Para el Desarrollo: Una mayor cooperación Internacional y una asignación más oportuna de sus recursos pueden producir impactos positivos en el acceso de niños y niñas a una alimentación más sana y equilibrada.

En cuanto a América Central, la desnutrición contribuye a aumentar la pobreza y a largo plazo, puede afectar negativamente el crecimiento económico de un país en hasta 3%² del Producto Interno Bruto (PIB) anual. Los niños de las comunidades pobres, indígenas y rurales registran las peores tasas de baja altura para la edad, (un indicador de la malnutrición crónica) en América Central.

La desnutrición que afecta a América Central no se explica principalmente por falta de alimento, sino depende más de un conjunto de factores como mala salud materna, inadecuadas prácticas de alimentación y de cuidado infantil y falta de acceso al agua potable y saneamiento.

Algunas prioridades en la lucha contra la desnutrición en América Central son:

1. Prevención, especialmente a través del monitoreo regular del crecimiento infantil, asociado con sistemas de alerta temprana que vinculan casos de riesgo alto con especialistas en salud capacitados.

2. Focalización de los esfuerzos en las mujeres embarazadas y los niños menores de 2 años, así como priorización de las poblaciones pobres, rurales e indígenas en donde se concentra la desnutrición.

3. Educación de los padres y madres en temas de higiene, importancia del monitoreo de la talla y el peso de sus niños, y prácticas de alimentación (incluido la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida).

4. Acción a nivel nacional, programático y comunitario, para asegurar que la lucha contra la desnutrición sea una prioridad nacional, apoyada por una agenda multisectorial adecuada y programas nutricionales efectivos en las comunidades vulnerables.

Según el Sistema Regional de Indicadores de Seguridad Alimentaria (año 2011) la prevalencia de desnutrición tomando en cuenta el indicador peso para la edad en niñas(os) menores de 5 años de edad en Centro América son los siguientes: El Salvador 8.6%, Costa Rica 5.1%, Guatemala 19.3%, Honduras 11.4%, Nicaragua 9.6%, Panamá 6.3%³.

En El Salvador, los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Familiar de 2008 publicada por la Organización de Fecundidad Salvadoreña (FESAL) muestran una disminución en cuanto a los niveles de desnutrición de las y los niñas(os) menores de 5 años a nivel nacional (Anexo 2), con disminuciones importantes en cuanto al retardo en crecimiento (baja talla para la edad) reduciéndose a un 14.5%. No obstante estos resultados, se encuentran departamentos que continúan teniendo las tasas más altas de prevalencia de retardo en crecimiento siendo estos: Sonsonate (26.9%), Chalatenango (26.3%) y Morazán (24.6%), al contrario, las prevalencias más bajas para este indicador se encuentran en La Unión y San Salvador con 11.6% y 14.8% en ese orden. Algunos Municipios clasificados como los de desnutrición muy alta son: Rosario de Mora, en San Salvador (48.6%); San Simón (39.95), Guatajiagua (42.3%) y Cacaopera (42.8%), todos en Morazán (42.8%); San José Villanueva, en La Libertad (38.3%); San Fernando, en Chalatenango (44.1%); y Tacuba, en Ahuachapán (41.3%)⁴.

Es por ello que Objetivos de Desarrollo del Milenio tienen una meta propuesta por El Salvador para reducir al 15% la desnutrición en niños menores de 5 años⁵.

1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA

De lo antes descrito, se deriva el problema que se enuncia de la siguiente manera:

¿Cuál es la prevalencia de Desnutrición en niños menores de 5 años inscritos en el programa de Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar de San Pedro Chirilagua y Uluazapa en el Departamento de San Miguel y Periférica de Santa Rosa de Lima en La Unión, periodo de 2010 a 2012?

¿Hay factores que puedan favorecer la prevalencia de Desnutrición en niños menores de 5 años inscritos en el programa de Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar de San Pedro Chirilagua y Uluazapa en el Departamento de San Miguel y Periférica de Santa Rosa de Lima en La Unión, periodo de 2010 a 2012?

1.3 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Dado que El Salvador es un país en vías de desarrollo, se encuentran niveles de desnutrición altos sobre todo en la niñez, y estos niveles son predominantes en las clases bajas de la población.

La desnutrición como tal, afecta a nivel cognitivo, psicológico, biológico, bioquímico y orgánico.

El gobierno de El Salvador, a través del Ministerio de Salud (MINSAL) ha implementado programas como la estrategia de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), con la que ha hecho esfuerzos por disminuir los niveles de desnutrición de los niños y niñas, específicamente, los menores de 5 años a través de la estandarización de la atención de estos y normando el control de crecimiento y desarrollo infantil y mejorando los estándares de la atención en salud, las gráficas de medición de crecimiento, y la cantidad de dosis y calidad de los micronutrientes que los infantes necesitan para la prevención de la desnutrición y su desarrollo óptimo.

Como profesionales de la salud, se toma como población a estudiar a los menores de 5 años de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF) ya mencionadas, lo cual favorece a dicha población ya que con el resultado del estudio se contribuye a que las autoridades del MINSAL tengan datos actualizados y confiables sobre la prevalencia de desnutrición con lo cual podrían tomar decisiones para realizar estrategias que beneficien a la niñez con desnutrición o riesgo de padecerla.

Este estudio beneficia al estudiante en que se conoce la eficacia al momento de aplicar la estrategia AIEPI dada por el MINSAL en los niños menores de 5 años en la prevención de la desnutrición.

El impacto que tiene este estudio es conocer cuál es la tendencia de desnutrición en los últimos 3 años (2010-2012) en las UCSF en las que se realizó la investigación.

A nivel local el estudio sirve para conocer el número de niños desnutridos que existen en el Área Geográfica de Influencia (AGI) de las UCSF de estudio y así apoyar la toma de decisiones al momento de erradicar o disminuir el grado de desnutrición en cada establecimiento; además podría servir de base para otro nuevo estudio.

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

➤ Determinar la prevalencia de desnutrición en los niños menores de 5 años inscritos en el Programa de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia de las UCSF de Uluazapa y San Pedro Chirilagua en el departamento de San Miguel y UCSF Periférica de Santa Rosa de Lima en La Unión en el periodo de 2010 a 2012.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) Determinar la prevalencia de desnutrición en las UCSF de estudio por departamento.

b) Conocer si los factores ambientales y socioeconómicos favorecen la prevalencia de la desnutrición.

c) Identificar cuál es el sexo y el grupo etario más afectado por la desnutrición en la población de estudio.

d) Aportar medidas que puedan ser utilizadas para la educación, promoción y prevención de la desnutrición en los niños menores de 5 años.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 DESNUTRICIÓN INFANTIL.

El tema de la investigación es la desnutrición infantil, alrededor del cual gira una serie de aspectos importantes, el concepto, como base fundamental para comprender por qué y cómo se produce la patología, su clasificación, alteraciones o no en el desarrollo psicomotor de los menores de 5 años.

La desnutrición es un problema de gran magnitud en el mundo, se estima que para 1995 había 150 millones de niños con déficit de peso y que entre ellos 20 millones sufrían desnutrición grave.

La infancia es considerada como una etapa trascendental en el proceso evolutivo del hombre, caracterizada por dos fenómenos: crecimiento y desarrollo. Para que estos fenómenos se produzcan con total normalidad, es fundamental una adecuada nutrición.

Las necesidades nutricionales individuales varían de acuerdo con las diferencias genéticas y metabólicas. Para los recién nacidos y los niños, los objetivos básicos son lograr un crecimiento satisfactorio y evitar las situaciones deficitarias.

La nutrición a su vez está sometida a factores condicionantes: algunos fijos, como el potencial genético del individuo y otros dinámicos, como los factores sociales, económicos y culturales, que pueden actuar en forma favorable o desfavorable. Cuando se quiebra el conjunto armónico de factores y se ve alterada la nutrición, se interrumpe el crecimiento y desarrollo, y aparece entonces la desnutrición infantil.

La desnutrición infantil nace, en la mayoría de las ocasiones, como consecuencia de una pobreza extrema sustentada en el alcoholismo, falta de legalización de la familia, el analfabetismo, la ausencia de inserción laboral, el saneamiento ambiental escaso y promiscuidad. Estos, entre innumerables condicionantes, hacen que un niño no logre un

normal crecimiento y desarrollo, ya que esta pobreza extrema anula, en sus padres o tutores, la capacidad mínima para satisfacer sus necesidades básicas.

Asimismo, la falta de políticas que se cumplan por parte del Estado hacia la persona desde su nacimiento, crecimiento y desarrollo.

Podemos considerar a la desnutrición como resultado final del subdesarrollo, en donde el niño sufre el mayor impacto, por depender de terceros para su cuidado y crecimiento. Por esto la desnutrición infantil no solo es un problema de falta de alimento, es un conflicto social más profundo, que debe ser tenido en cuenta a la hora de brindar soluciones.

2.2 CONCEPTO DE DESNUTRICIÓN INFANTIL

Es cuando la alimentación es insuficiente en contenido calórico y el organismo consume más calorías para realizar sus funciones, que las recibe en la dieta y el faltante tiene que obtenerlo de las sustancias de su propio organismo.

La desnutrición en sus diversas formas es la más común de las enfermedades. Sus causas se deben en general a deficientes recursos económicos o a enfermedades que comprometen el buen estado nutricional.

Hoy en día la desnutrición es aceptada como un factor común en la práctica clínica que tiene como consecuencia un aumento en el tiempo de estancia hospitalaria, morbilidad y mortalidad en los pacientes hospitalizados, debido al alto riesgo de complicaciones como infecciones, flebitis, embolismo pulmonar, falla respiratoria, baja cicatrización de heridas y fistulas que ellos sufren. Como consecuencia, la estancia hospitalaria y los costos de los tratamientos se incrementan significativamente.

El estado nutricional en condiciones normales es la resultante del balance entre lo consumido y lo requerido, lo cual está determinado por la calidad y cantidad de nutrientes en la dieta y por su utilización completa por el organismo.

La valoración nutricional debe formar parte integral de toda evaluación clínica con el fin de identificar pacientes que requieren un soporte nutricional agresivo y temprano con el fin de disminuir los riesgos de morbilidad secundarios a la desnutrición preexistente en los pacientes hospitalizados.

Esta condición puede resultar del consumo de una dieta inadecuada o mal balanceada, por trastornos digestivos, problemas de absorción u otras condiciones médicas.

La desnutrición es la enfermedad provocada por el insuficiente aporte de combustibles (hidratos de carbono – grasas) y proteínas. Según la UNICEF, la desnutrición es la principal causa de muerte de lactantes y niños pequeños en países en desarrollo. La prevención es una prioridad de la Organización Mundial de la Salud.

2.3 CAUSAS DE DESNUTRICIÓN.

- a) Disminución de la ingesta dietética.
- b) Mala absorción de nutrientes.
- c) Aumento de los requerimientos, como ocurre por ejemplo en los lactantes prematuros, en infecciones, traumatismo importante o cirugía.
- d) Psicológica, por ejemplo, depresión o anorexia nerviosa.

La desnutrición se puede presentar debido a la carencia de una sola vitamina en la dieta o debido a que la persona no está recibiendo suficiente alimento. La inanición es una forma de desnutrición. La desnutrición también puede ocurrir cuando se consumen

los nutrientes adecuadamente en la dieta, como se encuentran detallados en la pirámide nutricional, pero uno o más de estos alimentos no es/son digerido/s o absorbido/s apropiadamente.

La desnutrición puede ser lo suficientemente leve como para no presentar síntomas o tan grave que el daño ocasionado sea irreversible, a pesar de que se pueda mantener a la persona con vida.

A nivel mundial, especialmente entre los niños que no pueden defenderse por sí solos, la desnutrición continúa siendo un problema significativo. La pobreza, los desastres naturales, los problemas políticos y la guerra en países como Somalia, Iraq, Ruanda, Siria y muchos otros más han demostrado que la desnutrición y el hambre no son elementos extraños a este mundo.

2.4 TIPOS DE DESNUTRICIÓN.

Para poder quebrar este flagelo, es necesario conocer los distintos tipos de desnutrición que puede presentar un niño.

La desnutrición se denomina:

- a) **Primaria:** cuando se produce por una carencia nutritiva y o psico-afectiva.

- b) **Secundaria:** cuando existe una enfermedad de fondo que la condiciona o la determina, independientemente de su situación socio-cultural; por ejemplo enfermedades genéticas, metabólicas, inmunológicas, malformaciones, que

puedan afectar a cerebro corazón, riñón, hígado, etc., y que secundariamente produzcan una desnutrición.

La desnutrición se clasifica en 3 grados según el déficit nutricional, los cuales se describen a continuación.

- **Desnutrición de primer grado o desnutrición leve**

Es cuando el individuo pesa del 10% al 25% menos de su peso normal; en el niño se observa que no sube de peso, se detiene su crecimiento, el tejido adiposo está flácido, si se trata de un niño llora mucho, y si es un poco más grande no juega y disminuye su fuerza muscular.

- **Desnutrición de segundo grado o desnutrición moderada**

Se da cuando el individuo presenta de un 26% a 40% menos de su peso normal; el niño no incrementa de peso ni estatura, se siente débil, sin fuerza, perezoso y duerme con facilidad durante el día; también puede tener trastornos digestivos y diarrea, flacidez muscular; como deficiencias vitamínicas, su piel se vuelve seca y puede presentar grietas en las comisuras de la boca, posiblemente se formen manchas de color rojizo en su piel y alteraciones en su corazón, ojos y sistema nervioso.

- **Desnutrición de tercer grado o desnutrición severa:**

El individuo pesa menos del 40% de su peso normal. La desnutrición de tercer grado puede tener dos presentaciones: **El marasmo y el Kwashiorkor.**

Para calcular el porcentaje mencionado anteriormente se usa la fórmula que se detalla a continuación:

$$\text{Porcentaje de desnutrición} = \frac{\text{Peso real}}{\text{Peso ideal}} \times 100$$

También otra forma se valorar los grados de desnutrición es usando la siguiente tabla:

Tabla 1: Intensidad de la desnutrición⁶

Grado de desnutrición	Peso para la edad	Talla para la edad	Peso para la talla
Normal	> 90	> 95	> 90
Leve	75 – 90	90 – 95	81 - 90
Moderada	60 – 74	85 – 89	70 - 89
Intensa	< 60	< 85	< 70

Cuando los parámetros de crecimiento se encuentran por debajo del percentil 5, se hace necesario expresar los valores como porcentaje de la mediana o valor estándar. El uso del porcentaje calculado del estándar, en lugar del percentil, permite graduar el retraso ponderoestatural desde leve hasta grave de acuerdo con la tabla anterior.

2.5 CLASIFICACION CLINICA DE LA DESNUTRICION

Se manifiesta en tres enfermedades:

1. Marasmo: déficit de proteínas y energía.
2. Kwashiorkor: solo falta de proteínas, aporte energético adecuado.
3. Kwashiorkor marasmático: mixta⁷

2.5.1 Marasmo

Llamada también desnutrición proteico-calórica. Una gran carencia de calorías y proteínas es lo que lleva este tipo de desnutrición, el marasmo se presenta generalmente en niños menores de un año, debido a que la madre ya no los alimenta al seno ni les proporciona una dieta apropiada. En los niños con este tipo de desnutrición se observan las siguientes características:

- a) Disminución de la talla.
- b) No hay grasa subcutánea.
- c) Parecen ancianos en miniatura.
- d) Están particularmente expuestos a enfermedades infecciosas.
- e) Su índice de mortalidad es elevado.

2.5.2 Kwashiorkor

También se le conoce con el nombre de síndrome poli carencial infantil o energético proteica, el cual se presenta en niños en edad preescolar con una carencia notable de proteínas y con un aporte más o menos adecuado de energía.

En las familias de los países en desarrollo, los niños entre 18 y 24 meses se alimentan al seno; cuando nace otro niño, el hermano mayor debe subsistir tomando los alimentos típicos del hogar, en ocasiones una dieta alta en carbohidratos y baja en proteínas, por lo que no recibe el suministro adecuado de aminoácidos esenciales que se requieren para cubrir las necesidades de crecimiento del niño.

Después de tres o cuatro meses de subsistir con esta dieta podemos observar las siguientes características:

- a) Los músculos se hacen débiles y pierden su tono.
- b) Los tejidos retienen agua, se observan hinchados y la falta de aumento de peso puede quedar enmascarada por el edema que a menudo afecta los órganos internos antes que pueda ser reconocido en cara y miembros.
- c) La dermatitis es habitual; las zonas irritadas de la piel se oscurecen pero no las expuestas a la luz solar.
- d) Crecimiento inadecuado.
- e) Inmunodeficiencia secundaria.
- f) El pelo suele ser escaso, fino y pierde su elasticidad, la despigmentación puede dar lugar a un color de pelo a rayas rojas y grises.
- g) La anemia puede ser severa.
- h) El índice de mortalidad de los niños es elevado.

2.6 FACTORES DE RIESGO

La mayor parte de las alteraciones del estado nutricional no están condicionadas a una sola causa sino que presentan una combinación de condiciones necesarias y propicias que influyen en el estado de la población: factores sociales, económicos, culturales, nutricionales, entre otros, que influyen en la disponibilidad, consumo y aprovechamiento biológico de los alimentos.

- a) Socioeconómicos:
 - a. Consumo limitado de alimentos por el bajo nivel de ingresos.
 - b. Limitación en la disponibilidad de alimentos.
 - c. Escasa escolaridad de los padres.
 - d. Aislamiento social.
 - e. Alto crecimiento demográfico.
 - f. Estructura de edades de la población.
- b) Culturales:
 - a. Etnoprácticas
 - b. Mala alimentación de las madres.
 - c. Poco conocimiento de beneficios de lactancia materna.
 - d. Mala higiene.
- c) Nutricionales:
 - a. Abandono de lactancia materna antes de los 6 meses de edad, ablactación antes del segundo mes o después del sexto mes de edad.
 - b. Inclusión temprana e inadecuada de sucedáneos de la leche materna y otros alimentos.
 - c. Trastornos de la alimentación caracterizada por el rechazo a comer, anorexia, bulimia.
 - d. Alergias alimentarias reales o imaginarias.
 - e. Ignorancia sobre una buena nutrición o la preparación adecuada de los alimentos.
- d) Ambientales:
 - a. Mala disposición de excretas.
 - b. Falta de agua potable.
 - c. Falta de adecuado manejo de desechos sólidos.
 - d. Alto índice de vectores.

2.7 FACTORES PROTECTORES

En la atención de la población, es necesario tener en cuenta los factores protectores para evitar o disminuir el riesgo de desnutrición:

- a) La lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y con alimentación complementaria hasta los 2 años de edad.
- b) Alimentación alimentaria adecuada.
- c) El compartir las comidas en familia permite el fortalecimiento del afecto: es recomendable informar a la población de la importancia de compartir en familia por lo menos una comida al día.
- d) El fácil acceso a los alimentos.
- e) Ingreso económico estable.
- f) Buena salud bucal.
- g) Manejo adecuado de los niveles de estrés.
- h) Mantener una alimentación balanceada, moderada y a horas regulares.
- i) Higiene y conservación adecuada de los alimentos.
- j) Estilos de vida saludables.
- k) Practicas del ejercicio físico en forma regular y programada.
- l) No consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas.

2.8 METODOS DE EVALUACION NUTRICIONAL

Existen diferentes métodos para evaluar el estado nutricional, como son:

- a) El interrogatorio.
- b) La valoración global subjetiva.
- c) Pruebas bioquímicas.
- d) La composición corporal.

2.8.1 Interrogatorio

Se obtiene una estimación acerca de los hábitos alimentarios, intolerancia alimentaria, anorexia, vómito, diarrea, secuelas de algún tratamiento quirúrgico, tradiciones religiosas y culturales que puedan incluir sobre la nutrición de un paciente.

2.8.2 Valoración Global Subjetiva

Es una técnica clínica que valora rápidamente el estado nutricional de acuerdo a las características del interrogatorio y examen físico encontrados. Aquí los pacientes son identificados como normales, medianamente mal nutridos y severamente mal nutridos.

2.8.3 Pruebas Bioquímicas

Proteínas totales: la síntesis de proteínas puede ser regulada por muchos factores incluyendo la disponibilidad de aminoácidos y la función hepática.

Albumina: es la proteína sérica más común, dentro de sus funciones esta mantener la presión oncótica intravascular, transporte de aminoácidos, ácidos grasos, encimas, hormonas y drogas en el plasma.

Transferrina: es una betaglobulina sintetizada por el hígado que se encuentra en el espacio intravascular donde sirve como ligadura y transportadora de hierro.

Recuento total de linfocitos: es un marcador de la función inmune y también del riesgo nutricional.

2.8.4 Composición Corporal

Los componentes corporales (grasa total y masa libre de grasa) pueden medirse con distintos métodos o con base a esta calcular las restantes. Los métodos comúnmente usados son:

2.8.4.1 Antropometría: la circunferencia muscular y los pliegues subcutáneos (bíceps, tríceps, subescapular y suprailiaco) han sido usados para medir la proteína somática y la reserva de grasa total, incluyendo el índice de masa corporal, peso, talla también para fines de este último.

2.8.4.2 Imagenología: diferentes técnicas como ultrasonido, resonancia magnética y tomografía axial computarizada, ha surgido como medidores en la composición corporal.

En general el método ideal para diagnosticar el estado nutricional no se ha identificado y entre los disponibles hasta hoy ninguno ha sido aceptado realmente como seguro. Encontrar un método fácil que sea altamente específico y sensible con una relación costo-beneficio adecuado, continua siendo un tema de investigación. En la práctica clínica debe sospecharse alteración del estado nutricional de un paciente cuando tenga un porcentaje de pérdida de peso menor al 10% sin causa establecida, presente anorexia prolongada, albumina menor a 3.5 mg/dl y una capacidad de trabajo disminuida.

En El Salvador la valoración del estado nutricional de los niños/as se realiza por medio del interrogatorio, examen físico, antropometría y la relación pesa-talla, el cual se mide en base a tablas que incluyen estos dos últimos parámetros, útiles solamente para

niños/as menores de 5 años, las cuales fueron establecidas por el Ministerio de Salud y que fueron realizadas en base a datos de nuestro país (Anexos 5)

2.9 CONSECUENCIAS DE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL.

Las complicaciones que sufre un niño cuando es alimentado deficientemente no solo tienen efectos en la estatura y el peso. Esto se debe a que una dieta inadecuada tiene consecuencias negativas en los niveles de vitaminas, proteínas y minerales, lo cual conduce a la desnutrición.

La desnutrición daña principalmente a los pequeños que viven en la pobreza extrema, pues carecen de recursos económicos necesarios que les permitan llevar un régimen alimenticio. Por otra parte, también se desarrolla porque la dieta de unos niños no es vigilada y por lo tanto, no tiene un balance de nutrientes. Así, a medida que este mal avanza se originan trastornos en la salud de los pequeños y son más susceptibles a adquirir diversas infecciones. Además, se altera la función de órganos como riñón e hígado, lo cual aunado a la deficiencia proteínica ocasiona que el niño tratado con fármacos tenga una alteración importante en la absorción, distribución, metabolismo y eliminación de los mismos. Esto puede provocar una intoxicación con el consecuente riesgo de caer en estado de coma.

2.10 PREVALENCIA

Es el número de casos de una enfermedad o evento en una población en un momento dado.

2.10.1 FORMULA DE PREVALENCIA:

$$\textit{Prevalencia} = \frac{\textit{Número de casos nuevos y antiguos}}{\textit{Poblacion de estudio}} \times K$$

Donde K es una constante que generalmente es 100.

2.10.2 CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO INFANTIL

Serie de atenciones integradas que se le brindan al niño o niña desde su nacimiento hasta los nueve años con el propósito de contribuir a su crecimiento y desarrollo óptimo del niño(a) mediante acciones preventivas, educativas y de promoción de la salud, y la detección de manera temprana las desviaciones de la normalidad, seguidas de acciones específicas para lograr su corrección⁸.

2.10.3 PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA (AIEPI)

Es la atención institucional y comunitaria de la salud del niño y la niña desde que nace hasta los 9 años 364 días de edad a través de intervenciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud para contribuir a su bienestar, su crecimiento y desarrollo integral en todas sus potencialidades.

La estrategia AIEPI combina la mejora del cuidado y atención del niño o niña, que tiene enfermedades prevalentes, con aspectos de nutrición, vacunación, promoción y otros, que tienen influencia sobre su salud e incluso la salud de su madre. La aplicación sistemática y sistematizada de AIEPI, en los servicios de salud permite identificar cualquier problema de salud y nutrición, más allá del motivo aparente de consulta⁸.

3. SISTEMA DE HIPÓTESIS

3.1 HIPÓTESIS DE TRABAJO

H₁₁: La prevalencia de desnutrición en los niños menores de 5 años inscritos en el Programa de Atención Integral a las Principales Enfermedades Prevalentes de la Infancia en las UCSF San Pedro Chirilagua y Uluazapa en San Miguel es mayor a 5.6 %⁴.

H₁₂: La prevalencia de desnutrición en los niños menores de 5 años inscritos en el Programa de Atención Integral a las Principales Enfermedades Prevalentes de la Infancia en la UCSF de Santa Rosa de Lima, en La Unión es mayor a 5.2%⁴.

3.2 HIPÓTESIS NULA

H₀: La prevalencia de desnutrición en los niños menores de 5 años inscritos en el Programa de Atención Integral a las Principales Enfermedades Prevalentes de la Infancia en las UCSF San Pedro Chirilagua y Uluazapa en San Miguel es menor de 5.6% y en la UCSF Periférica de Santa Rosa de Lima es menor de 5.2%.

3.3 HIPOTESIS ALTERNA

H_A: La prevalencia de desnutrición en los niños menores de 5 años inscritos en el Programa de Atención Integral a las Principales Enfermedades Prevalentes de la Infancia en las UCSF de estudio no ha presentado aumento ni disminución.

3.4 HIPOTESIS ESPECÍFICAS

H₁: En las UCSF de estudio la desnutrición en los niños menores de 5 años se ve influenciada por los factores ambientales y socioeconómicos.

H₀: En las UCSF de estudio la desnutrición en los niños menores de 5 años no se ve influenciada por los factores ambientales y socioeconómicos.

3.5 VARIABLES

- Prevalencia
- Desnutrición infantil

3.6 UNIDADES DE ANALISIS

- Niños menores de 5 años

3.7 UNIDAD DE INFORMACIÓN

- La madre o encargado

3.7 OPERACIONALIZACIÓN DE LA HIPÓTESIS GENERAL EN VARIABLES E INDICADORES

ENUNCIADO DEL PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS DE TRABAJO	VARIABLES	CONCEPTUALIZACIÓN	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES
<p>¿Cuál es la prevalencia de Desnutrición en niños menores de 5 años inscritos en el programa de Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar de San Pedro Chirilagua y Uluazapa en el Departamento de San Miguel y Periférica de Santa Rosa de</p>	<p>Determinar la prevalencia de desnutrición en los niños menores de 5 años inscritos en el Programa de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia de las UCSF de Uluazapa y San Pedro Chirilagua en el</p>	<p>H₁₁ La prevalencia de desnutrición en los niños menores de 5 años inscritos en el Programa de Atención Integral a las Principales Enfermedades Prevalentes de la Infancia en las UCSF San Pedro Chirilagua y Uluazapa en San Miguel es mayor al 5.6%⁴ y en Santa Rosa de Lima en la</p>	<p>PREVALENCIA</p> <p>DESNUTRICIÓN INFANTIL</p>	<p>Es el número de casos nuevos y antiguos en una población en estudio.</p> <p>Estado anormal del organismo causado por deficiencia de uno o múltiples elementos nutricionales</p>	<p>$N^{\circ} \text{casos nuevos y antiguos} \times K$</p> <p>Mediante las gráficas de crecimiento Peso para la Edad de niños y niñas de 0 a 24 meses y de 2 a menor de 5 años</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Casos Nuevos • Casos Antiguos • Desnutrido • Desnutrido Severo • Retardo en el crecimiento • Retardo severo en el crecimiento.

ENUNCIADO DEL PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	HIPOTESIS DE TRABAJO	VARIABLES	CONCEPTUALIZACIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES
Lima en la Unión, periodo de 2010 a 2012?	departamento de San Miguel.	Unión es mayor al 5.2% ⁴		Programa de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia.	correspondientes al MINSAL y USAID. Mediante la Hoja de Inscripción y Subsecuente de Atención Integral al (la) niño (a) menor de 5 años del MINSAL y USAID.	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad Diarreica Aguda. • Infección Respiratoria Aguda. Lactancia Materna Exclusiva.

3.8 OPERACIONALIZACIÓN DE HIPÓTESIS ESPECÍFICA EN VARIABLES E INDICADORES

ENUNCIADO DEL PROBLEMA	OBJETIVO ESPECIFICO	HIPOTESIS ESPECIFICA No 1	VARIABLES	CONCEPTUALIZACION	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES
<p>¿Hay factores que puedan favorecer la prevalencia de Desnutrición en niños menores de 5 años inscritos en el programa de Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar de San Pedro Chirilagua y Uluazapa en el Departamento de San Miguel y Periférica de Santa Rosa de Lima en La Unión, periodo de 2010 a 2012?</p>	<p>Conocer si los factores ambientales y socioeconómicos favorecen a la prevalencia de la desnutrición.</p>	<p>H_i: En las UCSF de estudio la desnutrición en los niños menores de 5 años se ve influenciada por los factores socioeconómicos y ambientales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Factores socioeconómicos 	<p>Factor socioeconómico: combinación peculiar de modos de producción y relaciones sociales en un ámbito espacio-temporal mas o menos amplio y mantiene una tensión bidireccional con la superestructura político-ideológico-cultural- religiosa que precisa para su funcionamiento.</p>	<p>Mediante la Cédula de Entrevista.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desempleo • Escolaridad • Ingresos Económicos • Servicios Básicos • Ideología

ENUNCIADO DEL PROBLEMA	OBJETIVO ESPECIFICO	HIPOTESIS ESPECIFICA No. 1	VARIABLES	CONCEPTOS	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES
			<ul style="list-style-type: none"> Factores ambientales 	<p>Factores ambientales: constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y conducen sus vidas</p>	<p>Mediante la cédula de entrevista</p>	<ul style="list-style-type: none"> Tipo de vivienda Tipo de familia Número de integrantes de la familia Agua potable Disposición de excretas Servicio de tren de aseo Servicio de energía eléctrica

ENUNCIADO DEL PROBLEMA	OBJETIVO ESPECIFICO	HIPOTESIS ESPECIFICA No. 1	VARIABLES	CONCEPTOS	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES
			Estado nutricional	<p>Estado nutricional:</p> <p>Es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes</p>	Mediante las medidas antropométricas de Peso y Talla	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de Alimentación • Cantidad de alimentos • Adaptación fisiológica • Calidad de alimentos • Tipo de nutrientes

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Según el tiempo y ocurrencia de los hechos y registro de la información el estudio fue: **Retroprospectivo** porque se indagaron los casos de desnutrición diagnosticados previos y durante el periodo de la investigación.

Según el periodo y secuencia del estudio fue: **Transversal** debido a que se estudió las variables haciendo un corte en el tiempo que fueron los meses julio a septiembre de 2012.

Según el análisis y alcance de los resultados el estudio fue: **Descriptivo** porque se estudió la prevalencia de desnutrición para un determinado tiempo, dirigido a niños menores de 5 años perteneciente a las UCSF donde se realizó la investigación durante el periodo ya descrito.

4.2 UNIVERSO O POBLACIÓN

El universo fueron los niños y niñas menores de 5 años inscritos en el programa AIEPI de las UCSF de estudio, pero dado que ellos no son capaces de responder a las interrogantes del instrumento, éste se les administró a las madres de los niños incluidos en el estudio.

Tabla 2: Población total de los establecimientos de estudio.

ESTABLECIMIENTO	POBLACION	
	MADRES	NIÑOS Y NIÑAS
UCSF San Pedro Chirilagua	267	478
UCSF Uluazapa	301	349
UCSF Santa Rosa de Lima	2500	3033
Total	3068	3860

Fuente: Censo de la Programación Anual Operativa de las UCSF de estudio.

4.3 MUESTRA

Para determinar la muestra, el grupo investigador se auxilió de la siguiente fórmula estadística:

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 P Q N}{(N-1)E^2 + Z_{\alpha/2}^2 P Q}$$

DONDE:

$Z_{\alpha/2}^2$ = Nivel de significancia

P= Probabilidad de éxito

Q= Probabilidad de fracaso

N= Población

E= Error

DATOS:

n= Muestra

$$Z^2_{\alpha/2} = 95\% = 1.96$$

$$P = 50\% = 0.5$$

$$Q = 50\% = 0.5$$

$$N = 3860$$

$$E = 5\% = 0.05$$

SUSTITUYENDO

$$n = \frac{Z^2_{\alpha/2} P Q N}{(N - 1)E^2 + Z^2_{\alpha/2} PQ}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.50) (0.50) (3068)}{(3860 - 1)(0.05)^2 + (1.96)^2(0.50)(0.50)}$$

$$n = \frac{(3.8416)(0.25)(3068)}{(3860)(0.0025) + (3.84)(0.25)}$$

$$n = \frac{2946.51}{9.65 + 0.9604}$$

$$n = \frac{2946.51}{10.61}$$

$$n = 278 \text{ Niños}$$

FÓRMULA PARA SUBMUESTRA

$$Sn = \frac{Nn}{N} n$$

Sub muestra para UCSF San Pedro Chirilagua

$$Sn_1 = \frac{478}{3860} 278$$

$$Sn_1 = 34$$

Sub muestra para UCSF Uluazapa

$$Sn_2 = \frac{349}{3860} 278$$

$$Sn_2 = 26$$

Sub muestra para UCSF Periférica Santa Rosa de Lima

$$Sn_3 = \frac{3033}{3860} 278$$

$$Sn_3 = 218$$

ENTONCES:

Tabla 3: Población y sub muestra de niños por establecimiento.

Establecimiento	Población	Sub Muestra
UCSF San Pedro Chirilagua	478	34
UCSF Uluazapa	349	26
UCSF Santa Rosa de Lima	3033	218
TOTAL	3860	278

4.4 CRITERIOS PARA ESTABLECER LA MUESTRA

4.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Todo niño y niña menor de 5 años inscrito en el Programa AIEPI que:

- a) Pertenece al Área Geográfica de Influencia de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar en estudio.
- b) Se diagnostique con desnutrición en el período de estudio.
- c) No pertenezcan al AGI de las UCSF en estudio pero que están inscritos y llevan sus controles en dichas unidades.
- d) Actualmente presenten diagnóstico de desnutrición y que se encuentren registrados en el Sistema de Información del MINSAL a partir del 2010 hasta el 2012.
- e) Sean inscritos durante el periodo de estudio julio a septiembre de 2012.

- f) Posea controles infantiles subsecuentes en los establecimientos donde se realiza la investigación.
- g) Hayan faltado a su control infantil previo y en dicha ocasión consulten por morbilidad.
- h) Asistan al control infantil sin tomar en cuenta el parentesco con la persona que lo lleva a consultar en ese momento.
- i) Presenten una patología adquirida que afecte su estado nutricional.
- j) Madres o encargado de niños y niñas que deseen colaborar voluntariamente con la investigación mediante el Consentimiento Informado.

4.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Todo niño y niña menor de 5 años inscrito en el Programa AIEPI que:

- a) Presentaron en algún momento el diagnóstico de desnutrición y que al actualmente no.
- b) Recién nacidos prematuros o con bajo peso al nacer.
- c) Cuyo control infantil sea brindado por médico particular, Bienestar Magisterial, Médico Pediatra, Instituto Salvadoreño del Seguro Social y otros.
- d) Niños y niñas con enfermedades congénitas que afectan su estado nutricional.

4.5 TIPO DE MUESTREO

El tipo de muestreo fue el no probabilístico intencional, pues se seleccionó una parte de la población tomando en cuenta los criterios de inclusión, además de revisar el expediente clínico por las gráficas de crecimiento y desarrollo.

La unidad de estudio fueron los niños y niñas menores de 5 años y la unidad de información fueron las madres o encargados del niño o niña.

4.6 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

❖ **Documental bibliográfica:** Permitió la recolección de la información de libros, diccionarios especializados, programas de control infantil, documentos del Ministerio de Salud relacionados con la salud y la desnutrición.

❖ **Documental escrita:** Se consultaron las Normas de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, dentro de las UCSF de estudio.

❖ **Documentación hemerográfica:** Facilitó el obtener la información de tesis, páginas electrónicas y revistas.

El grupo investigador se auxilió del Sistema de Información del Ministerio de Salud de El Salvador, por medio de su programa SIMMOW, que es el apartado que muestra la morbi mortalidad del sistema de salud para obtener los datos de desnutrición de las UCSF en estudio.

4.7 TÉCNICA DE TRABAJO DE CAMPO

- ❖ **La encuesta:** a través de la cual se recolectó información sobre la población objeto de estudio. En la misma se incluyeron preguntas cerradas que brindaron información para el desarrollo de la investigación. Ésta se aplicó a todas aquellas madres o responsables de los niños y niñas que asistieron a su control infantil en el periodo de estudio.

4.8 INSTRUMENTO

El instrumento que se utilizó para realizar la investigación fue:

- ❖ La **cedula de entrevista** se constituyó por 23 preguntas, las cuales 21 son cerradas y 2 son abiertas. Para formularlas, se ha tomó en cuenta los indicadores de la Investigación, de la siguiente manera: 4 preguntas sobre datos de identificación de la madre o responsable, 2 preguntas sobre identificación del menor, 5 preguntas sobre factores nutricionales, 1 sobre enfermedades diarreicas y respiratorias, 1 sobre lactancia materna, 4 sobre factores ambientales, 4 sobre factores socioeconómicos y religiosos, 1 acerca de los factores culturales y 1 sobre factor alimenticio. (Ver anexo 4).

❖ Para la detección de las medidas antropométricas, se utilizó la báscula, el tallímetro y el infantómetro para los menores de 2 años. Datos que se graficaron en las tablas de Crecimiento y Desarrollo proporcionadas por el Ministerio de Salud, a través del programa AIEPI en los expedientes clínicos de cada paciente. (Ver anexo N° 5)

4.9 PROCEDIMIENTO

4.9.1 Planificación

Se seleccionó el tema de investigación, la prevalencia de desnutrición en niños menores de 5 años inscritos en el programa AIEPI de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar de San Pedro Chirilagua y Uluazapa en San miguel y UCSF Periférica de Santa Rosa de Lima en La Unión, por ser un problema que data desde hace muchos años dentro del sistema de salud de nuestro país y que también es de interés social. Este problema afecta a niños y niñas que viven en extrema pobreza, y nos interesa determinar cuáles son los factores que influyen ante esta situación en las UCSF en estudio.

4.9.2 Ejecución

Una vez establecida la muestra, se utilizó una entrevista dirigida a las madres o responsables de los niños y niñas que se presentaron a su respectivo control infantil o consulta por morbilidad.

4.9.2.1 Validación Del Instrumento

Se validó el instrumento, al administrar 5 cédulas de entrevista por cada investigador en las UCSF de estudio.

4.9.2.2 Recolección De Datos

Se realizaron diecinueve entrevistas por semana a las madres o responsables de los niños y niñas incluidos en el estudio, ejecutados por los médicos en servicio social a cargo de la investigación. Para ejecutar la entrevista se utilizó un tiempo de aproximadamente 15 minutos en promedio por cada caso realizando al mismo tiempo el control infantil y/o la consulta por morbilidad, en la cual se pesó, midió o talló al niño o niña.

4.9.3 Plan De Análisis

Posteriormente, al obtener los datos mediante la entrevista, se procesaron con el programa SPSS versión 15.0, para luego realizar la respectiva tabulación, análisis e interpretación de resultados.

Se finalizó el proceso con las conclusiones y recomendaciones de la investigación.

Durante esta fase, se procedió a redactar el informe final de la investigación, junto con la impresión del mismo para posteriormente divulgar los resultados del estudio.

4.10 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se explicó durante la consulta la importancia de la investigación, se les informó sobre la confidencialidad de los datos proporcionados y se les pidió colaboración para responder de manera objetiva a las interrogantes formuladas en la encuesta y consentimiento a las madres o responsables de los niños y niñas para ser parte del estudio.

El equipo investigador, no hizo público ningún tipo de información acerca del participante en el estudio. La información recolectada durante la entrevista se manejó confidencialmente.

A las personas que participaron en la investigación, se les administró una entrevista, la cual fue llenada por el investigador a cargo en el establecimiento correspondiente.

La participación de la población, fue voluntaria y anónima; previamente, se les explicó en qué consistía el estudio para que con su consentimiento fueran entrevistados.

5. RESULTADOS.

A continuación se dan a conocer los resultados de la recopilación de datos obtenidos de la cédula de entrevista; la cual fue hecha a todas las madres o responsables de los niños que cumplieron con los criterios de inclusión.

Se presentan los resultados obtenidos de la cédula de entrevista tabulados, con sus respectivos gráficos, análisis e interpretaciones.

5.1 TABULACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

Tabla 4: Edad de la madre o encargado del niño o niña.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 15 años	2	0.7
De 16 a 19 años	82	29.5
De 20 a 59 años	194	69.8
Total	278	100.0

Fuente: Cédula de entrevista.

ANÁLISIS:

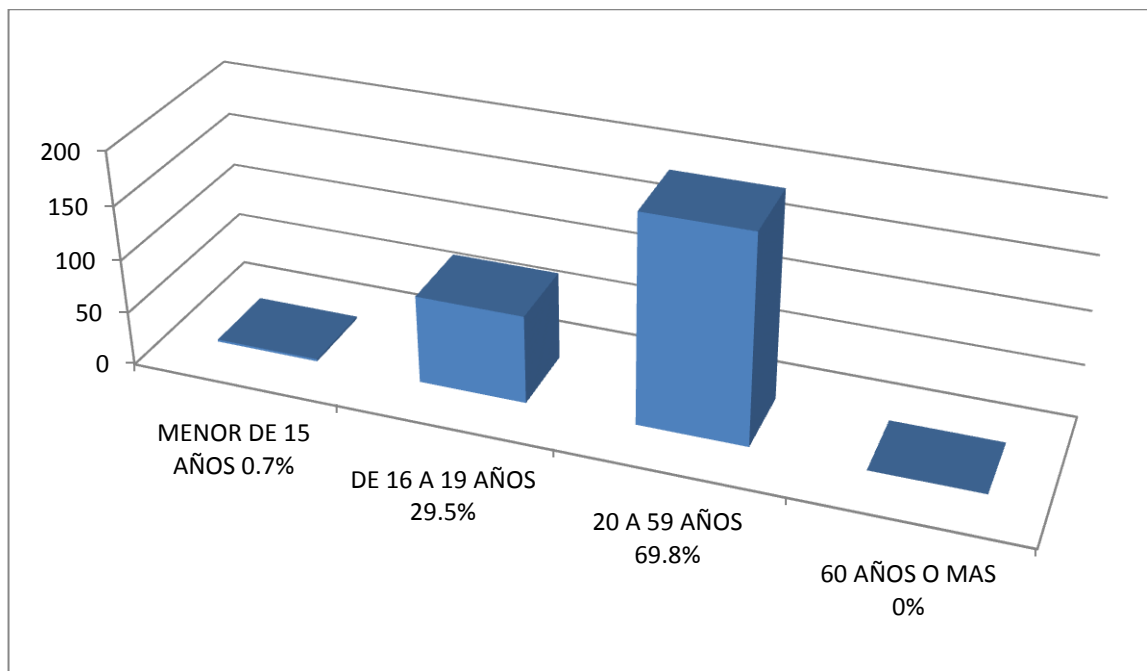
Un 69.8% de las madres o encargados/as del cuidado y de llevar a los niños/as a sus controles de crecimiento, el rango de edad oscila entre 20 a 59 años; un 29.5% oscila

entre 16 a 19 años; un 0.7% son menores de 15 años y entre los interrogados no se encontró mayores de 60 años.

INTERPRETACIÓN:

La edad de la persona que se encarga del cuidado del niño/a resulta de vital importancia, ya que de esto depende en gran parte la calidad de atención que estos reciben, ya que el acumulo de experiencias de las mujeres adultas no se compara a los pocos conocimientos que puede tener una madre adolescente.

Gráfico 1: Edad de la madre del niño o niña.



Fuente: Tabla 4.

Tabla 5: Procedencia de la madre.

Estado familiar	Frecuencia	Porcentaje
Rural	184	66.2
Urbano	94	33.8
Total	278	100.0

Fuente: Cédula de entrevista.

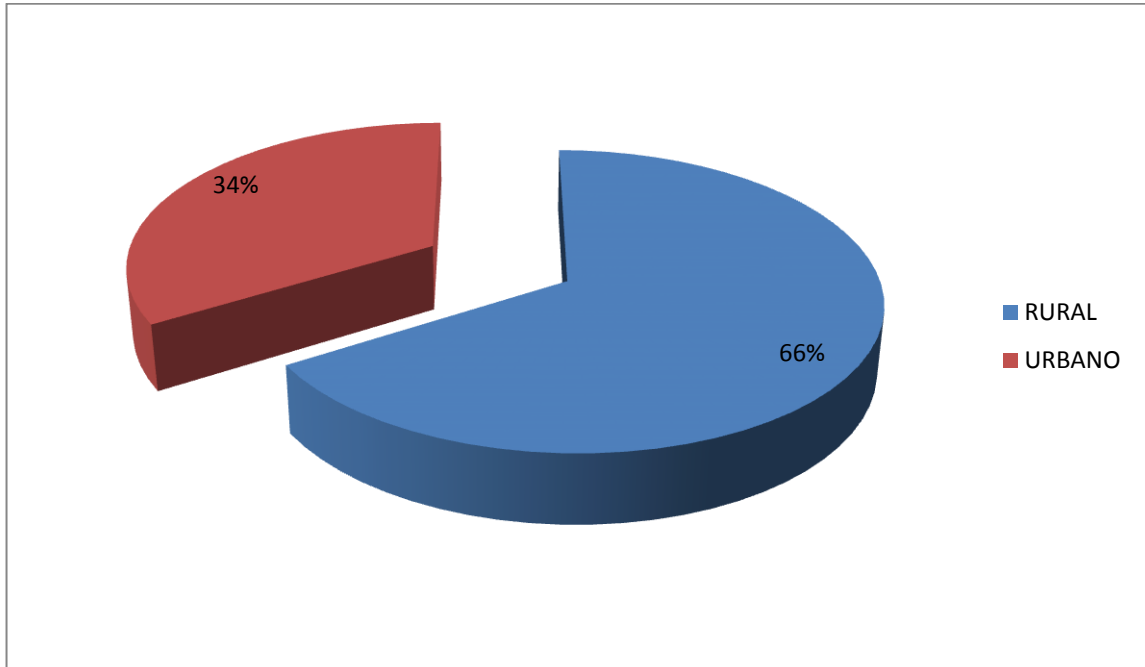
ANÁLISIS:

La mayoría de madres que llevan a los niños/as a sus controles infantiles son del área rural, representando un 66.2%; mientras que el 33.8% proceden del área urbana.

INTERPRETACIÓN:

La procedencia de las madres influye en gran manera en la atención que reciben los niños, tomando en cuenta factores como acceso a los servicios básicos, escolaridad, y patrones culturales, entre otros, lo cual es notable en el momento de la consulta médica; en este caso la mayoría son del área rural y son estas familias las que presentan los factores ya mencionados y por ende con más riesgo de desnutrición.

Gráfico 2: procedencia de la madre.



Fuente: Tabla 5.

Tabla 6: Estado familiar de la madre o responsable.

Estado familiar	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	23	8.3
Casada	83	29.9
Acompañada	172	61.9
Total	278	100.0

Fuente: Cédula de entrevista.

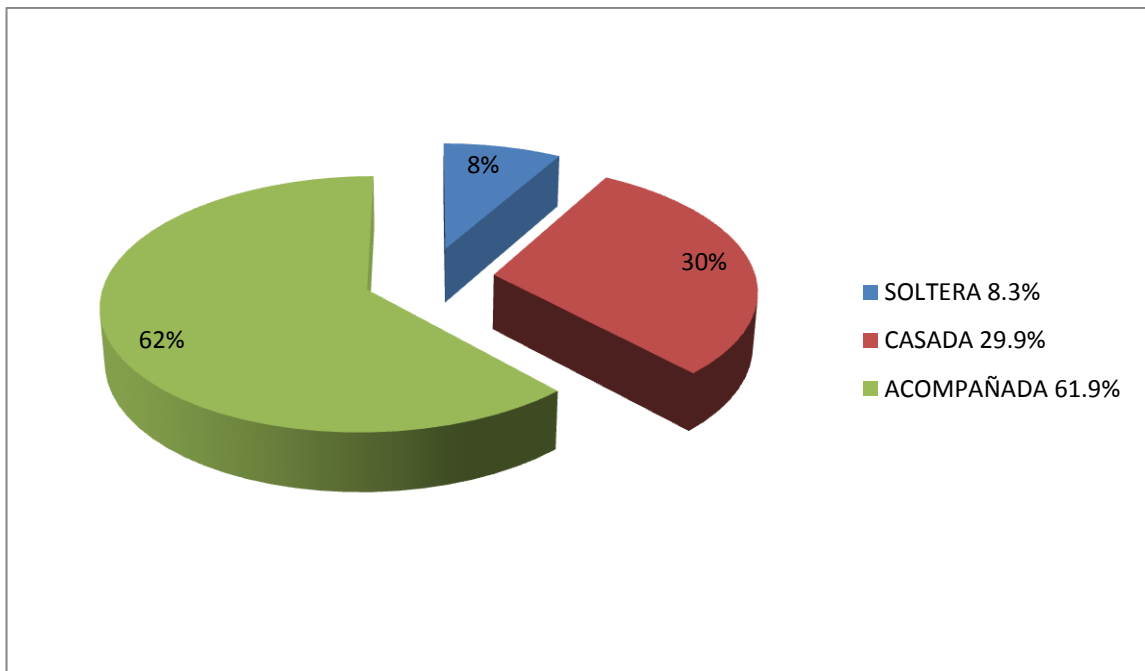
ANÁLISIS:

El 61.9% de las madres encuestadas se encuentran en unión libre con sus compañeros de vida, el 29.9% están casadas, el 8.3% están solteras.

INTERPRETACIÓN:

Estos datos reflejan la realidad que se vive en la sociedad, ya que la mayoría de parejas viven en unión libre, lo cual vuelve un tanto inestable el hogar en el que se desarrollan los niños, y más aún en aquellas familias donde solo la madre es la encargada de la educación, crianza y alimentación de sus hijos puesto que son madres solteras pudiendo afectar así su estado nutricional.

Gráfico 3: Estado Familiar de la madre o responsable.



Fuente: Tabla 6.

Tabla 7: Nivel de escolaridad de la madre o responsable.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	8	2.9
Básico	113	40.6
Secundaria	110	39.6
Bachillerato	42	15.1
Universitario	5	1.8
Total	278	100.0

Fuente: Cédula de entrevista.

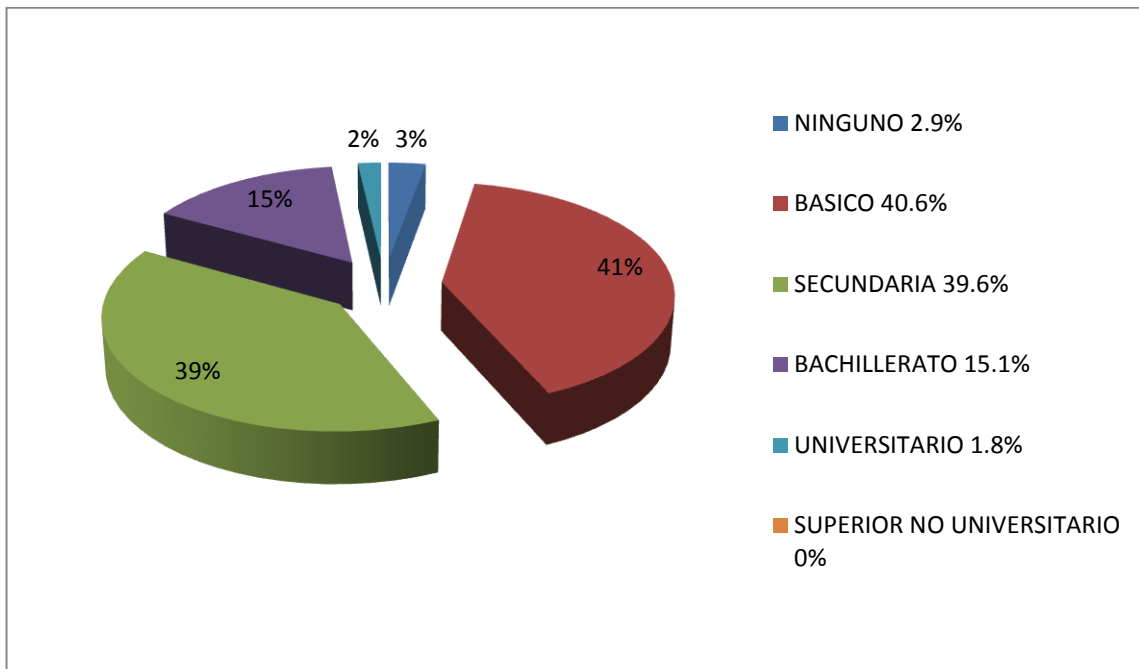
ANÁLISIS:

El 40.6% tienen nivel de escolaridad básico (parvularia a 5to grado), el 39.6% presenta un grado de escolaridad secundaria (6to a 9no grado), bachillerato representa el 15.1% de la población encuestada, el 2.9% no tiene ningún grado de escolaridad y solo 1.8% tiene grado académico universitario.

INTERPRETACIÓN:

Según los datos obtenidos puede afirmarse que el mayor porcentaje de la población entrevistada tiene nivel de escolaridad bajo, lo cual es preocupante porque la baja escolaridad de la población crea un efecto negativo en la salud de las personas, en este caso, la nutrición.

Gráfico 4: Escolaridad de la madre o responsable.



Fuente: Tabla 7.

Tabla 8: Edad del niño o niña.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Menor de un año	74	26.6
De 1 a menor de 2 años	86	30.9
De 2 a menor de 3 años	59	21.2
De 3 a menor de 4 años	47	16.9
De 4 a 5 años	12	4.3
Total	278	100.0

Fuente: Cédula de entrevista.

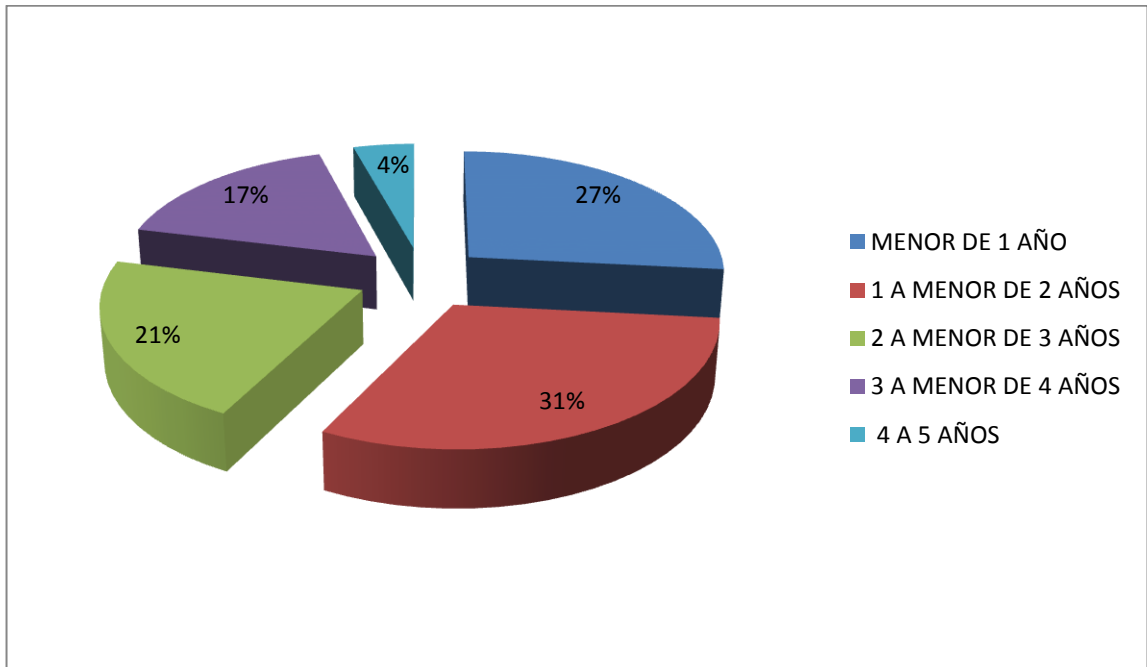
ANÁLISIS:

En el cuadro anterior se observa la muestra de la población a estudiar en base a la edad de los niños/as que asistieron a los controles de crecimiento y desarrollo, de los cuales el 30.9% corresponde a niños y niñas con edades entre 1 a menor de 2 años, el 26.6% son menores de un año, el 21.2% son niños/as con edades entre 2 a menores de 3 años, el 16.9% tienen edades entre 3 a menores de 4 años y 4.3% tienen edades entre 4 a 5 años.

INTERPRETACIÓN:

La mayoría de niños y niñas que se han incluido en la investigación corresponden al rango de edad comprendido entre 1 a menor de 2 años, seguido de niños y niñas menores de un año, y a medida que aumenta sus edades así disminuye la asistencia a sus controles de crecimiento y desarrollo, esto debido en primer lugar a que según la normativa AIEPI se va espaciando la frecuencia de controles según el niño crece y en segundo lugar, las madres dejan de asistir con sus niños a los controles a medida estos van creciendo y de esta forma podría descuidarse el estado nutricional de los niños y al no asistir a los controles el personal de salud no pueden detectarlo precozmente.

Gráfico 5: Edad del niño o niña.



Fuente: Tabla 8.

Tabla 9: Sexo del niño o niña.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	126	45.3
Femenino	152	54.7
Total	278	100.0

Fuente: Cédula de entrevista.

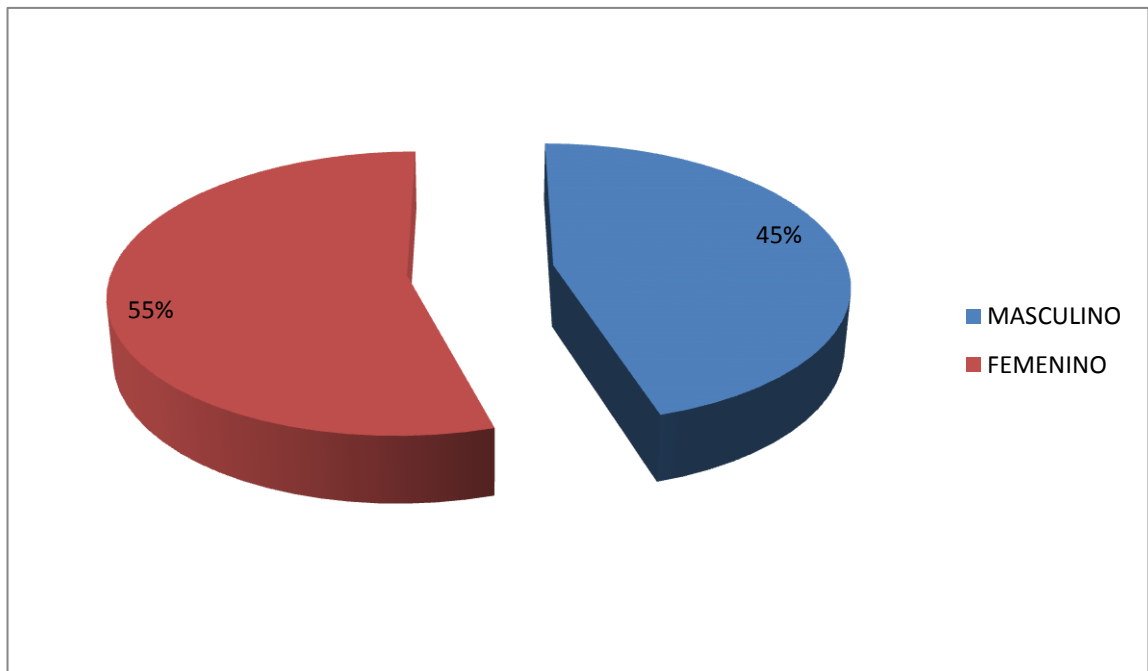
ANÁLISIS:

El cuadro anterior muestra la frecuencia de sexo de los niños y niñas incluidos/as en el estudio, donde se observa que el 54.7% corresponde al sexo femenino y el 45.3% al sexo masculino.

INTERPRETACIÓN:

En base a la muestra obtenida de la población estudiada, el género orienta para determinar la incidencia que tiene la desnutrición en cada sexo. Ya que en algunos casos las madres prestan menor atención a la alimentación de los niños y en otros casos prestan menor atención a la alimentación de las niñas según afirman algunas personas.

Gráfico 6: Sexo de la niña o niño.



Fuente: Tabla 9.

Tabla 10: Tendencia de peso del niño o niña.

Tendencia	Frecuencia	Porcentaje
Aumento	237	85.3
Disminución	12	4.3
Igual	29	10.4
Total	278	100.0

Fuente: Cédula de entrevista.

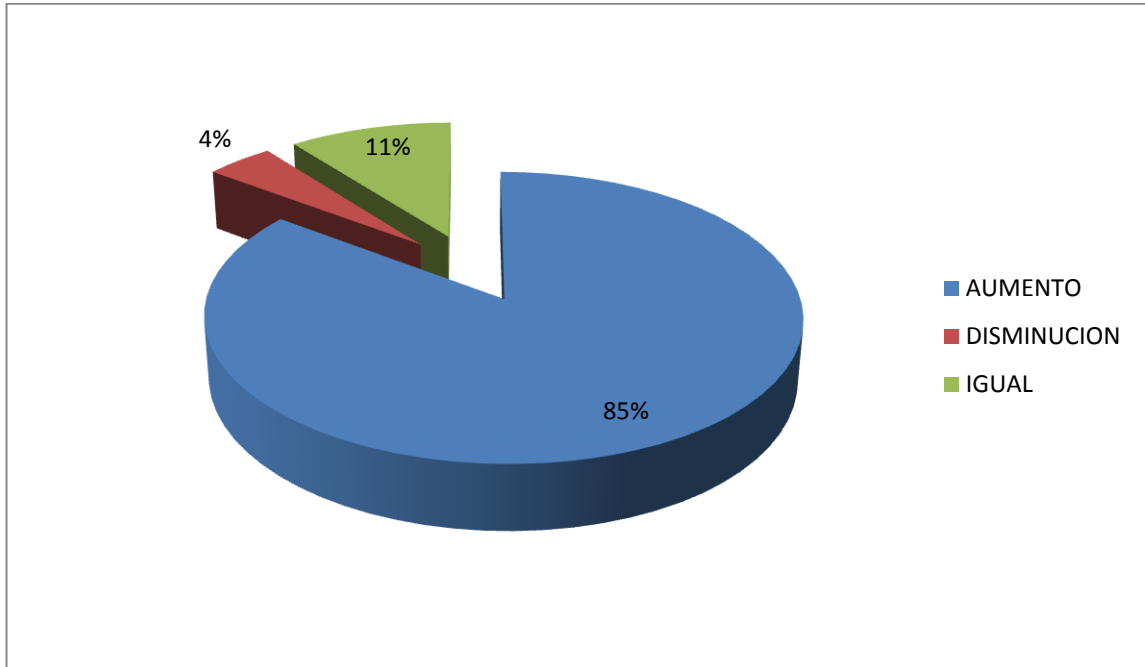
ANÁLISIS:

De la población estudiada el 85.3% ha presentado aumento de peso con respecto al control previo, el 10.4% el peso permanece igual y un 4.3% ha presentado disminución del peso.

INTERPRETACIÓN:

La mayoría de la población estudiada presenta un aumento en la tendencia de peso, sin embargo hay un porcentaje relativamente pequeño que presenta una tendencia inadecuada del peso con respecto al control previo, esto puede ser atribuido a una mala alimentación ó a padecimientos patológicos crónicos o recurrentes.

Gráfico 7: Tendencia de peso.



Fuente: Tabla 10.

Tabla 11: Estado nutricional actual del niño o niña.

Estado Nutricional	Frecuencia	Porcentaje
Peso normal	270	97.1
Desnutrición	8	2.9
Total	278	100.0

Fuente: Cédula de entrevista.

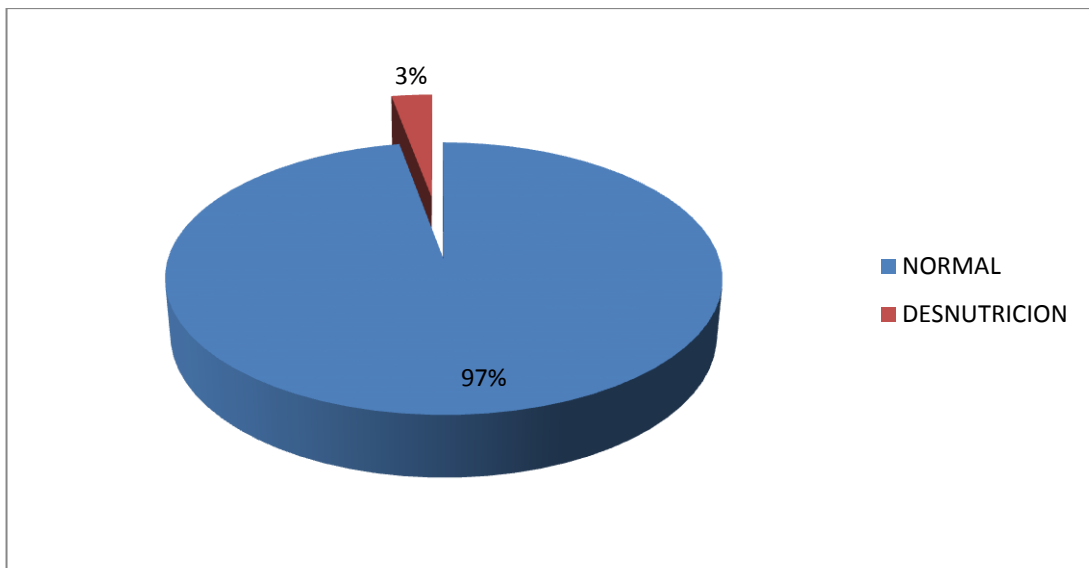
ANÁLISIS:

El 97.1% de los/as niños/as incluidas en el estudio presentan un estado nutricional actual normal, el 2.9% están con desnutrición leve y ninguno con desnutrición severa.

INTERPRETACIÓN:

De acuerdo al peso y la edad del niño/a se puede establecer su estado nutricional en base a la información recolectada, y se determina que a pesar de las diversas limitaciones a la que hacen frente día a día la población, mantienen el peso de sus hijos en un rango considerado como normal, aunque se presentan algunos casos en los que estas adversidades logran afectar el estado nutricional de los infantes. Un fenómeno característico que se observa en estos niños desnutridos es que no han llevado controles infantiles según los estipula AIEPI, es decir, de forma adecuada.

Gráfico 8: Estado nutricional actual del niño o niña.



Fuente: Tabla 11.

Tabla 12: Conocimiento sobre desnutrición.

Opinión	Frecuencia	Porcentaje
Si	270	97.1
No	8	2.9
Total	278	100.0

Fuente: Cédula de entrevista.

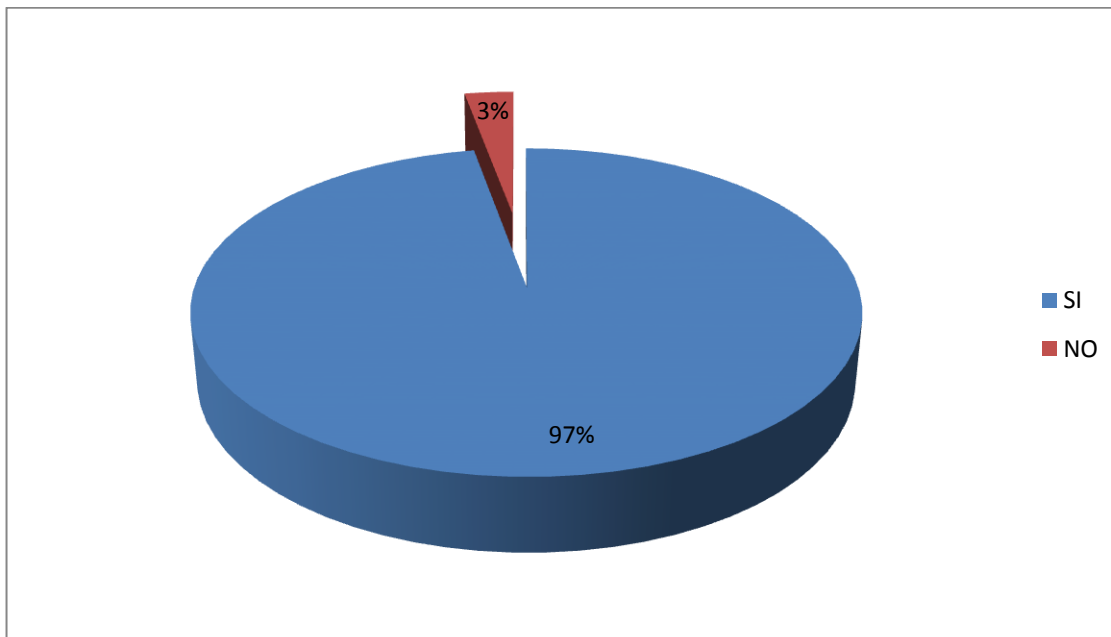
ANÁLISIS:

Tomando en cuenta la información recolectada, se determina que un 97.1% de los habitantes tienen un conocimiento acerca del significado de la desnutrición. Mientras que un 2.9% no sabe o no tiene ningún conocimiento de ella.

INTERPRETACIÓN:

Actualmente se están realizando muchos esfuerzos dirigidos a la erradicación de la desnutrición, y el área priorizada es el área rural, es por ello que la mayoría de personas han adquirido conocimientos acerca de la problemática de desnutrición, es decir, saben que es la desnutrición, pero a pesar de esto, la desnutrición sigue teniendo una prevalencia considerable.

Gráfico 9: Conocimiento sobre la desnutrición.



Fuente: Tabla 12.

Tabla 13: Conocimiento del peso del niño o niña.

Opinión	Frecuencia	Porcentaje
Si	260	93.5
No	18	6.5
Total	278	100.0

Fuente: Cédula de entrevista.

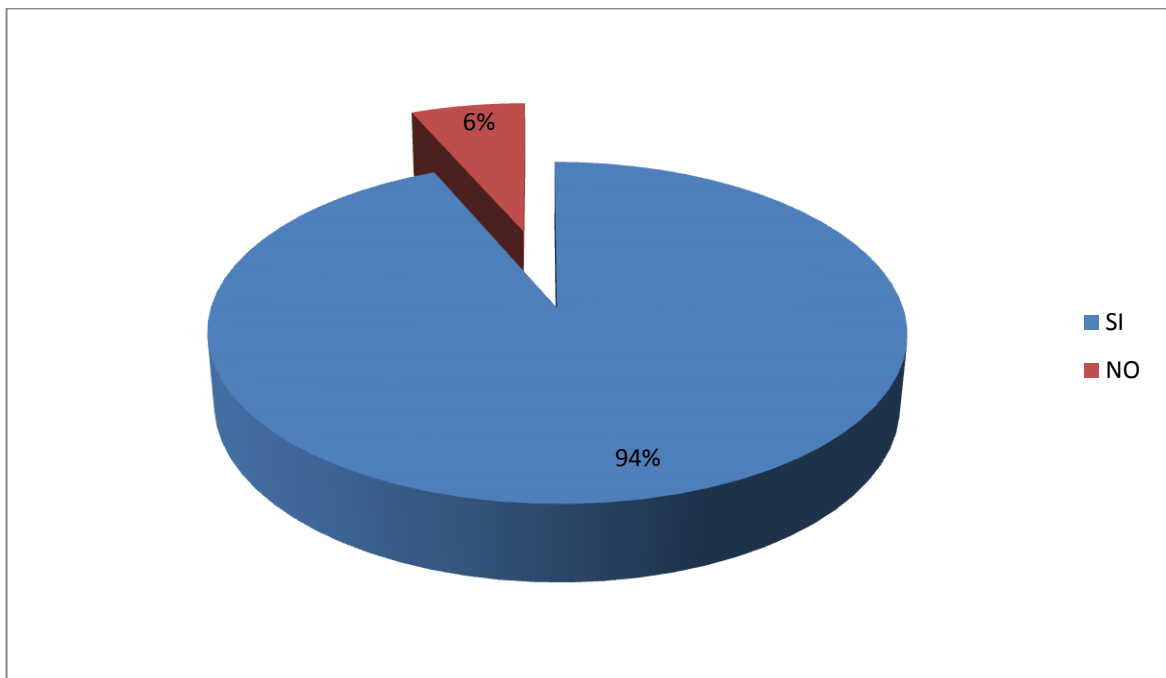
ANÁLISIS:

En base a la información recabada se puede observar que en un 93.5% se conoce por parte de los padres o encargados si el niño/a presenta un buen estado nutricional para la edad, a diferencia de un 6.5% que refiere no tener dicho conocimiento.

INTERPRETACIÓN:

Gracias a las políticas de salud existentes, y los esfuerzos en cuanto a la educación y promoción en salud, la mayoría de personas (94%) se interesan por saber si su niño tiene buen peso para la edad, y la característica común que se ha observado es que las madres cuando llevan a sus hijos a control infantil, la primera pregunta que hacen, es sobre el peso de estos.

Gráfico 10: Conocimiento sobre el peso del niño.



Fuente: Tabla 13.

Tabla 14: Enfermedades más frecuentes en los niños.

Enfermedades	Frecuencia	Porcentaje
IRA	232	83.5
Gastrointestinales	23	8.3
Enfermedad de la piel	14	5.0
IVU, cólico abdominal, parasitismo, etc.	9	3.2
Total	278	100.0

Fuente: Cédula de entrevista.

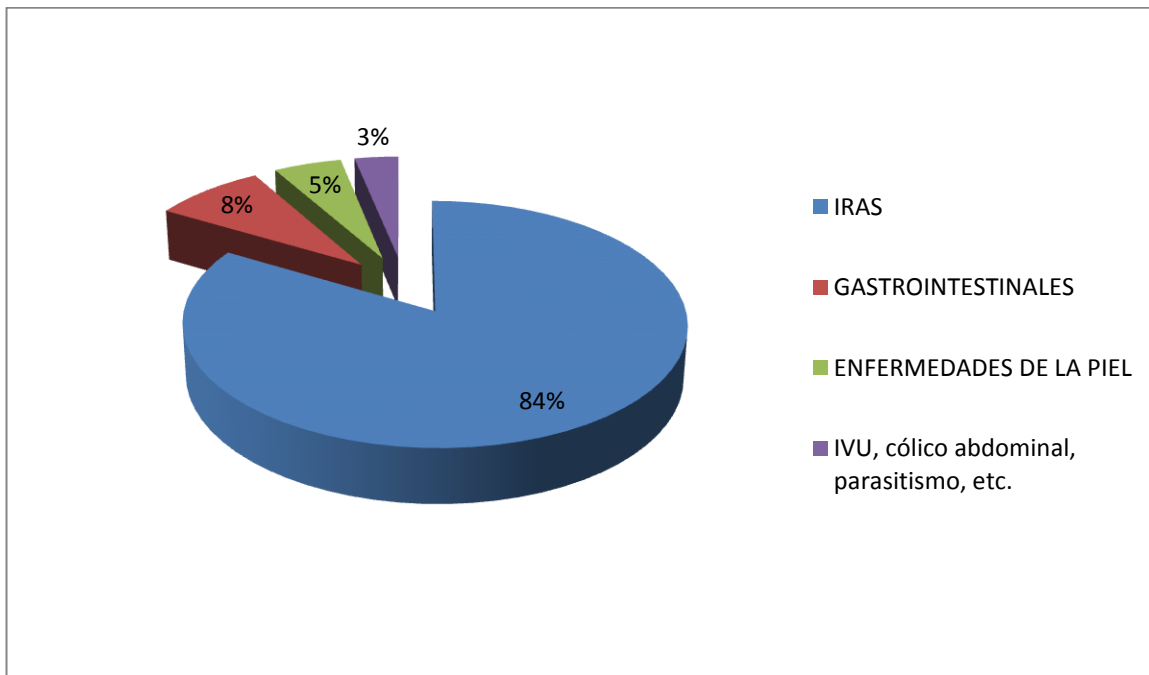
ANÁLISIS:

En base a la información del cuadro se determina que en un 85.3% predominan las infecciones respiratorias en la población infantil, las enfermedades gastrointestinales lo hacen en un 8.3%; las afecciones de la piel un 5.0% y otras afectaciones se presentan en un 3.2%.

INTERPRETACIÓN:

La incidencia de las enfermedades antes mencionadas en la población infantil obedecen a la combinación de varios factores tales como: condiciones medioambientales, grupo etario (en este caso, la población infantil) hacinamiento, estado nutricional, entre otros. Cuando estas enfermedades se presentan frecuentemente en los niños, estos presentan disminución del apetito, afectando así su estado nutricional.

Gráfico 11: Enfermedades más frecuentes en los niños.



Fuente: Tabla 14.

Tabla 15: ¿El niño recibió lactancia materna exclusiva?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	161	57.9
No	117	42.1
Total	278	100.0

Fuente: Cédula de entrevista.

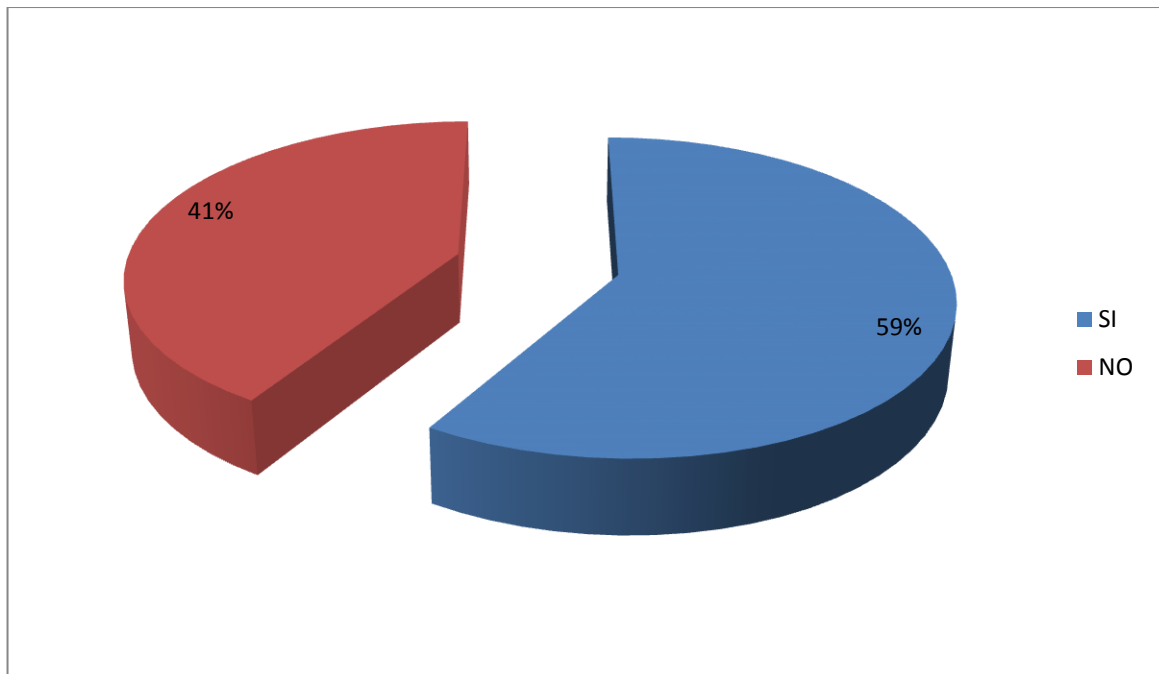
ANÁLISIS:

De la población estudiada el 57.9% manifiesta que su niño recibió lactancia materna exclusiva, mientras que un 42.1% no la recibió.

INTERPRETACIÓN:

Fomentar la lactancia materna exclusiva es un reto por parte del personal de salud, y aunque el 59% de madres que dieron lactancia materna exclusiva, es necesario aumentar ese porcentaje puesto que de esta manera la madre le transmitiría las defensas inmunológicas al niño y este podría ser menos susceptible a enfermedades; sin embargo, existen grandes barreras que solo se pueden superar mediante la educación constante para lograr concientizar a las personas, así como la colaboración del sector de salud privado.

Gráfico 12: Lactancia materna exclusiva.



Fuente: Tabla 15.

Tabla 16: Tipo de vivienda donde viven.

Tipo de vivienda	Frecuencia	Porcentaje
Adobe o bahareque	48	17.3
Champa	24	8.6
Mixta	206	74.1
Total	278	100.0

Fuente: Cédula de entrevista.

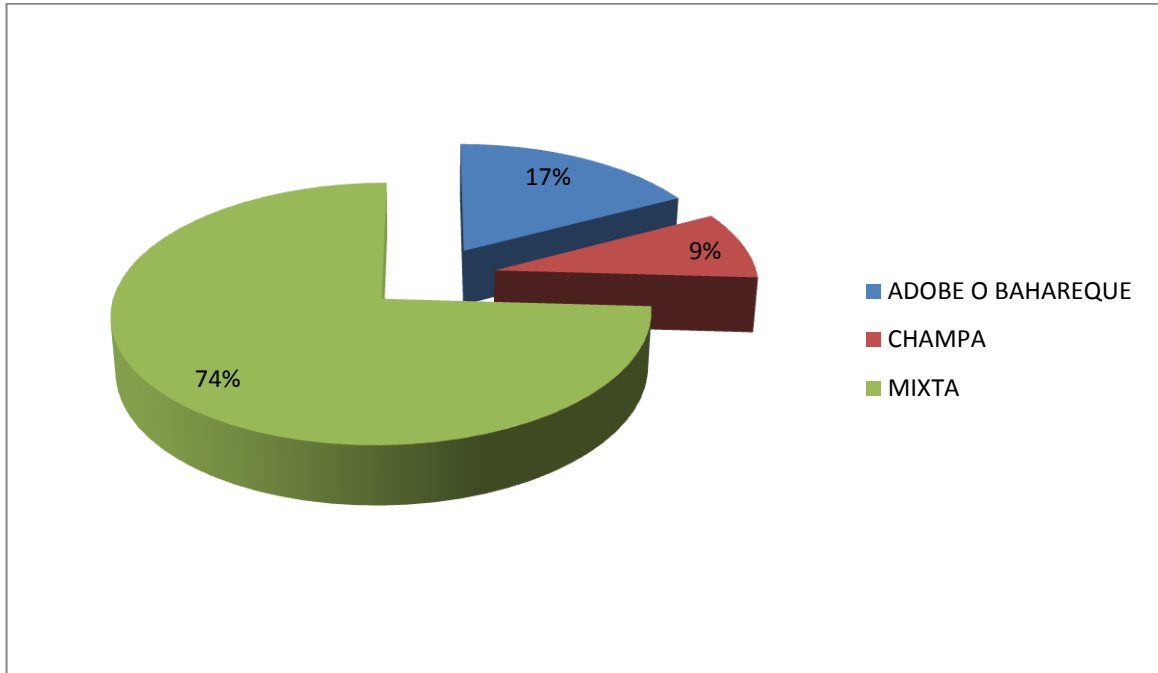
ANÁLISIS:

Del total de personas estudiada, el 74.1% vive en casas tipo mixta, el 17.3% vive en casas de adobe o bahareque y el 8.6% vive en champas.

INTERPRETACIÓN:

Se puede destacar que el tipo de vivienda tiene relación con el estado nutricional de los niños; no todos los niños que viven en casas de bahareque están desnutridos pero si la mayoría de niños desnutridos viven en este tipo de vivienda o en champas en mayor proporción, es decir, personas con menos recursos económicos. (Ver tabla 32)

Gráfico 13: Tipo de vivienda.



Fuente: Tabla 16.

Tabla 17: Número de personas que habitan la vivienda.

Número de personas	Frecuencia	Porcentaje
2	1	0.4
3	42	15.1
4 ó mas	235	84.5
Total	278	100.0

Fuentes: Cédula de entrevista.

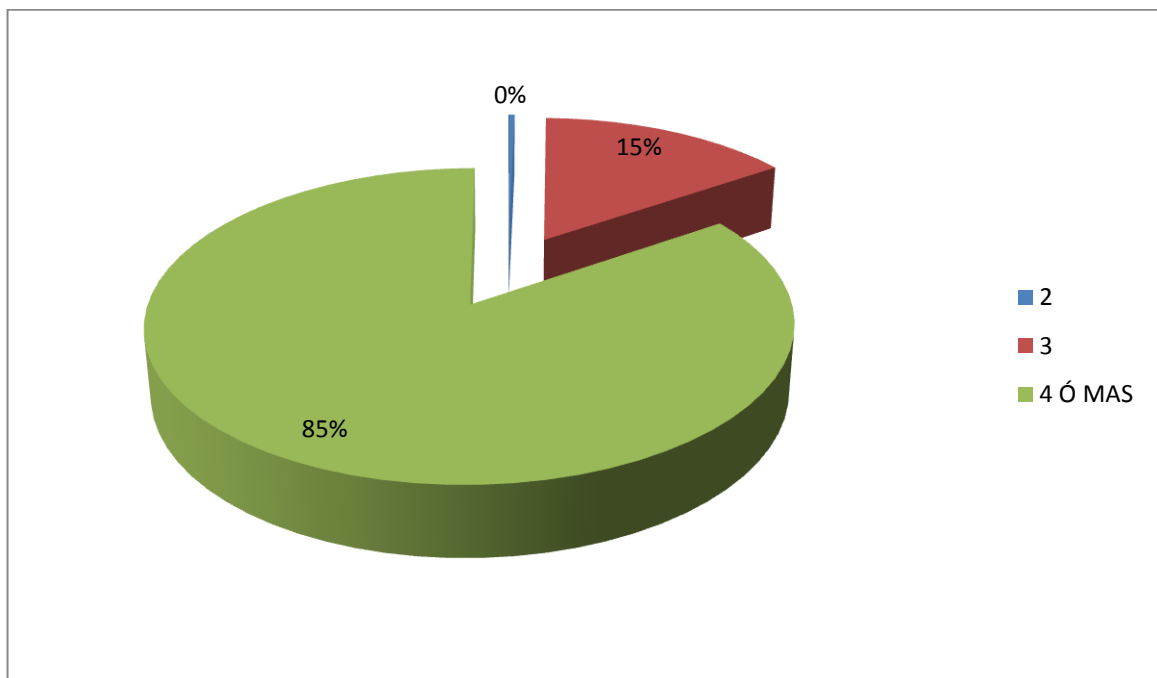
ANÁLISIS:

De la población entrevistada encontramos que el 84.5% habitan 4 ó más personas en la vivienda, en 15.1% de los casos habitan 3 personas y sólo en el 0.4% habitan 2 personas en la vivienda.

Interpretación:

Se puede destacar que en la mayoría de las familias hay más de 4 personas en la vivienda lo cual es un factor predisponente de algunas patologías que afectan principalmente a la población infantil y su estado nutricional, esto junto a los bajos recursos económicos y pocos hábitos higiénicos puede predisponer a desnutrición.

Gráfico 14: Número de personas que habitan la vivienda.



Fuente: Tabla 17.

Tabla 18: Miembros de la familia que trabajan.

Número	Frecuencia	Porcentaje
1	170	61.2
2	74	26.6
3 o mas	20	7.2
ninguna	14	5.0
Total	278	100.0

Fuente: Cédula de entrevista.

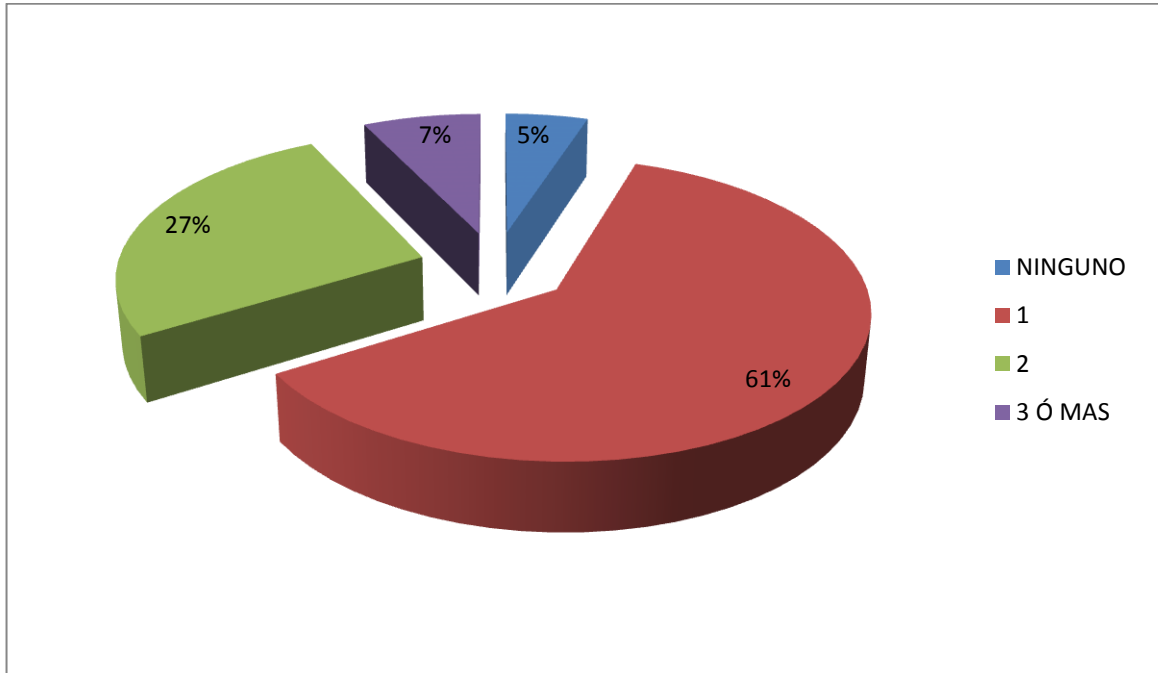
ANÁLISIS:

En el 61.2% de los casos trabaja una persona, 2 personas cuentan con trabajo remunerado en el 26.6%, 3 o más en el 7.2% y ninguna persona trabaja en el 5% de los entrevistados.

INTERPRETACIÓN:

En la mayoría de familias al menos una persona cuenta con trabajo remunerado, sin embargo también hay familias en las que no se cuenta con ingresos económicos de manera regular haciéndolos de escasos recursos económicos y volviéndolos en población con riesgo social y también de padecer desnutrición.

Gráfico 15: Miembros de la familia que trabajan.



Fuente: Tabla 18.

Tabla 19: Ingreso mensual de la familia.

Ingreso	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 100	25	9.0
Salario mínimo	137	49.3
Mayor del salario mínimo	116	41.7
Total	278	100.0

Fuente: Cédula de entrevista.

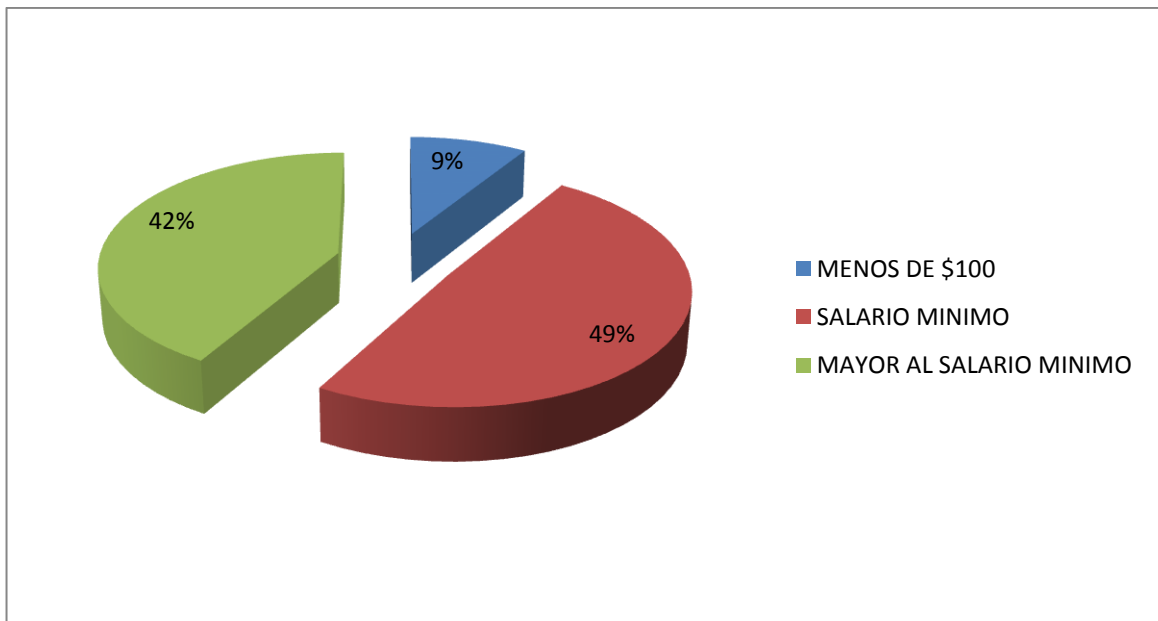
ANÁLISIS:

En base a la información recabada se puede observar que 41.7% cuentan con ingresos superiores al salario mínimo, un 49.3% perciben el salario mínimo y el 9% menos del salario mínimo.

INTERPRETACIÓN:

La mayoría de la población estudiada tiene ingresos económicos, sin embargo, mayormente son ingresos de salario mínimo el cual es bajo y no alcanza a cubrir las necesidades de un hogar y con esto no alcanzar una dieta balanceada y adecuada en cantidad por el alto costo de la canasta básica, esto afecta más al estado nutricional de los niños menores de 5 años.

Gráfico 16: Ingreso mensual de la familia.



Fuente: Tabla 19.

Tabla 20: Familias que reciben otros ingresos.

Otros Ingresos	Frecuencia	Porcentaje
Si	68	24.5
No	210	75.5
Total	278	100.0

Fuente: Cédula de entrevista.

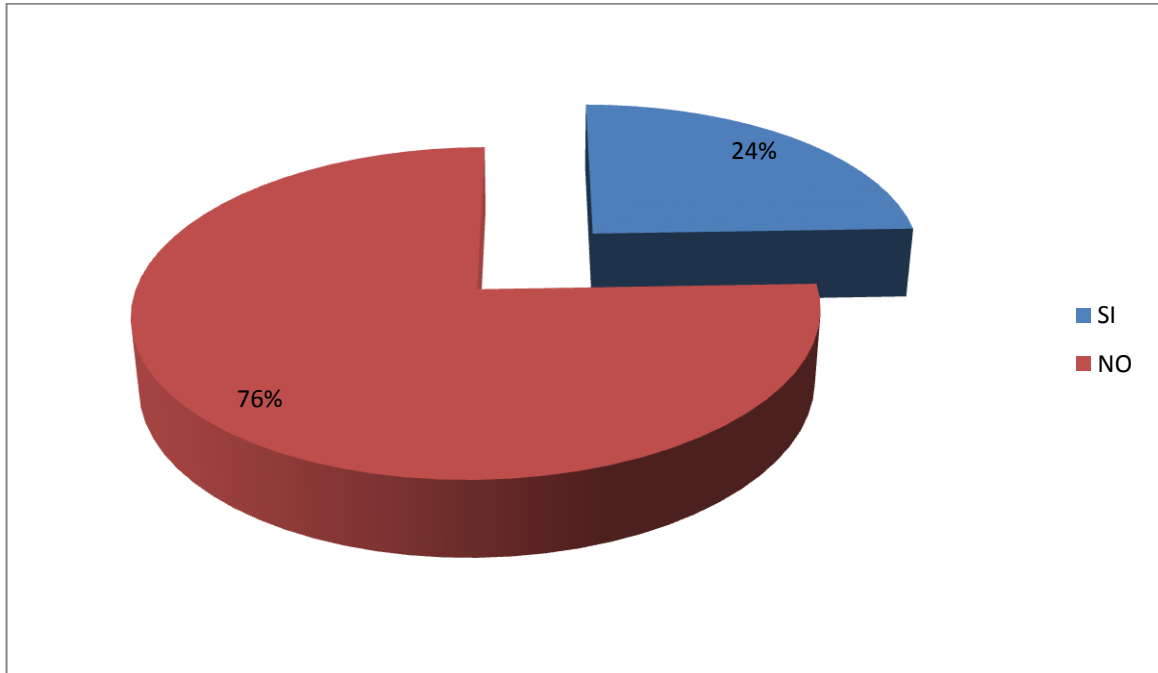
ANÁLISIS:

El 24.5% de los entrevistados cuentan con otros ingresos mientras que el 75.5% no reciben más ingresos.

INTERPRETACIÓN:

La mayoría de familias no cuentan con ingresos extras a lo percibido por su empleo; los que tienen más ingresos es debido a las remesas del extranjero lo cual viene a ayudar a la economía de la familia, sin embargo, son pocas. Al tener pocos ingresos económicos es más difícil para la familia tener acceso a todos los productos de la canasta básica y con ello no alcanzar una dieta balanceada aumentando el riesgo de padecer desnutrición.

Gráfico 17: Familias que reciben otros ingresos.



Fuente: Tabla 20.

Tabla 21: Tipo de religión.

Grupo religioso	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	35	12.6
Católico	141	50.7
Evangélico	102	36.7
Total	278	100.0

Fuente: Cédula de entrevista.

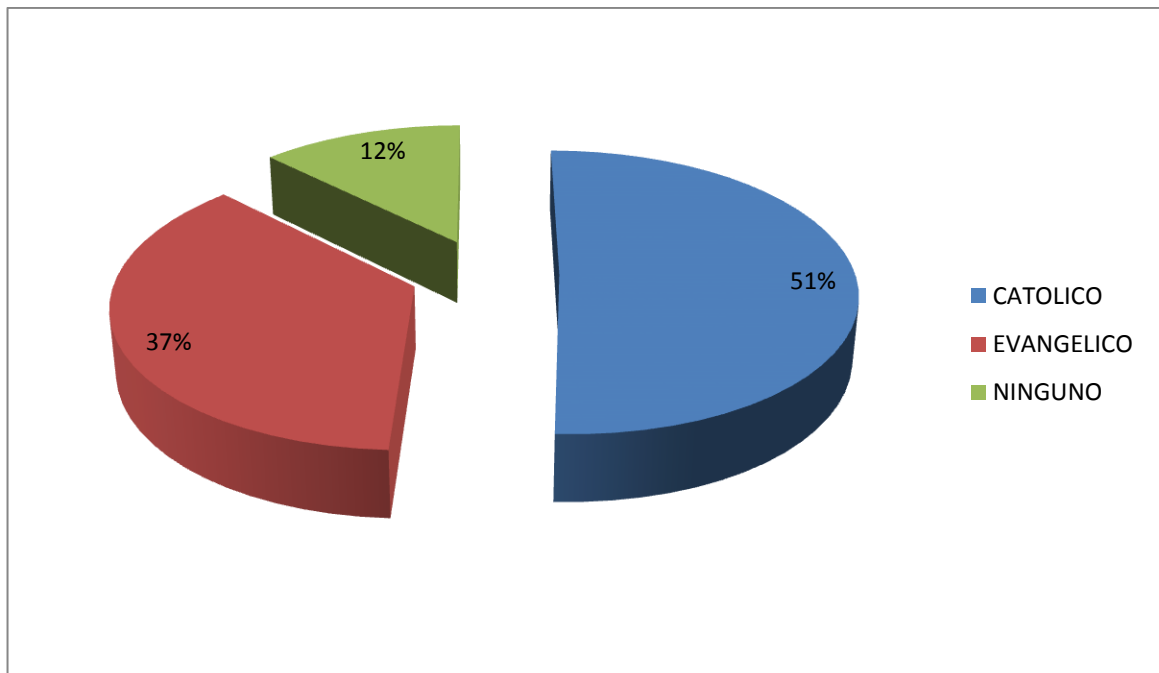
ANÁLISIS:

De la población estudiada el 50.7% pertenece a la religión católica, 36.7% a la evangélica y 12.6% no pertenece a ninguna religión.

INTERPRETACIÓN:

El grupo religioso incide en cuanto a la educación de sus miembros puesto que en algunas religiones evangélicas brindan educación integral a las familias y también a los niños en escuelas dominicales, también en la religión católica se brinda educación a las familias y cuando hay una familia en dificultades de cualquier tipo como por ejemplo la desnutrición estos pueden dar apoyo espiritual, educacional y hasta económico. Un 12% no pertenece a ningún grupo religioso por lo cual podrían carecer de este apoyo.

Gráfico 18: Grupo religioso.



Fuente: Tabla 21.

Tabla 22: Tipo de letrina.

Tipo de letrina	Frecuencia	Porcentaje
Abonera	10	3.6
Fosa	156	56.1
Lavable	99	35.6
A cielo abierto	13	4.7
Total	278	100.0

Fuente: Cédula de entrevista

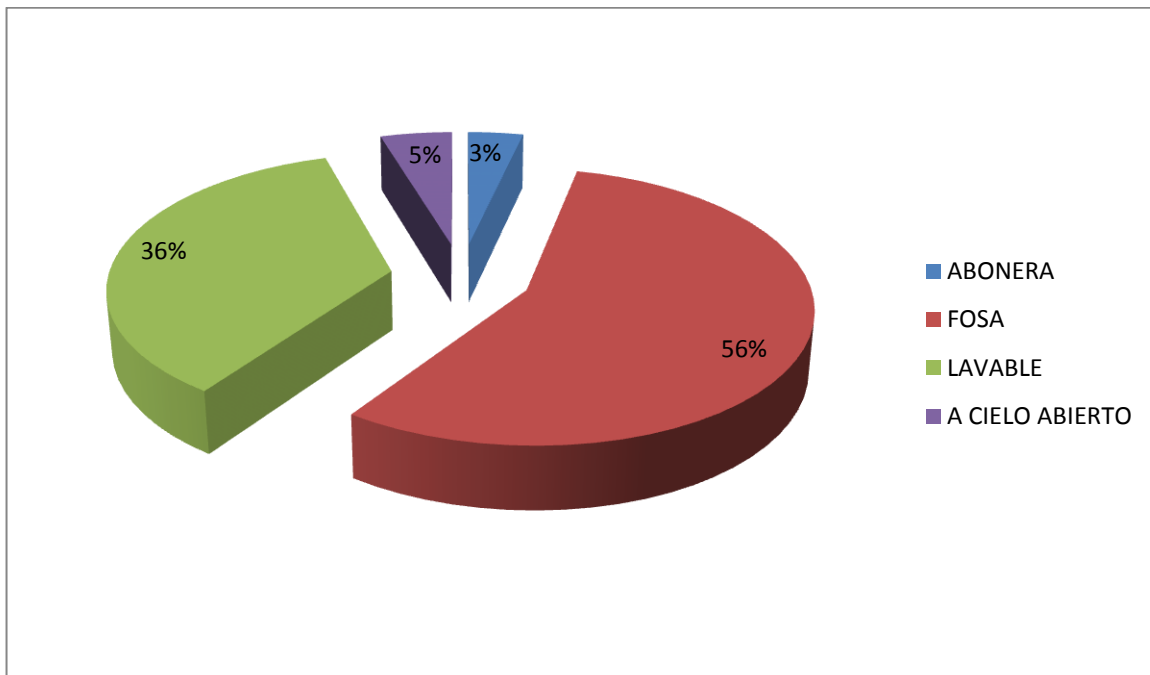
ANÁLISIS:

Según los datos obtenidos encontramos que el 56.1% cuenta con letrina de fosa, 35.6% con servicio lavable, 4.7% hacen sus necesidades a cielo abierto y 3.6% cuentan con letrina abonera.

INTERPRETACIÓN:

La mayoría de las familias estudiadas cuentan con una adecuada disposición de excretas, entre letrina abonera, de fosa y lavable suman 95.3% lo cual es muy bueno porque así se pueden prevenir muchos padecimientos que afectan el estado de salud de las personas; sin embargo, el 56.1% tienen letrina de fosa la cual si no se le da un buen uso, disposición o mantenimiento adecuado puede favorecer fácilmente la proliferación de vectores como moscas y cucarachas pudiendo provocar enfermedades gastrointestinales y parasitismo mayormente en los niños y esto afectaría su estado nutricional con tanta facilidad como si no tuvieran letrina.

Gráfico 19: Tipo de letrina.



Fuente: Tabla 22.

Tabla 23: Familias que cuentan con agua potable.

Agua potable	Frecuencia	Porcentaje
Si	151	54.3
No	127	45.7
Total	278	100.0

Fuente: Cédula de entrevista.

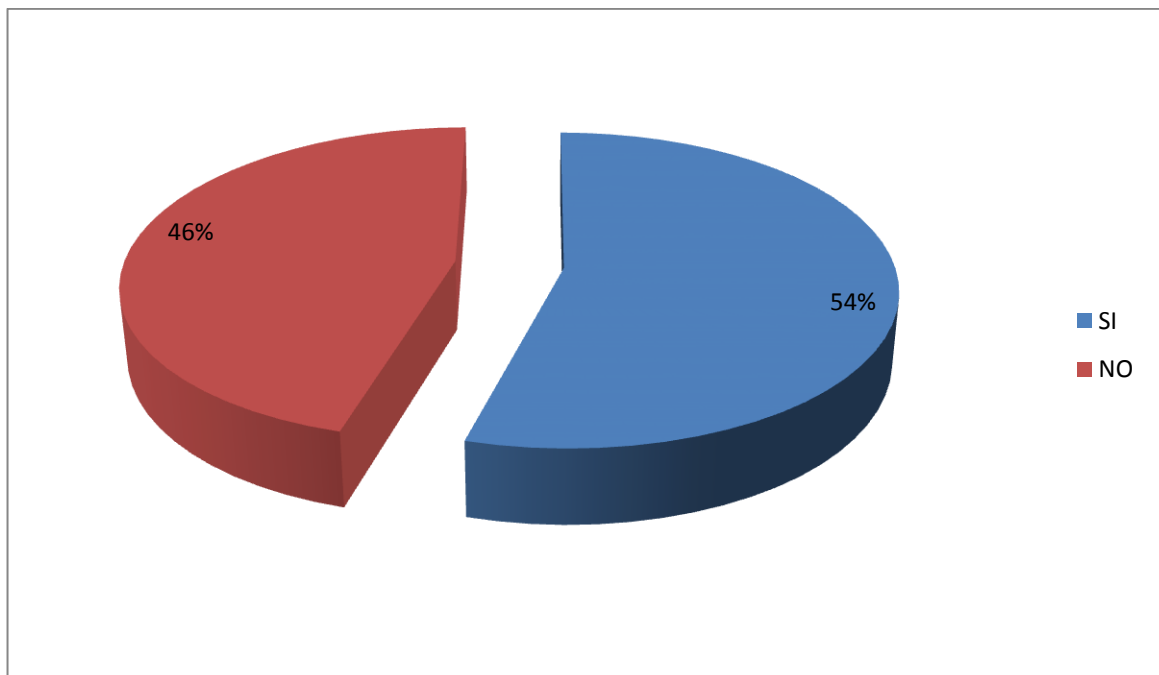
ANÁLISIS:

Un 54.3% de la población interrogada cuenta con servicio de agua potable, mientras que 45.7% no cuenta con este servicio.

INTERPRETACIÓN:

Es preocupante conocer que casi la mitad de la población no cuenta con servicio de agua potable, tampoco pueden comprarla así que tienen que hacer uso del agua de los ríos, quebradas, manantiales naturales y pozos, los cuales poseen agua de apariencia limpia pero no está tratada y puede ser una fuente de infecciones gastrointestinales y parasitarias que afectan la salud y estado nutricional de los niños pudiendo producir desnutrición.

Gráfico 20: Familias que cuentan con agua potable.



Fuente: Tabla 23.

Tabla 24: Familias que cuentan con energía eléctrica.

Energía eléctrica	Frecuencia	Porcentaje
Si	263	94.6
No	15	5.4
Total	278	100.0

Fuente: Cédula de entrevista.

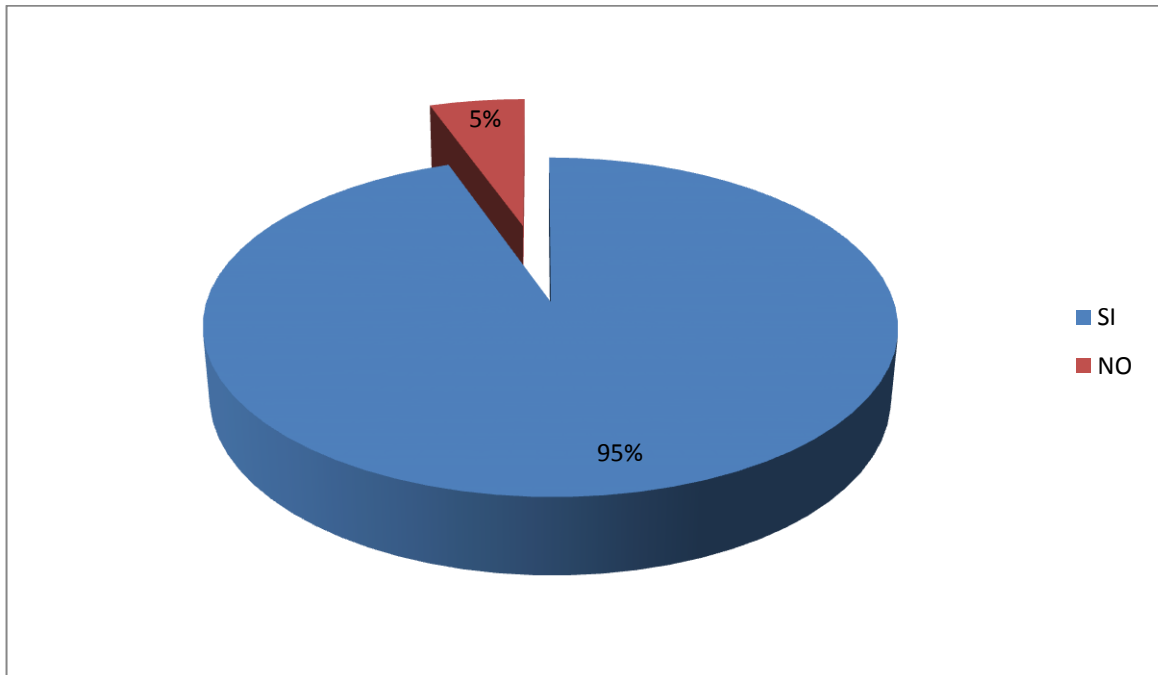
ANÁLISIS:

El 94.6% cuentan con servicio de energía eléctrica y sólo el 5.4% no cuentan con este servicio.

INTERPRETACIÓN:

La mayoría de la población cuenta con energía eléctrica es sus viviendas lo cual es bueno porque pueden usar algunos utensilios de hogar que son eléctricos y que pueden facilitar a una mejor preparación de los alimentos de los niños.

Gráfico 21: Familias que cuentan con energía eléctrica.



Fuente: Tabla 24.

Tabla 25: Familias que cuentan con servicio de tren de aseo.

Opinión	Frecuencia	Porcentaje
Si	76	27.3
No	202	72.7
Total	278	100.0

Fuente: Cédula de entrevista.

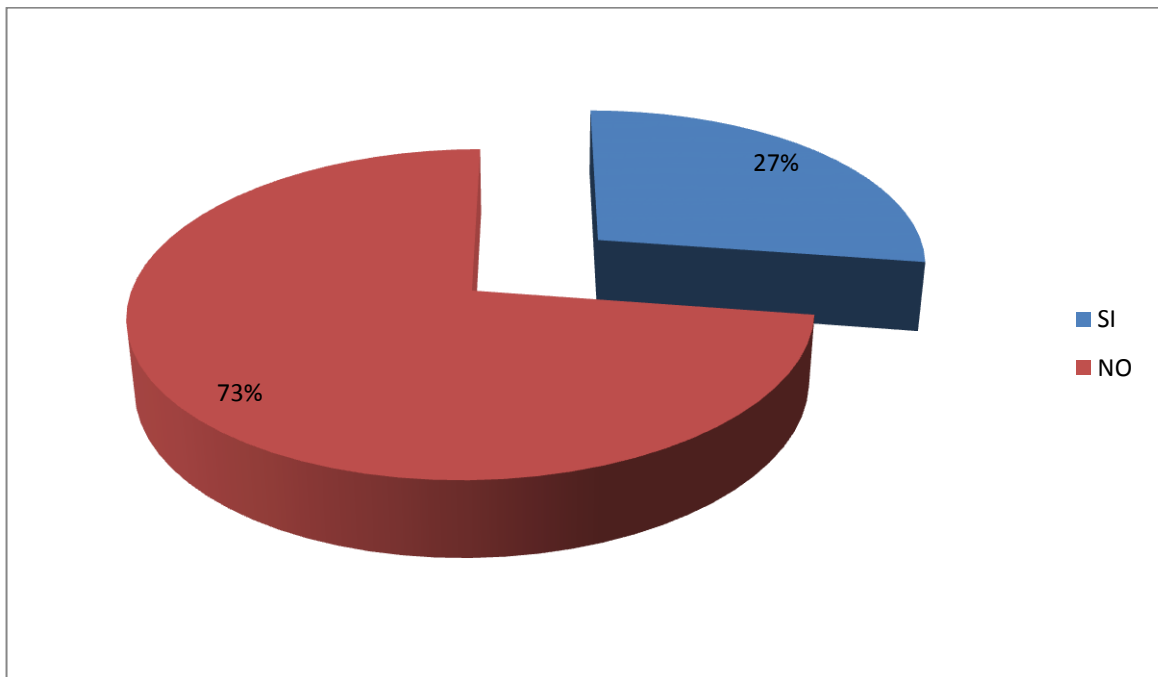
ANÁLISIS:

De la población estudiada el 27.3% cuenta con servicio de tren de aseo y el 72.7% no cuenta con este servicio.

INTERPRETACIÓN:

El acceso a los servicios básicos es importante, sin embargo se deben unificar e incrementar los esfuerzos para que la población tenga acceso a ellos. Tener servicio de tren de aseo puede evitar enfermedades respiratorias, gastrointestinales y otras enfermedades que si afectan frecuentemente a los niños pueden perjudicar su estado nutricional y con ello favorecer la relación infección - desnutrición.

Grafico 22: Familias que cuentan con servicio de tren de aseo.



Fuente: Tabla 25.

Tabla 26: Lugar donde guardan los alimentos.

Lugar	Frecuencia	Porcentaje
Refrigerador	247	88.8
Tapesco	5	1.8
Olla	20	7.2
Cumbo, recipiente con tapadera, bolsa plástica.	6	2.2
Total	278	100.0

Fuente: Cédula de entrevista.

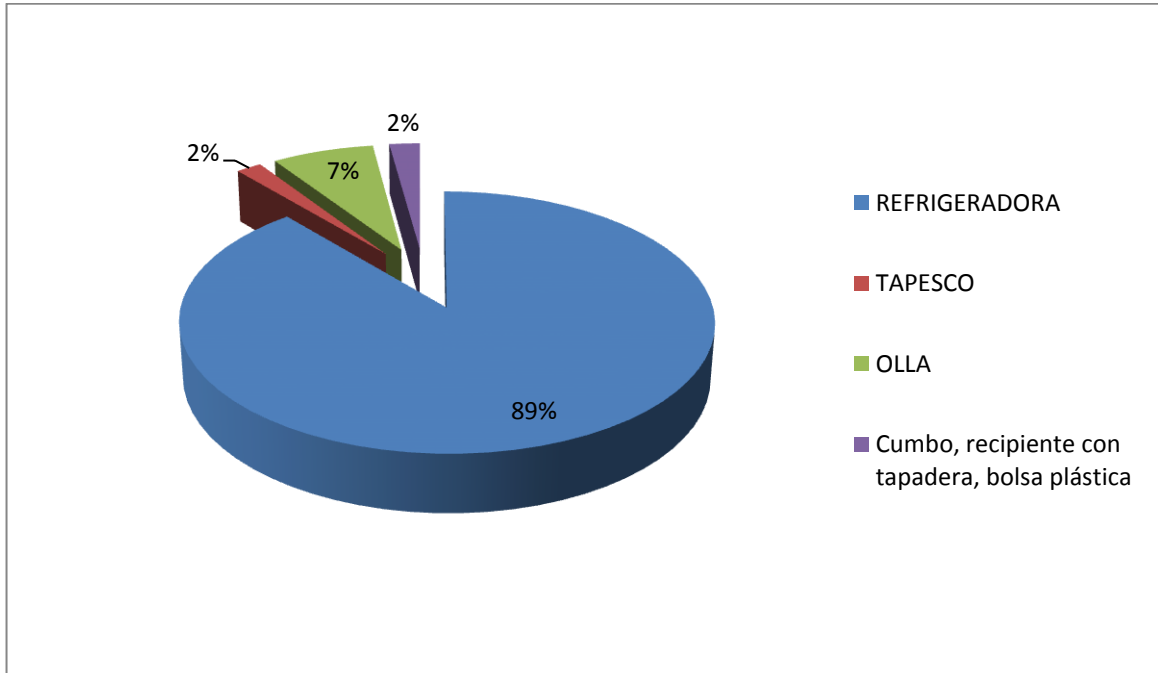
ANÁLISIS:

El 88.8% de los entrevistados cuenta con refrigeradora para resguardar los alimentos de consumo humano, 1.8% los resguarda en tapesco, 7.2% en olla y 2.2% los resguarda en otro tipo de utensilio.

INTERPRETACIÓN:

La mayoría de la población estudiada cuenta con una forma de resguardar los alimentos que es óptima y ayuda a alargar la vida útil de algunos alimentos además de conservarlos o preservarlos, de esta forma es posible prevenir algunas enfermedades que son capaces de alterar el estado nutricional de los niños. Sin embargo por falta de energía eléctrica o falta de recursos económicos, una parte de la población estudiada no cuenta con esta alternativa.

Gráfico 23: Lugar donde guardan los alimentos.



Fuente: Tabla 26.

Tabla 27: Lugar donde consultan si el niño se enferma.

Lugar	Frecuencia	Porcentaje
Médico particular	8	2.9
UCSF	266	95.7
Seguro Social, Hospitales	4	1.4
Total	278	100.0

Fuente: Cédula de entrevista.

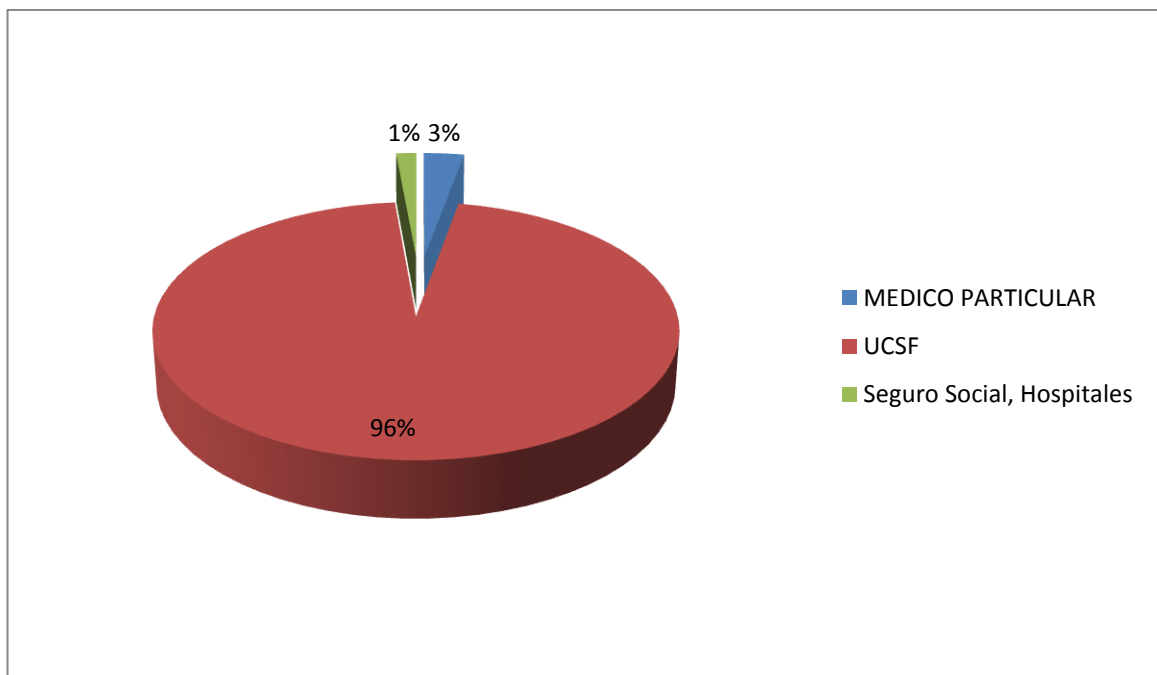
ANÁLISIS:

El 95.7% asiste primero a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar cuando sus hijos se enferman, 2.9% asiste a un médico particular y 1.4% otras alternativas.

INTERPRETACIÓN:

Gracias a los esfuerzos por ampliar la red de servicios de salud y acercamiento de estos a la población es que las personas escogen como primera opción los establecimientos públicos de primer nivel de atención, en donde en cada consulta se les toma peso y talla y de esta manera se podría diagnosticar precozmente la desnutrición. También porque la atención se ha mejorado con el pasar del tiempo y es gratuita. Además se puede agregar que la mayoría de familias cuentan con un salario mínimo o menos el cual dificulta tener una atención medica privada.

Gráfico 24: Lugar donde consultan si el niño se enferma.



Fuente: Tabla 27.

Tabla 28: Tipo de alimentación predominante.

Alimento Predominante	Frecuencia	Porcentaje
Harinas	104	37.4
Grasas	4	1.4
Frutas y verduras	28	10.1
Carnes, lácteos y sus derivados	49	17.6
Seno materno, Formula láctea	93	33.5
Total	278	100.0

Fuente: Cédula de entrevista.

ANÁLISIS:

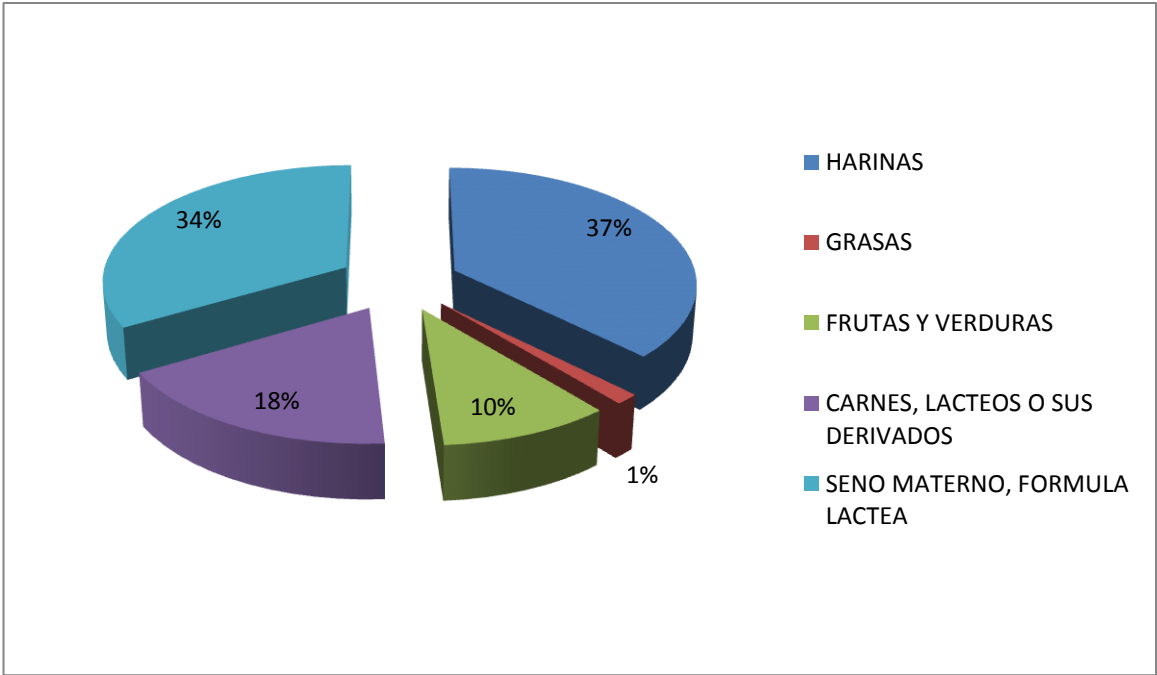
El 37.4% de los menores de 5 años se alimentan a predominio de harinas (carbohidratos), 33.5% de otra manera como alimentación balanceada, fórmulas lácteas, seno materno, 10.1% a base de frutas y verduras, y 17.6% a base de carnes, lácteos y sus derivados, es decir, proteínas; mientras que el 1.4% tiene alimentación a predominio de grasas.

INTERPRETACIÓN:

Para conseguir una población sana, es necesario fomentar en la niñez, prácticas alimenticias adecuadas, es decir, tener una dieta acorde a la edad, esto se traduce en que los infantes se alimenten al seno materno, lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses de vida, luego ir incluyendo en su dieta otros tipos de alimentos acorde a su edad hasta llegar a una alimentación completa y balanceada ayudando con esto a evitar la mal

nutrición y a adoptar malos hábitos alimenticios; sin embargo, la mayoría se alimenta a predominio de harinas (carbohidratos) en forma de atoles en su mayoría, lo cual puede producir Kwashiorkor (desnutrición) y afectar la salud de los niños.

Gráfico 25: Tipo de alimentación predominante.



Fuente: Tabla 28.

5.2 COMPROBACIÓN DE LAS HIPÓTESIS

Con el objetivo de comprobar las hipótesis, estas se plantean nuevamente, se muestran los datos de desnutrición obtenidos del sistema informático del MINSAL los cuales se muestran en una tabla.

Posteriormente haciendo uso de fórmulas estadísticas se compilan los datos a fin de realizar la prueba de hipótesis; para lo cual se usó la fórmula de prevalencia para la comprobación de la hipótesis general y luego para la hipótesis específica se usan fórmulas de chi-cuadrado y otras necesarias para obtener este resultado.

Hipótesis General

H₁₁: La prevalencia de desnutrición en los niños y niñas menores de 5 años inscritos en el Programa de Atención Integral a las Principales Enfermedades Prevalentes de la Infancia en las UCSF San Pedro Chirilagua y Uluazapa en San Miguel es mayor a 5.6%⁴.

H₁₂: La prevalencia de desnutrición en los niños y niñas menores de 5 años inscritos en el Programa de Atención Integral a las Principales Enfermedades Prevalentes de la Infancia en la UCSF de Santa Rosa de Lima, en La Unión es mayor a 5.2%⁴.

H₀: La prevalencia de desnutrición en los niños y niñas menores de 5 años inscritos en el Programa de Atención Integral a las Principales Enfermedades Prevalentes de la Infancia en las UCSF de investigación ha disminuido.

Para comprobar la hipótesis en este caso se hace uso de los datos obtenidos del sistema informático del Ministerio de Salud y de la fórmula para la obtención de la prevalencia.

Datos obtenidos del sistema informático del Ministerio de Salud SIMMOW

Según la revisión del sistema de los años 2010, 2011 y 2012 se encuentran los siguientes datos de desnutrición en niños menores de 5 años en las UCSF de estudio.

Tabla 29: Niños con desnutrición y desnutrición severa en los años 2010 a 2012

UCSF de estudio	Desnutrición	Desnutrición severa	Total desnutridos
San Pedro Chirilagua	9	2	11
Uluazapa	26	1	27
Santa Rosa de Lima	150	3	153
TOTAL	185	6	191

Tabla 30: Casos de desnutrición en las UCSF de estudio por rango de edad en los años 2010 a 2012.

UCSF	< de 1 año	De 1 a < de 2 años	De 2 a < de 5 años
San Pedro Chirilagua	4	1	6
Uluazapa	9	7	11
Santa Rosa de Lima	18	22	113
TOTAL	31	30	130

Tabla 31: Casos de desnutrición en las UCSF de estudio por sexo en los años 2010 a 2012.

UCSF	Femenino	Masculino
San Pedro Chirilagua	6	5
Uluazapa	14	13
Santa Rosa de Lima	86	67
TOTAL	106	85

De acuerdo a esto y según la fórmula para obtener la prevalencia de las UCSF San Pedro Chirilagua y Uluazapa se tiene:

Prevalencia de desnutrición en las UCSF San Pedro Chirilagua y Uluazapa.

$$Prevalencia = \frac{\text{Número de casos nuevos y antiguos}}{\text{Poblacion de estudio}} \times K$$

$$Prevalencia = \frac{38}{827} \times 100$$

$$Prevalencia = 4.6\%$$

En este caso la prevalencia de desnutrición en las UCSF de San Pedro Chirilagua ha disminuido con respecto a la que existía en 2008 según la FESAL, por lo tanto se rechaza H_{i1} y se acepta H_0 .

Prevalencia de desnutrición en la UCSF Santa Rosa de Lima.

$$Prevalencia = \frac{\text{Número de casos nuevos y antiguos}}{\text{Poblacion de estudio}} \times K$$

$$\textit{Prevalencia} = \frac{153}{3033} \times 100$$

$$\textit{Prevalencia} = 5.04\%$$

En este caso la prevalencia de desnutrición en la UCSF Santa Rosa de Lima ha disminuido con respecto a la que existía en 2008 según la FESAL, por lo tanto se rechaza H_{i2} y se acepta H_0 .

CONCLUSIÓN.

De acuerdo a los resultados obtenidos al evaluar los datos con la fórmula estadística se encuentra que la prevalencia de desnutrición en las UCSF de estudio ha disminuido por lo tanto se rechazan las hipótesis H_{i1} y H_{i2} , y se acepta la hipótesis H_0 .

Hipótesis Específica.

H_1 : En las UCSF la desnutrición en los niños menores de 5 años se ve influenciada por los factores ambientales y socioeconómicos.

H_0 : En las UCSF la desnutrición en los niños menores de 5 años no se ve influenciada por los factores ambientales y socioeconómicos.

Para comprobar las hipótesis en este caso se tiene que realizar una tabla de contingencia por cada factor individualmente

Factor Ambiental

Dentro del factor ambiental se evaluaron las siguientes variables: Tipo de vivienda y letrina.

Tabla 32: Tipo de vivienda

Estado nutricional actual del niño	Qué tipo de vivienda posee			Total
	Adobe o bahareque	Champa	Mixta	
Peso normal	47	21	202	270
Desnutrición	1	3	4	8
Total	48	24	206	278

Tabla 33: Pruebas de chi-cuadrado tipo de vivienda

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson N de casos válidos	8.705 278	2	.013

El valor de χ_{obt}^2 es de 8.705

El valor de la χ_{crit}^2 se obtiene buscando sus grados de libertad y su valor de significancia en la tabla

Grados de libertad (gl) es igual a

$$gl = (\text{Total de filas} - 1)(\text{Total de columnas} - 1)$$

$$gl = (2-1)(3-1)$$

$$gl = 2$$

Ahora buscamos en la tabla chi-cuadrado el valor de la χ^2_{crit} de 2 grados de libertad con una significancia de $\alpha = 0.05$ es igual a 5.991

Regla de decisión

$\chi^2_{crit} > \chi^2_{obt}$ Se acepta H_0

$\chi^2_{obt} \geq \chi^2_{crit}$ Se rechaza H_0

En este caso como el valor $\chi^2_{obt} > \chi^2_{crit}$, es decir que $8.705 > 5.991$, existe una relación entre el tipo de vivienda con el estado nutricional del niño.

Tabla 34: Tipo de letrina

Estado nutricional actual del niño	Qué tipo de letrina posee				Total
	Abonera	Fosa	Lavable	A cielo abierto	
Peso normal	10	153	97	10	270
Desnutrición	0	3	2	3	8
Total	10	156	99	13	278

Tabla 35: Pruebas de chi-cuadrado tipo de letrina

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	20.043	3	.000
N de casos válidos	278		

El valor de χ^2_{obt} es de 20.043

El valor de la χ^2_{crit} se obtiene buscando sus grados de libertad y su valor de significancia en la tabla

Grados de libertad (gl) es igual a

$$gl = (\text{Total de filas} - 1)(\text{Total de columnas} - 1)$$

$$gl = (2-1)(4-1)$$

$$gl = 3$$

Ahora se busca en la tabla chi-cuadrado el valor de la χ^2_{crit} de 3 grados de libertad con una significancia de $\alpha = 0.05$ es igual a 7.815

Regla de decisión

$$\chi^2_{crit} > \chi^2_{obt} \text{ Se acepta } H_0$$

$$\chi^2_{obt} \geq \chi^2_{crit} \text{ Se rechaza } H_0$$

En este caso como el valor $\chi^2_{obt} > \chi^2_{crit}$, es decir que $20.043 > 7.815$, existe una relación entre el tipo de letrina con el estado nutricional del niño.

Por tanto el tipo de vivienda y letrina incide en el estado nutricional del niño.

Tabla 36: Factor Socioeconómico

Estado nutricional actual del niño	Ingreso mensual de la familia		Total
	El salario mínimo o menos	Más del salario mínimo	
Peso normal	154	116	270
Desnutrición	8	0	8
Total	162	116	278

Tabla 37: Pruebas de chi-cuadrado factor socioeconómico.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5.898	1	.015
N de casos válidos	278		

El valor de χ_{obt}^2 es de 5.898

El valor de la χ_{crit}^2 se obtiene buscando sus grados de libertad y su valor de significancia en la tabla

Grados de libertad (gl) es igual a

$$gl = (\text{Total de filas} - 1)(\text{Total de columnas} - 1)$$

$$gl = (2-1)(2-1)$$

$$gl = 1$$

Ahora se busca en la tabla chi-cuadrado el valor de la χ_{crit}^2 de 1 grados de libertad con una significancia de $\alpha = 0.05$ es igual a 3.841

Regla de decisión

$$\chi_{crit}^2 > \chi_{obt}^2 \text{ Se acepta } H_1$$

$$\chi_{obt}^2 \geq \chi_{crit}^2 \text{ Se rechaza } H_1$$

Como el valor $\chi_{obt}^2 > \chi_{crit}^2$, es decir que $5.898 > 3.841$ por tanto el factor socioeconómico incide en el estado nutricional de los niños.

Conclusión

De acuerdo a los resultados estadísticos obtenidos al evaluar los dos factores individualmente (ambiental y socioeconómico), se obtuvo que en las UCSF de estudio la desnutrición en los niños menores de 5 años se vea influenciada por el tipo de vivienda, tipo de letrina y el ingreso mensual de la familia, por lo tanto se acepta H_1 .

6. DISCUSIÓN

Con la investigación realizada se buscaba determinar la prevalencia de desnutrición en los niños menores de 5 años en las UCSF San Pedro Chirilagua, Uluzapa y Periférica de Santa Rosa de Lima, para lo cual se tomó como periodo de tiempo los años 2010 a 2012. Se obtuvieron haciendo uso de una cédula de entrevista que se les aplicó a las madres de los niños menores de 5 años en estas UCSF y también datos del sistema de información del MINSAL el cual arrojaba que en las UCSF San Pedro Chirilagua y Uluzapa, las cuales pertenecen al departamento de San Miguel, existe una prevalencia de desnutrición de 4.6% representando una disminución de 1% en comparación con el último dato que se tenía registrado el cual fue proporcionado por la FESAL en 2008.

Por otra parte la UCSF Periférica de Santa Rosa de Lima, según la información recabada en esta investigación, presenta una prevalencia de desnutrición del 5.04%, presentando una disminución de 0.16% en comparación del estudio antes mencionado en 2008.

Cabe mencionar que según la UNICEF en los años 1995 a 2002, según un estudio que se realizó en los niños menores de 5 años en Latinoamérica y El Caribe presentaba una prevalencia de desnutrición del 7.5%, y que El Salvador en 1998 tenía una prevalencia de desnutrición del 11.8% y por lo cual la UNICEF los objetivos del milenio para disminuir estas cifras.

Según FESAL El Salvador tenía una prevalencia de desnutrición en 1988 de 15.2% en los niños menores de 5 años y muestra que ésta fue disminuyendo hasta alcanzar un

7.5% en 2008. Luego de esto no se han reportado nuevos estudios en el país que demuestren otras cifras para tenerlas de referencia.

A pesar de esto, y según los datos obtenidos de ésta investigación, se puede observar la poca disminución que ha tenido la desnutrición en el país, puesto que en 4 años y pese a los esfuerzos impulsados por políticas de salud, programas de atención infantil y priorización de esfuerzos en los niños menores de 5 años, en las UCSF San Pedro Chirilagua y Uluzapa solo se ha logrado disminuir en 1%, y es peor en la UCSF Periférica de Santa Rosa de Lima donde se ha disminuido 0.16% en los últimos 4 años

7. CONCLUSIONES.

1. La prevalencia de desnutrición en los niños y niñas menores de 5 años de las UCSF de Uluazapa y San Pedro Chirilagua en San Miguel y UCSF Periférica Santa Rosa de Lima en La Unión en el periodo de 2010 a 2012 es baja en comparación con el último dato proporcionado por FESAL en 2008 que eran de 5.6% y 5.2% respectivamente.
2. La prevalencia de desnutrición en las UCSF Uluazapa y San Pedro Chirilagua en San Miguel es de 4.6% en los periodo 2010 a 2012, mientras que en 2008 según FESAL fue de 5.6%.
3. La prevalencia de desnutrición en la UCSF Periférica Santa Rosa de Lima es de 5.04% en el periodo 2010 a 2012, mientras que en 2008 según FESAL fue de 5.2%.
4. Los factores ambientales como el tipo de vivienda y tipo de letrina están relacionados con la desnutrición, puesto que al aplicar la prueba que de Chi-cuadrado se encuentra que en el caso del tipo de vivienda se encontró que $\chi_{obt}^2 > \chi_{crit}^2$, es decir que $8.705 > 5.991$, y en el caso del tipo de letrina al aplicar la prueba de Chi-cuadrado se encontró que $\chi_{obt}^2 > \chi_{crit}^2$, es decir que $20.043 > 7.815$, y con esto se comprobó que estos factores influyen en la desnutrición en la población estudiada.
5. Factores socioeconómicos como el ingreso mensual de la familia incide en el estado nutricional de los niños menores de 5 años, es decir que cuanto menores ingresos hay más posibilidad de padecer desnutrición puesto que según los datos obtenidos de 154 que tienen el salario mínimo o menos, que es el 58% de la población 8, es decir el 4.8% tienen desnutrición mientras que de 116 que tienen ingresos mayor al salario mínimo, que es el 42% de la población, ninguno tiene desnutrición.

6. El grupo etario en el cual es mayor la prevalencia de desnutrición es el grupo de 2 a menor de 5 años en las en la población estudiada con un total de 130 (68%) desnutridos, luego sigue el grupo de menor de 1 año con 31 (16.2%) desnutridos y por último el de 1 a menor de 2 años con 30 desnutridos (15.7%).
7. La desnutrición en las UCSF San Pedro Chirilagua, Uluazapa y Periférica de Santa Rosa de Lima en el periodo 2010 a 2012 es más prevalente en el sexo femenino con un total de 106 niñas que equivale al 55.5% de desnutridas mientras que en el sexo masculino solo hay 85 desnutridos que equivale a 45.5%.

8. RECOMENDACIONES.

1. Incrementar los esfuerzos que se realizan con en programa AIEPI a fin de que se concentren más las acciones a nivel de la UCSF para que sea más efectivo y dé como resultado una mayor disminución de la prevalencia de desnutrición.
2. Enfocar los esfuerzos del personal de salud de las UCSF estudiadas mediante el programa AIEPI en los niños pertenecientes al grupo etario de 2 a menor de 5 años para disminuir la desnutrición en ellos puesto que son el grupo etario en que prevalece más la desnutrición.
3. También es necesario aumentar estos esfuerzos de manera dirigida hacia las niñas puesto que en ellas es más prevalente la desnutrición.
4. Concientizar al personal de las UCSF que deben aumentar sus esfuerzos y dar cumplimiento a las nuevas políticas de salud (reforma de salud) para mejorar la parte de la educación, promoción y prevención de la desnutrición y salud en general.
5. Crear una calendarización en cada UCSF en la cual se programen charlas en estos establecimientos y se realicen acercamientos a las comunidades o familias que presenten mas riesgo de desnutrición.
6. Que las UCSF realicen campañas de promoción sobre educación nutricional.
7. Que el personal de salud de las UCSF tenga un libro de asistencia a los controles infantiles para garantizar que los niños de 2 a 5 años no falten a sus controles y si lo hacen, éste pueda recuperarse lo mas pronto posible y así verificar su estado nutricional pues en esta edad ha prevalecido mas la desnutrición.
8. Para evitar que los niños menores de 5 años padezcan enfermedades que pueden afectar su estado nutricional, el personal de las UCSF estudiadas debe dar

cumplimiento a las normativas existentes que consisten brindar consejerías a las familias sobre prevención de enfermedades, también es necesario proporcionar a las familias puriagua el cual se utiliza para clorar el agua cuando esta no es potable debido ya que 46% de la población estudiada no cuenta con el servicio de agua potable.

9. Verificar o garantizar que los niños identificados con desnutrición se les brinde una atención medica especial mas cercana y que los promotores de las UCSF den seguimiento respectivo según las normativas locales a estos niños con el fin de restablecer su estado nutricional lo mas pronto posible.
10. Que el personal de salud de las UCSF identifique familias que tengan riesgo de desnutrición para actuar en éstas de manera oportuna y evitar que éstos niños vayan a padecer desnutrición.

8. BIBLIOGRAFIA

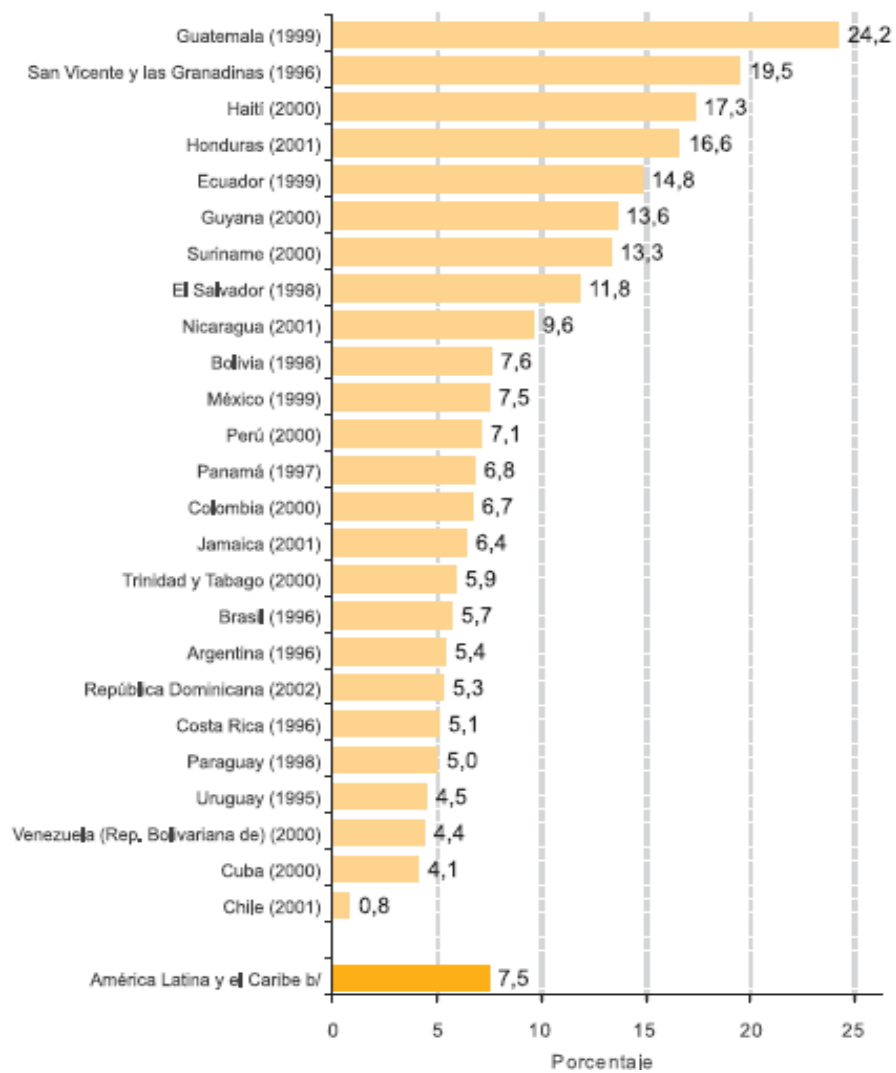
- Organización de las Naciones Unidas/Comisión Económica para América Latina/ Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia. “Desnutrición infantil en América Latina y el Caribe”
REVISTA DESAFIOS Número 2, abril de 2006
- Banco Mundial. “Combatiendo la desnutrición infantil en América Central” [en línea] disponible en
<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/BANCOMUNDIAL/EXTSPPAISES/LACINSPANISHEXT/ELSALVADORINSPANISHEXTN/0,,contentMDK:21161445~pagePK:1497618~piPK:217854~theSitePK:454643,00.html>
2011
- ³ Sistema Regional de Indicadores de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SIRSAN). “Prevalencia de desnutrición según bajo peso para la edad en niñas(os) menores de 5 años de edad” [en línea] disponible en
www.sica.int/sirsan
2009
- ⁴ Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia/ Fondo de Población de las Naciones Unidas/ Organización Panamericana de la Salud. “ENCUESTA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR FESAL 2008”
[En Línea] disponible en
<file:///C:/Users/Admin/Documents/TESIS/NoticiasDN%20FESAL%202008.aspx.htm>
Febrero 2009
- ⁵ Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia/ Oficina Regional para América Latina y el Caribe. “Lineamientos Estratégicos para la Erradicación de la Desnutrición Crónica Infantil en América Latina y el Caribe”
Panamá, Enero 2008
- ⁶ Richard E. Behrman, Robert M. Kliegman, Hal B. Jenson. Tratado de Pediatría Nelson. 17 th Edición. España. Editorial Elsevier, año 2004. Pag. 59.

- ⁷ Desnutrición Primaria Severa. Artículo del Hospital General de Niños Dr. Pedro de Elizalde. Servicio de Nutrición y Diabetes. 2010. Disponible en www.elizalde.gov.ar/area_medica/Normas/desnutricion.doc
- ⁸Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guía de Atención Integral a Niños y Niñas Menores de 5 años. El Salvador 2010.
- Diccionario Médico Espasa de Medicina. Instituto Científico y Tecnológico de la Universidad de Navarra, Ed. 2000.
- Manual de Terapéutica Pediátrica. Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom. El Salvador, 2003.

LISTA DE ANEXOS

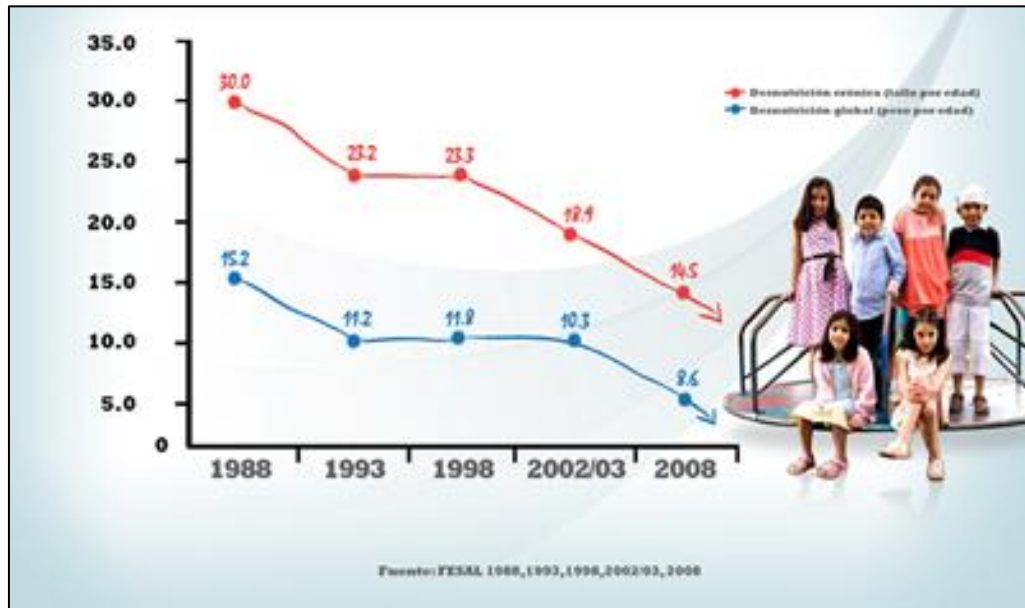
ANEXO N° 1

Desnutrición Global en Niños y Niñas menores de 5 años de Edad 1995 a 2002



ANEXO N° 2

Grafica de la FESAL sobre la Prevalencia de la desnutrición crónica y global en niños y niñas menores de 5 años en El Salvador.



ANEXO 3

CERTIFICADO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, he sido elegido/a para participar en la investigación llamada “**Prevalencia de Desnutrición en niños menores de 5 años inscritos en el programa de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar de San Pedro Chirilagua y Uluazapa en San Miguel Y UCSF Periférica de Santa Rosa de Lima en La Unión, periodo 2010 a 2012**”. Se me ha explicado en que consiste la investigación y he tenido la oportunidad de hacer preguntas y estoy satisfecho/a con las respuestas brindadas por los investigadores. Consiento de manera voluntaria a participar en ésta investigación.

Nombre del participante: _____

Firma o Huella del participante: _____

Fecha: _____

ANEXO 4



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Objetivo General: Conocer el grado de conocimientos de parte de los responsables de los niños menores de 5 años inscritos en el Programa AIEPI, y como afecta al estado nutricional de ellos.

Indicaciones: Posterior a la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión, lea detenidamente cada una de las preguntas y luego proceda a contestar.

No. de encuesta: _____ No. de expediente del niño/a: _____

Peso: _____ Edad: _____ Clasificación: _____

1. Edad de la madre del niño o niña:

- a) Menor de 15 años
- b) De 16 a 19 años
- c) 20 a 59 años
- d) 60 años o más

2. Procedencia:

- a) Rural
- b) Urbana

3. Estado familiar de la madre o responsable:

- a) Soltera/o
- b) Casada /o
- c) Acompañada/o

d) Otros _____

4. Nivel de escolaridad de la madre o responsable:

- a) Ninguno
- b) Básico (parvularia a 5to grado)
- c) Secundaria (6to a 9no grado)
- d) Bachillerato
- e) Universitario
- f) Superior no universitario

5. Edad del niño o niña:

- a) Menor de 1 año
- b) 1 a menor de 2 años
- c) 2 a menor de 3 años
- d) 3 a menor de 4 años
- e) 4 a 5 años

6. Sexo del niño o niña:

- a) Masculino
- b) Femenino

7. Peso actual del niño o niña: _____

8. En comparación al peso en el control previo del niño o niña, éste ha presentado:

- a) Aumento
- b) Disminución
- c) Igual

9. Estado nutricional actual del niño o niña:

- a) Peso Normal
- b) Desnutrición
- c) Desnutrición Severa

10. ¿Sabe usted, qué es la desnutrición?

- a) Si
- b) No

11. ¿Sabe si su niño o niña tiene buen peso para la edad?

- a) Si
- b) No

12. ¿Cuáles de las siguientes enfermedades padece su niño o niña con más frecuencia?

- a) Infecciones Respiratorias Agudas
- b) Gastrointestinales
- c) Enfermedades de la piel
- d) Otras _____

13. ¿El niño recibió lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad?

- a) Si
- b) No

14. ¿Qué tipo de vivienda posee?

- a) Lamina
- b) Adobe

c) Ladrillo

d) Mixta

15. Numero de hermanos o hermanas del niño o niña:

a) Cero

b) Uno

c) Dos

d) Más de dos

16. ¿Actualmente los miembros de la familia cuentan con un trabajo remunerado?

a) Si

b) No

17. ¿Cuánto es el ingreso monetario promedio mensual de su grupo familiar?

a) Menos de \$10

b) Menos de \$50

c) Menos de \$100

d) Mas de \$100

e) Mas de \$150

f) Mas de \$200

18. ¿Recibe otros ingresos?

a) Si

b) No

19. Grupo religioso de la familia a la que pertenece el niño o niña:

a) Católico/a

- b) Evangélico
- c) Otros
- d) Ninguna

20. Qué tipo de letrina posee?

- a) Abonera
- b) Fosa
- c) Lavable
- d) A cielo abierto

21. ¿Dónde resguarda los alimentos de consumo humano?

- a) Refrigeradora
- b) Tapesco
- c) Olla
- d) Otros _____

22. ¿Cuándo el niño o niña se enferma, donde consulta por primera vez?

- a) Medico particular
- b) Curandero
- c) Unidad Comunitaria de Salud Familiar
- d) Otros _____

23. El niño o niña ingiere alimentos a predominio de:

a) Harinas

b) Grasas

c) Frutas y verduras

d) Otros _____

ANEXO N° 5

Gráficas de Crecimiento y Desarrollo de Niños de 0 a 5 años de edad.

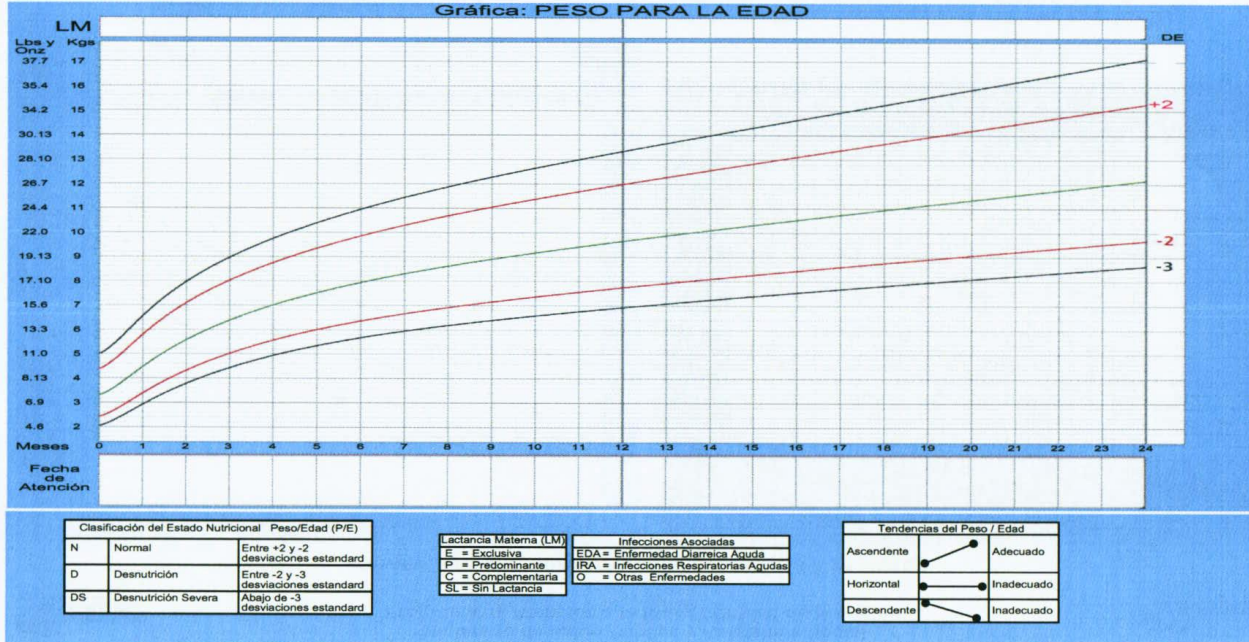


**Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Programa de Atención a la Niñez / Unidad de Nutrición**



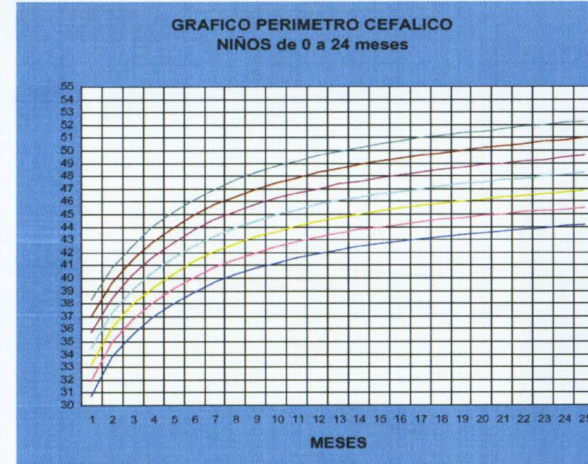
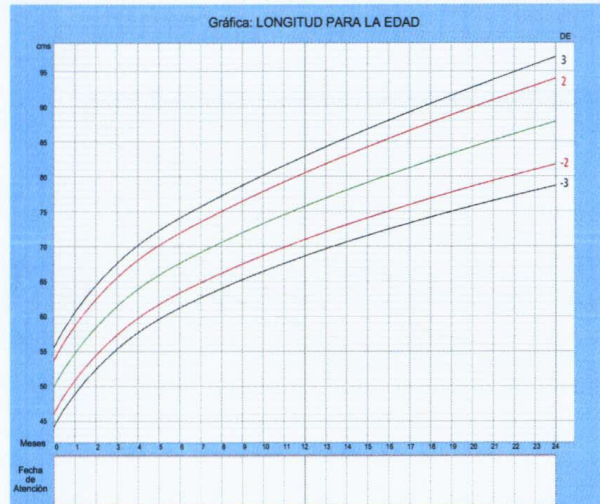
GRAFICA DE CRECIMIENTO DE NIÑOS DE 0 A 24 MESES

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ No. de Expediente _____
 Peso al nacer: _____ Talla al nacer: _____



Fuente: Poblaciones de Referencia OMS, 2006.

GRAFICA DE CRECIMIENTO DE NIÑOS DE 0 A 24 MESES



Clasificación del Estado Nutricional Longitud/Edad (L/E)		
A	Talla Alta	Arriba de +2 desviaciones estandard
N	Estado Nutricional Normal	Entre +2 y -2 desviaciones estandard
R	Retardo en el crecimiento	Abajo de -2 y -3 desviaciones estandard
RS	Retardo Severo en el crecimiento	Abajo de -3 desviaciones estandard

CLASIFICACIÓN EL PERÍMETRO CEFÁLICO		
MAC = Macrocefalia	Peligro	Referencia a 2º Nivel
N = Normal	Bueno	Continuar controles
MIC = Microcefalia	Peligro	Referencia a 2º Nivel

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ No. de Expediente _____



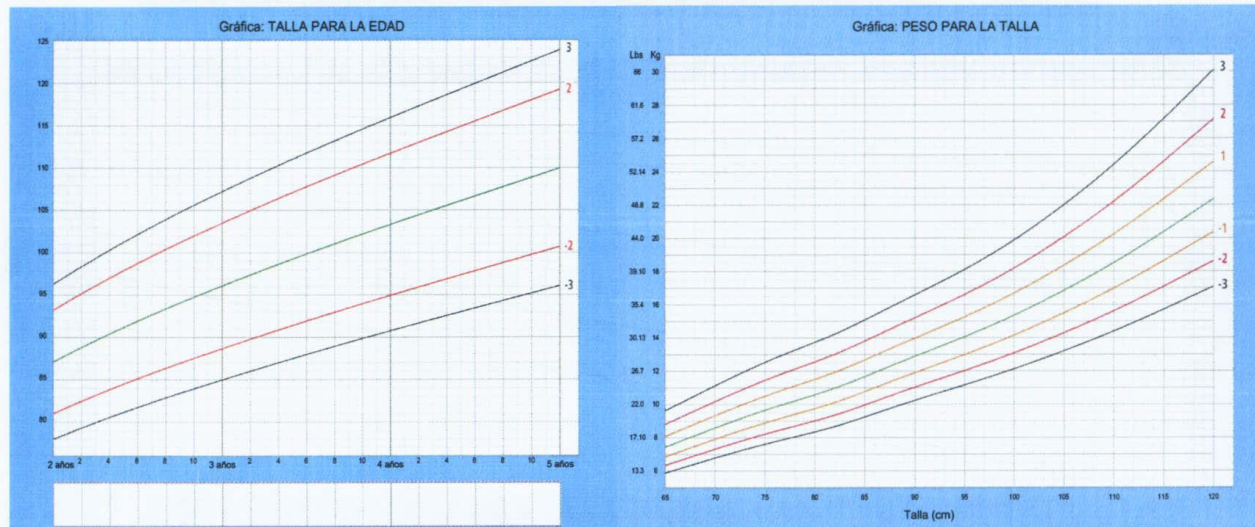
Clasificación del Estado Nutricional		Peso/Edad (P/E)
N	Normal	Entre +2 y -2 desviaciones estandard
D	Desnutrición	Abajo de -2 y -3 desviaciones estandard
DS	Desnutrición Severa	Abajo de -3 desviaciones estandard

Infecciones Asociadas	
EDA	= Enfermedad Diarreica Aguda
IRA	= Infecciones Respiratorias Agudas
O	= Otras Enfermedades

Tendencias del Peso / Edad	
Ascendente	Adecuado
Horizontal	Inadecuado
Descendente	Inadecuado

Nota: La clasificación del estado nutricional que se reportara en el IEMA será através del indice Peso/Edad

Fuente: Poblaciones de Referencia OMS, 2006

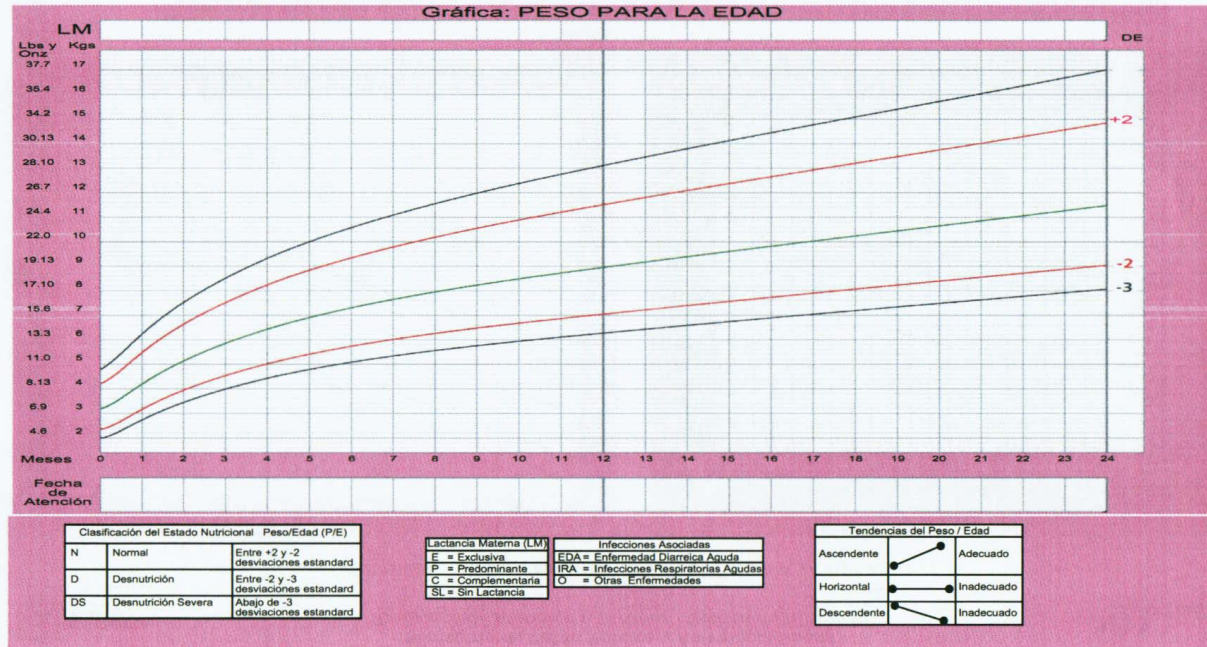


Clasificación del Estado Nutricional Talla/Edad (T/E)		
A	Talla Alta	Arriba de +2 desviaciones estandard
N	Estado Nutricional Normal	Entre +2 y -2 desviaciones estandard
R	Retardo en el crecimiento	Abajo de -2 y -3 desviaciones estandard
RS	Retardo Severo en el crecimiento	Abajo de -3 desviaciones estandard

Clasificación del Estado Nutricional Peso/Talla (P/T)		
O	Obesidad	Arriba de +3 desviaciones estandard
SP	Sobre Peso	Arriba de +2 y +3 desviaciones estandard
N	Normal	Entre +2 y -2 desviaciones estandard
D	Desnutrición	Abajo de -2 y -3 desviaciones estandard
DS	Desnutrición Severa	Abajo de -3 desviaciones estandard

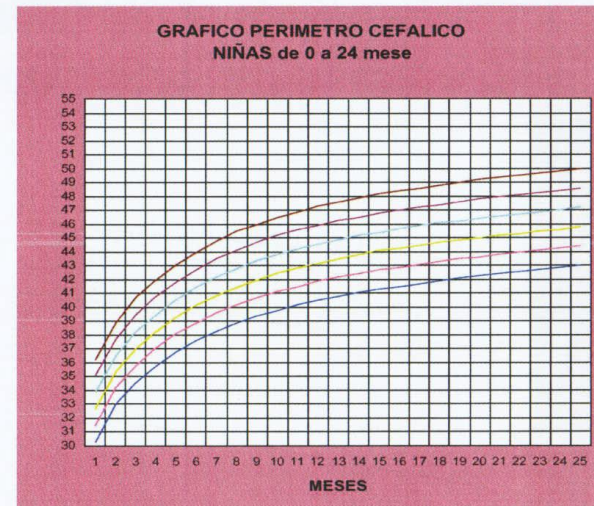
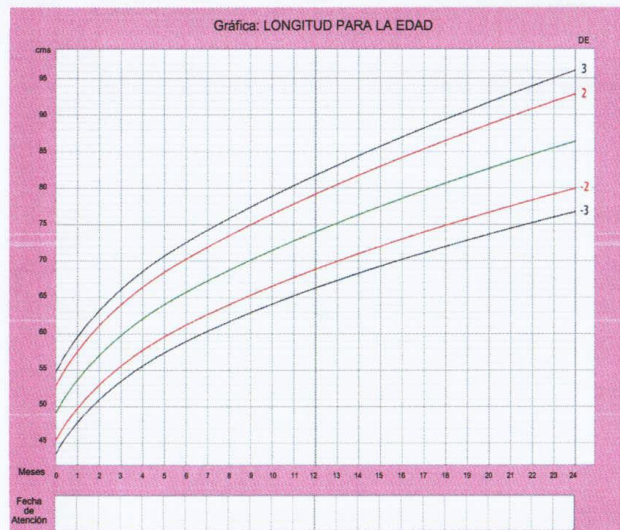
GRAFICA DE CRECIMIENTO DE NIÑAS DE 0 A 24 MESES

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ No. de Expediente _____
Peso al nacer: _____ Talla al nacer: _____



Fuente: Poblaciones de Referencia OMS, 2006.

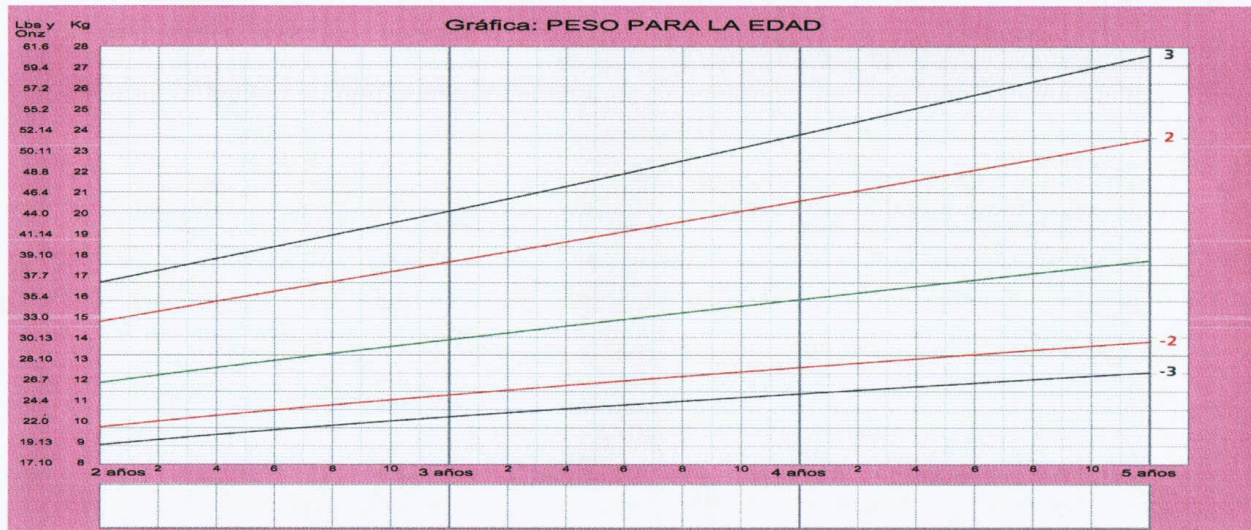
GRAFICA DE CRECIMIENTO DE NIÑAS DE 0 A 24 MESES



Clasificación del Estado Nutricional Longitud/Edad (L/E)		
A	Talla Alta	Arriba de +2 desviaciones estandar
N	Estado Nutricional Normal	Entre +2 y -2 desviaciones estandar
R	Retardo en el crecimiento	Abajo de -2 y -3 desviaciones estandar
RS	Retardo Severo en el crecimiento	Abajo de -3 desviaciones estandar

CLASIFICACIÓN EL PERÍMETRO CEFÁLICO		
MAC = Macrocefalia	Peligro	Referencia a 2º Nivel
N = Normal	Bueno	Continuar controles
MIC = Microcefalia	Peligro	Referencia a 2º Nivel

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ No. de Expediente _____



Clasificación del Estado Nutricional		Peso/Edad (P/E)
N	Normal	Entre +2 y -2 desviaciones estándar
D	Desnutrición	Abajo de -2 y -3 desviaciones estándar
DS	Desnutrición Severa	Abajo de -3 desviaciones estándar

Infecciones Asociadas
EDA = Enfermedad Diarreica Aguda
IRA = Infecciones Respiratorias Agudas
O = Otras Enfermedades

Tendencias del Peso / Edad	
Ascendente	Adecuado
Horizontal	Inadecuado
Descendente	Inadecuado

Nota: La clasificación del estado nutricional que se reportara en el IEMA será através del indice Peso/Edad

Fuente: Poblaciones de Referencia OMS, 2006

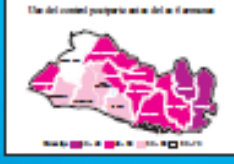
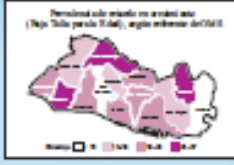
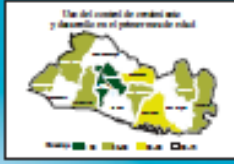
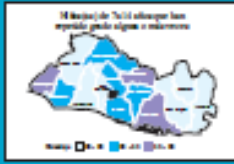
ANEXO 6



República de El Salvador, C. A.
Encuesta Nacional de Salud Familiar de 2008 (FESAL-2008)
 Indicadores Departamentales



INDICADOR	DEPARTAMENTO																					
	Total	Usulután	Riacho	Chalatenango	San Ana	Sonsonate	Chalchihuehuen	La Libertad	San Salvador	Centro	Sur	Morazan	Orizaba	Cabañas	La Paz	Cabañas	San Vicente	Usulután	San Miguel	Morazan	La Unión	
Indicadores Demográficos, 2007 (cifras oficiales de la Dirección General de Estadística y Censos)*																						
Población total (ambos sexos)	5,744,113	3,548,838	2,145,377	378,503	52,838	438,940	180,718	880,652	1,387,138													
Población de menores de 1 año (ambos sexos)	101,884	38,634	42,250	5,888	8,740	8,208	3,097	11,815	25,212													
Población de menores de 5 años (ambos sexos)	526,893	328,299	331,584	32,599	47,730	46,109	17,730	63,848	138,938													
Población de mujeres en edad fértil de 15 a 49 años	1,545,709	1,019,631	529,078	81,822	140,182	115,947	46,527	181,708	455,498													
Encuesta Nacional de Salud Familiar de 2008 (FESAL-2008)																						
Características de las viviendas (%)																						
Cuenta con servicio continuo de agua intradomiliar	52.2	66.5	34.6	39.7	56.6	32.0	66.9	54.8	80.6	82.0	63.8	82.8	65.5	41.5	37.4	21.1	45.2	51.0	41.4	25.8	21.0	
Dispone del roble (planchado o a la española)	51.3	76.7	19.9	35.4	58.6	44.0	32.6	49.7	81.6	77.8	66.6	82.8	83.7	38.1	40.8	34.5	34.7	21.0	45.3	36.7	26.5	
Viviendas con mujeres como jefas de hogar	36.7	40.3	32.2	32.8	35.6	38.8	34.9	38.1	36.8	40.0	46.7	34.8	38.4	36.0	38.7	41.8	35.7	33.0	39.0	36.9	40.5	
Hogares que reciben visitas familiares	30.8	31.1	30.4	15.9	23.9	14.7	23.1	18.1	17.3	14.5	16.1	17.8	21.0	14.5	18.4	34.3	21.1	24.0	39.8	38.7	39.8	
Fecundidad y sus determinantes																						
Índice global de fecundidad (hijas por mujer)	3.46	3.05	3.01	3.71	3.37	3.36	3.58	3.45	1.96	1.82	3.30	3.36	1.87	3.30	3.41	3.42	3.47	2.86	3.38	3.10	3.73	
Edad mediana a la primera relación sexual (años)	18.4	18.8	17.8	18.4	18.1	18.2	18.3	18.1	18.8	18.8	18.7	18.0	18.9	18.3	17.9	18.1	17.9	18.3	18.8	18.0	17.9	
Edad mediana a la primera unión marital (años)	19.8	20.8	18.9	19.2	20.5	19.2	19.7	19.9	20.9	21.2	21.0	19.7	21.5	20.8	19.5	19.9	19.3	19.1	19.4	19.4	18.5	
Edad mediana al primer nacimiento (años)	20.8	21.6	19.9	20.3	21.5	20.3	20.9	20.6	21.4	21.8	21.3	20.4	21.8	20.9	20.1	20.5	20.0	20.5	20.6	20.0	20.1	
Planificación familiar (%)																						
Prevalencia de uso de anticonceptivos (mujeres sexualmente activas 15-49 años)	72.5	72.5	66.7	68.1	76.2	71.0	65.7	79.0	36.1	82.4	75.0	79.6	76.6	86.3	75.3	54.6	70.2	65.9	68.8	58.9	55.9	
Método más usado de anticonceptivos	56.6	44.6	72.6	72.3	55.8	62.1	71.0	54.3	38.4	38.5	43.8	51.8	33.9	82.3	61.1	74.7	75.3	73.0	52.9	68.1	70.7	
Conocimiento, actitudes y prácticas ante el VIH/SIDA (%)																						
Conocimiento general del VIH (5 respuestas correctas)	34.2	30.1	16.7	17.8	22.6	20.0	24.4	22.5	20.5	38.2	32.6	31.2	22.5	18.2	22.1	18.3	18.8	21.0	21.3	16.0	15.4	
Se hizo la prueba de VIH alguna vez voluntariamente y recibió el resultado	14.4	15.5	13.0	14.7	12.3	12.5	12.0	15.4	17.0	17.2	18.0	16.9	16.5	13.9	16.2	13.0	10.3	14.7	12.0	11.3	12.1	
Se hizo la prueba del VIH alguna vez voluntariamente y recibió el resultado	38.1	42.1	35.2	30.3	36.9	37.2	38.0	40.7	45.8	45.3	41.3	45.0	43.3	41.0	35.1	41.0	32.3	37.8	37.4	37.8	37.7	
Violencia contra la mujer (%)																						
Hubo algún tipo de violencia física (verbal, física o sexual) en el último año	46.5	50.5	41.4	38.1	52.2	42.9	43.4	48.7	28.8	38.5	48.8	55.3	53.5	46.5	39.2	48.4	47.2	41.3	38.4	42.2	40.9	
Hubo algún tipo de violencia de pareja (verbal, física o sexual) en el último año	19.5	20.6	18.2	13.1	25.5	18.7	12.1	18.5	21.7	21.5	12.1	24.1	22.1	18.9	18.3	20.5	38.8	21.0	18.8	15.7	12.1	
Salud de la mujer (%)																						
Inicio de la lactancia materna en el primer trimestre	76.8	82.1	72.1	74.9	78.2	86.9	78.5	80.2	81.6	82.3	72.9	84.7	82.6	81.5	75.5	75.2	75.2	74.8	72.7	71.6	72.6	
Atención intrahospitalaria del parto	83.7	83.2	75.3	76.5	82.3	75.6	79.3	81.4	86.6	87.3	87.7	91.1	84.8	82.4	83.2	76.2	85.8	85.1	85.9	85.6	76.9	
Uso del control postparto entre las primeras 6 semanas	52.8	60.4	45.9	48.4	67.3	58.4	47.7	56.7	38.7	38.3	62.4	62.5	61.4	47.3	54.1	44.1	62.3	48.8	48.9	38.8	32.9	
Lactancia materna y estado nutricional de hijos menores de 5 años (%)																						
Inicio de lactancia materna durante la primera hora postparto	32.8	36.9	38.3	31.8	26.3	30.8	35.4	29.7	28.8	30.7	20.3	26.4	30.2	38.8	27.7	42.4	31.1	43.8	45.9	44.1	33.8	
Presencia de estado de crecimiento bajo para la edad 1/	18.2	13.8	24.2	20.7	17.2	28.9	26.3	19.9	18.8	11.1	20.3	14.4	16.8	17.7	22.0	21.1	21.9	19.3	18.9	38.8	11.6	
Presencia de bajo peso para la edad 1/	5.6	3.6	7.4	6.0	4.8	8.4	6.0	6.6	4.2	1.7	6.3	6.3	4.7	4.5	4.7	6.5	5.9	2.9	5.9	6.8	5.2	
Presencia de anemia en niños(as) de 12 a 36 meses	23.4	21.0	25.5	19.2	19.2	38.1	25.0	26.7	30.0	17.2	25.2	24.6	16.4	38.3	27.1	12.5	38.5	26.5	38.0	25.0	24.1	
Salud de hijos menores de 5 años (%)																						
Uso del control del crecimiento durante en el primer mes de edad	58.5	57.0	61.9	59.2	55.9	69.2	70.8	56.9	49.4	48.8	58.2	55.0	40.6	58.1	69.9	64.0	52.5	64.7	67.2	58.5	58.1	
La guerra completa de inmunización con las 4 vacunas en conjunto (DTP, DTP, Pentavalente, Polio y Sarampión/PR)	80.4	80.3	80.5	83.5	82.7	84.4	84.0	80.2	88.2	88.8	91.5	91.2	88.8	90.0	93.8	93.1	88.3	85.4	89.0	88.5	89.8	
Asistencia escolar de la población de 7 a 14 años (%)																						
Asistiendo en año 2008	82.4	85.5	89.3	90.1	82.9	81.8	88.1	83.8	90.3	90.3	93.2	94.8	97.5	98.8	92.7	92.4	90.5	91.5	87.1	90.3	85.7	
Asistiendo al grado esperado o mayor	71.4	78.9	64.2	62.8	74.2	67.1	79.8	76.1	88.5	88.1	78.2	72.8	88.5	86.1	71.2	66.5	88.4	62.4	62.2	81.8	64.5	



* Ministerio de Economía, Comercio Exterior y Relaciones Exteriores, Dirección General de Estadística y Censos, VI Censo de Población y Vivienda de 2007, San Salvador, 2008.
 1/ De 100 a la proporción con un índice de riesgo de ser menor que el de un niño con el VIH.
 2/ Definición de la población en edad escolar de acuerdo al de OMS.

ANEXO 7

GLOSARIO

AIEPI: Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia.

Anorexia: La anorexia es una enfermedad que surge usualmente en la adolescencia, y se manifiesta como un trastorno alimenticio, produciendo una gran pérdida de peso en la persona que la padece. Este vocablo, de origen griego, significa “falta de apetito”, la cual lleva lamentablemente, a la ingesta de pocos o nulos alimentos.

Antropometría: Se considera a la antropometría como la ciencia que estudia las medidas del cuerpo humano, con el fin de establecer diferencias entre individuos, grupos, razas, etc.

Cedula de entrevista: Es un documento que contiene una serie de preguntas dirigidas en un tiempo específico para obtener información específica.

Consentimiento informado: El consentimiento informado es un derecho exigible y una clara manifestación de la autonomía para tomar decisiones de parte del enfermo o su familia en caso de no ser competente.

Desarrollo cognitivo: Se centra en los procesos de pensamiento y en la conducta que refleja estos procesos. Es la base de una de las cinco perspectivas del desarrollo humano aceptadas mayoritariamente (las otras 4 son la perspectiva psicoanalítica, la perspectiva del aprendizaje, la perspectiva evolutiva/sociobiológica y la perspectiva contextual).

Desarrollo psicomotor: es el proceso por el cual le permite al niño relacionarse, conocer y adaptarse al medio que lo rodea.

Desnutrición: es un estado de malnutrición por un déficit prolongado en la ingesta de nutrientes y energía en la alimentación habitual, llevando a Desnutrición Proteico-Calórica, respectivamente.

Desnutrición crónica: déficit de la talla para la edad.

Desnutrición global: déficit de peso para la edad.

Desnutrición leve: es cuando el individuo pesa del 10 al 25% menos de su peso normal.

Desnutrición moderada: es cuando el niño pesa del 26 al 40% menos de su peso normal.

Desnutrición severa: el individuo pesa más del 40% menos de su peso normal.

Diarrea: La definición médica de la diarrea implica más de tres deposiciones al día o el aumento de la cantidad de heces a más de 200 g / 24 h en sujetos adultos.

Documental bibliográfica: Relación o catálogo de libros o escritos referentes a materias determinadas.

Documental hemerográfica: Recoge los datos de una revista o de un periódico.

Embolismo pulmonar: es un coagulo (trombo) desprendido del lugar de formación original que circula con la sangre hasta que se aloja en la arteria pulmonar.

Encuesta: consiste en obtener información de los sujetos de estudio, proporcionada por ellos mismos, sobre opiniones, conocimientos, actitudes o sugerencias.

Estudios descriptivos: son aquellos que están dirigidos a determinar “como es” o “como esta” la situación de las variables que se estudian en una población. Buscan explicar las cualidades más importantes de personas o grupos o temas sujetos de análisis.

Estudios retrospectivos: información sobre hechos ocurridos con anterioridad al diseño del estudio, y el registro continúa conforme los hechos van ocurriendo.

Estudios transversales: cuando se estudian las variables simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo.

Flebitis: Proceso inflamatorio que afecta a una o varias venas (por lo general de las extremidades inferiores) provocando hinchazón, calor, enrojecimiento, fiebre, dolor y agrandamiento de las mismas.

Fistula: Comunicación anormal entre dos órganos o dos secciones del mismo órgano entre sí o con la superficie.

Focalización: dirigir el interés o los esfuerzos hacia un centro o foco.

Intoxicación: Una intoxicación es la reacción del organismo a la entrada de cualquier sustancia tóxica (veneno) que causa lesión o enfermedad y en ocasiones la muerte.

Incidencia: la incidencia es una magnitud que cuantifica la

dinámica de ocurrencia de un determinado evento en una población dada.

Kwashiorkor: Es una forma de desnutrición que ocurre cuando no hay suficiente proteína en la dieta.

Lactante: periodo inicial de la vida extrauterina durante la cual el bebé se alimenta de leche materna. Niño mayor de 28 días de vida hasta los 2 años de edad.

Marasmo: es un tipo de desnutrición energética por defecto, acompañada de emaciación (flaqueza exagerada), resultado de un déficit calórico total.

Metabolismo: es el conjunto de reacciones bioquímicas y procesos físico-químicos que ocurren en una célula y en el organismo.

Morbilidad: frecuencia con la que se produce una enfermedad en una determinada población.

Mortalidad: número de muertes por unidad de población en cualquier región, grupo de edad o enfermedad específica; generalmente se expresa como muertes por 1,000, por 10,000 o por 100,000 habitantes.

Muestra: es un conjunto o parte del universo o población en que se llevara a cabo la investigación con el fin posterior de generalizar los hallazgos al todo. Es la parte de la población que se selecciona, de la cual realmente se obtendrá la información para el desarrollo del estudio y sobre la cual se efectuaran la medición y la observación de las variables objeto de estudio.

Muestreo probabilístico: es el método que consiste en extraer una parte (o muestra) de una población o universo, de tal forma que todas las muestras posibles de tamaño fijo tengan la misma posibilidad de ser seleccionados.

Prevalencia: número de casos de una enfermedad o de veces que ha aparecido un caso durante un periodo de tiempo determinado.

Prevención: cualquier acto dirigido a prevenir la enfermedad y promover la salud, cuyo objetivo es evitar la necesidad de atención primaria, secundaria o terciaria.

ANEXO 8: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN EL PROCESO DE INVESTIGACION CICLO I Y II AÑO ACADEMICO 2012

Meses. Semanas.	Marzo/12				Abril/12				Mayo/12				Junio/12				Julio/12				Agosto /12				Septiembre/12				Octubre/12				Noviembre/12				Febrero/13							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
1. Reunión con la coordinación general del proceso.	X			X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X												
2. Inscripción del proceso.				X																																								
3. Elaboración del perfil de investigación.		X	X	X	X	X	X	X																																				
4. Entrega del perfil de investigación.																																												
5. Elaboración del protocolo de investigación.													X	X	X	X	X	X	X	X	X																							
6. Entrega del protocolo de investigación.																																												
7. Ejecución de la investigación.																					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X												
8. Tabulación, análisis e interpretación de los datos.																													X	X	X	X	X	X	X	X								
9. Redacción del informe final.																																			X	X								
10. Entrega del informe final.																																					X							
11. Exposición de resultados.																																									X	X		

