

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



TRABAJO DE GRADO:

FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y CULTURALES QUE DETERMINAN EL ESTADO NUTRICIONAL DE LA POBLACIÓN INFANTIL DE UNO A CINCO AÑOS DE EDAD INSCRITA EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA NIÑEZ EN LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILAR SOCIEDAD, MORAZÁN, CHAPELTIQUE Y EL TECOMATAL, SAN MIGUEL AÑO 2017

**PRESENTADO POR:
IVANIA MARICELA GARCIA DE CARDONA
SILVIA ANABEL GARCIA JURADO
NELSON MAURICIO ROSALES**

**PREVIO A OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE:
DOCTOR EN MEDICINA**

**DOCENTE ASESOR:
DR. HENRRY GEOVANNI MATA LAZO**

NOVIEMBRE 2017

SAN MIGUEL, EL SALVADOR CENTROAMÉRICA

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
AUTORIDADES**

**MAESTRO ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO
RECTOR**

**DOCTOR MANUEL DE JESUS JOYA ÁBREGO
VICERRECTOR ACADÉMICO**

**INGENIERO NELSON BERBABÉ GRANADOS
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO**

**MAESTRO CRISTOBAL HERNÁN RÍOS BENÍTES
SECRETARIO GENERAL**

**LICENCIADO RAFAEL HUMBERTO PEÑA MARÍN
FISCAL GENERAL**

**FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
AUTORIDADES**

**INGENIERO JOAQUÍN ORLANDO MACHUCA GÓMEZ
DECANO**

**LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DÍAZ
VICEDECANO**

**MAESTRO JORGE ALBERTO ORTEZ HERNÁNDEZ
SECRETARIO**

**MAESTRO JORGE PASTOR FUENTES CABRERA
DIRECTOR GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA
AUTORIDADES**

**DOCTOR FRANCISCO ANTONIO GUEVARA GARAY
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

**MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO
COORDINADORA GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN**

ASESORES

**DOCTOR HENRRY GEOVANNI MATA LAZO
DOCENTE ASESOR**

**MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO
ASESORA METODOLÓGICA**

TRIBUNAL CALIFICADOR

**DOCTORA NORMA OZIRIS SÁNCHEZ DE JAIME
PRESIDENTE**

**DOCTOR AMADEO ARTURO CABRERA GUILLÉN
SECRETARIO**

**DOCTOR HENRRY GEOVANNI MATA LAZO
VOCAL**

AGRADECIMIENTOS

A Dios Padre Todopoderoso por ayudarme, guiarme y por darme la oportunidad de culminar mi carrera y por estar siempre a mi lado iluminarme cada día y darme la fuerza necesaria en cada momento que decaía.

A mi madre María Isabel Hernández que ha sido el motor en mi carrera, la base y el hombro en que siempre me refugiado, gracias por brindarme todo su amor y consejos y sobre todo por ayudarme hacer una mujer de bien y motivarme a culminar con éxitos mi carrera

A mi esposo Jesús Edmundo Cardona Rubí por que ha sido parte de mi vida y por apoyarme siempre con sus oraciones, por motivarme a seguir adelante y por su amor incondicional. Gracias por ser el apoyo y la base para darme ánimos

A mi hija Isabella Valentina Cardona García gracias porque en cada momento que dude solo pensé en el bienestar de ella y es el motor que me impulsa a ser cada día mejor, por ser la luz que me ilumina a superarme y ser mejor cada día más.

A mis tías y a toda mi familia. Por darme el apoyo que necesite y el ánimo, por estar allí siempre que mis fuerzas decaían gracias.

A mis compañeros de tesis Nelson y Silvia por su apoyo, esfuerzo y dedicación en la realización de la tesis y por afrontar juntos las numerosas dificultades durante el desarrollo de la misma.

A mis tías, mis primas por ser parte fundamental en mi desarrollo y estar siempre apoyándome en todo momento

A mi asesor de tesis Dr. Henryr Geovanni Mata Lazo por su amistad, apoyo y por ser más que nuestra asesor un ejemplo a seguir de amor y pasión por el servicio a los demás por medio del arte de la medicina.

Licda. Elba Margarita Berrios, por su tiempo y enseñanzas y guiarnos durante todo nuestro proceso de graduación.

Y a todos aquellos que han sido parte de mi vida y soporte de toda mi formación profesional..... Muchas gracias!!!

Ivania Maricela García de Cardona

AGRADECIMIENTOS

A Dios Todopoderoso y a su hijo Jesucristo. Por darme la vida, fortaleza, sabiduría y paciencia para vencer cada uno de los obstáculos; que no me permitían avanzar en mi proceso académico y personal. Por estar a mi lado en todo momento sobre todo en los más difíciles de mi vida, pero sobre todo por su infinito amor.

Al Apóstol de Jesucristo Naasón Joaquín García; Director Internacional de la Iglesia La Luz del Mundo por motivarme a ser un buen cristiano para Dios y un buen ciudadano para el mundo.

A mi Abuela Raquel Lucila Gáleas que ha sido el motor en mi carrera, la base y el hombro en que siempre me he refugiado, gracias por brindarme todo su amor y consejos y sobre todo por ayudarme hacer un hombre de bien y motivarme a culminar con éxitos mi carrera.

A mi Abuelo Pablo Alfonso Rosales (Q.D.D.G) por todos sus consejos, por apoyarme siempre con sus oraciones y por motivarme a ser un hombre de bien.

A mi madre Caridad Cecilia Rosales Gáleas siendo padre y madre a la vez que con su amor y dedicación me enseñó a creer en mí y en que sería capaz de culminar mi carrera y sobre todo que a pesar de las dificultades ha estado siempre conmigo apoyándome.

A mi esposa Vanesa Yasmin Gómez de Rosales por que ha sido parte de mi vida, por apoyarme siempre con sus oraciones, por motivarme a seguir adelante y por su amor incondicional.

A mis hijas Milca Jazmín Rosales Gómez y Zurisadai Rosales Gómez por llenar mi vida de alegría, y por ser un motor para culminar mi carrera.

A mis hermanos, A mis tíos, A mis primos, a mi cuñada y en especial a mi sobrina Nahara Gisselle Rosales, Dios les pague por estar siempre conmigo, por todo su amor y por todas las muestras de cariño, por levantarme mis ánimos cuando sentía que ya no podía seguir.

A mis suegros Carlos Gómez y Gladis Emeli Durón por todo el apoyo que me han dado son parte fundamental en mi vida.

A mis amigos gracias por brindarme su amistad y por su apoyo.

A mis amigas y compañeras de tesis Ivania y Silvia por su apoyo, esfuerzo y dedicación en la realización de la tesis y por afrontar juntos las numerosas dificultades durante el desarrollo de la misma.

A mi asesor de tesis Dr. Henryr Geovanni Mata Lazo por su amistad, apoyo y por ser ejemplo a seguir de amor y pasión por el servicio a los demás por medio del arte de la medicina.

A la maestra **Licda. Elba Margarita Berríos** por su tiempo, enseñanzas y por guiarnos

Nelson Mauricio Rosales

AGRADECIMIENTO.

A DIOS Todopoderoso: Por concederme la salud y la fortaleza, por iluminarme el camino y darme voluntad en los momentos más difíciles y permitirme cumplir con éxito mi sueño más anhelado.

A mis Padres: Digna del Carmen Jurado de García y Miguel Ángel García Zelaya por apoyarme en todo momento, por sus consejos y cuidar de mí.

A mis hermanos: Patricia García, Raúl García, Nanci García, Digna García, Abilia García y Salomón García, por su apoyo moral y emocional para seguir adelante en todo momento.

A la directora y hermana en CRISTO (MI SISTER) Dra. Yossy Lilibeth Rodríguez Serpas, Coordinadora de la UCSFI – Chapeltique por su apoyo incondicional y comprensión en todo Momento, ya que sin su ayuda todo hubiese sido más difícil.

Licda. Xiomara Lisset Pineda Andrade, Coordinadora de enfermería de UCSFI-Chapeltique por su apoyo y aporte en la investigación.

A mis compañeros de Tesis Nelson e Ivania por su apoyo, esfuerzo y dedicación en la realización de la tesis y por afrontar juntos las dificultades durante el desarrollo de la misma.

A mi asesor de Tesis Dr. Henryr Geovanni Mata Lazo: Gracia por el tiempo dedicado a mejorar nuestro trabajo, por sus consejos, su paciencia, dedicación y amor a la profesión de la medicina.

A la Maestra Licda. Elba Margarita Berrios Castillo: Por su tiempo y enseñanza y guiarnos durante todo nuestro proceso de graduación.

A todos los docentes que me guiaron a lo largo de mi carrera y compartir conocimientos para mi formación profesional.

SILVIA ANABEL GARCÍA JURADO.

TABLA DE CONTENIDO

	PÁG
RESUMEN.....	xi
INTRODUCCIÓN	14
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:.....	16
2. OBJETIVOS:.....	20
3. MARCO TEÓRICO	21
4. SISTEMA DE HIPÓTESIS.....	36
5. DISEÑO METODOLÓGICO.	39
6. RESULTADOS	46
7. DISCUSIÓN.....	82
8. CONCLUSIONES:	84
9. RECOMENDACIONES	86
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	88

LISTA DE TABLAS

	PÁG.
Tabla 1: Población de entrevista	39
Tabla 2: Distribución de las muestras de cada ucsf a investigar	43
Tabla 3: Recolección de datos.....	45
Tabla 4: Edad de la madre.....	46
Tabla 5: Estado familiar.	47
Tabla 6: ¿Sabe leer y escribir?	48
Tabla 7: Ocupación	49
Tabla 8: Edad de los niños	50
Tabla 9: Sexo del niño.....	51
Tabla 10: Dio lactancia materna.....	52
Tabla 11: Los primero alimentos del niño.....	53
Tabla 12: Cuantas veces alimenta al niño al día.....	54
Tabla 13: Alimentos más frecuentes que ingiere el niño.....	55
Tabla 14: Cuantas personas habitan en la vivienda.....	56
Tabla 15: Lugar de residencia de la familia	57
Tabla 16: Tipo de vivienda.....	58
Tabla 17: Tipo de piso.....	59
Tabla 18: Ingreso económico mensual familiar	60
Tabla 19: Quien sustenta a la familia económicamente la familia	61
Tabla 20: Escolaridad de los padres	62
Tabla 21: A que grupo religioso pertenece.....	63
Tabla 22: Conoce el significado de nutrición.....	64
Tabla 23: Cuenta con servicios básicos de agua potable.....	65

Tabla 24: Tipo de letrina que utilizan.....	66
Tabla 25: Gráfica de peso para edad	67
Tabla 26: Gráfica de talla para edad.....	68
Tabla 27: Grafica de peso para talla.....	69
Tabla 28: Tendencia de ganancia de peso	70
Tabla 29: Factores socioeconómicos.....	72
Tabla 30: Factores culturales.....	73
Tabla 31: Procedencia	74
Tabla 32: Hacinamiento	75
Tabla 33: Servicios básicos	75
Tabla 34: Escolaridad.....	76
Tabla 35: Ingresos	76
Tabla 36: Ocupación	77
Tabla 37: Lactancia materna	77
Tabla 38: Tipo de ablactación.	78
Tabla 39 : Alimentación predominante	79
Tabla 40: Religión.....	80
Tabla 41: Estado familiar	81
Tabla 42: Peso para edad.....	111
Tabla 43: Longitud y talla para edad.....	111
Tabla 44: Peso para talla	111

LISTA DE GRÁFICAS

PÁG

Gráfica 1: Edad de la madre.....	46
Gráfica 2: Estado familiar.....	47
Gráfica 3: Sabe leer y escribir.....	48
Gráfica 4: Ocupación de la madre.....	49
Gráfica 5: Edad de los niños.....	50
Gráfica 6: Sexo del niño.....	51
Gráfica 7: Lactancia materna.....	52
Gráfica 8: Los primeros alimentos del niño.....	53
Gráfica 9: Cuantas veces alimenta al niño al día.....	54
Gráfica 10: Alimentos más frecuentes que ingiere el niño.....	55
Gráfica 11: Cuantas personas habitan en la vivienda.....	56
Gráfica 12: Lugar de residencia de la familia.....	57
Gráfica 13: Tipo de vivienda.....	58
Gráfica 14: Tipo de piso.....	59
Gráfica 15: Ingreso económico mensual familiar.....	60
Gráfica 16: Quien sustenta económicamente a la familia.....	61
Gráfica 17: Escolaridad de los padres.....	62
Gráfica 18: A qué grupo religioso pertenece.....	63
Gráfica 19: Conoce el significado de nutrición.....	64
Gráfica 20: Cuenta con servicios básicos de agua potable.....	65
Gráfica 21: Tipo de letrina que utilizan.....	66
Gráfica 22: Grafica de peso para edad.....	67
Gráfica 23: Talla para edad.....	68

Gráfica 24: Peso para talla..... 69

Gráfica 25: Tendencia de ganancia de peso 70

LISTA DE FIGURAS

PÁG

Figura 1: Situación de pobreza en América Latina.....	90
Figura 2: Proporción de alimentos que más predominan en El salvador.	91
Figura 3: Desnutrición Crónica	92
Figura 4: Desnutrición aguda	92
Figura 5: Desnutrición global.....	92
Figura 6: Tallimetro de madera pediátrica	93
Figura 7: Bascula pediátrica	93
Figura 8: Bascula con tallimetro	94
Figura 9: Prevalencia de desnutrición por departamento	95
Figura 10: Grafica de crecimiento de niños de 2 a menos de 5 años	96
Figura 11: Grafica de crecimiento de niños de 2 a menos de 5 años	97
Figura 12: Grafica de talla para edad	98
Figura 13: Grafica de peso para edad.....	99
Figura 14: Talla para edad.....	100

LISTA DE ANEXOS

	PÁG.
Anexo 1: Cronograma de actividades	101
Anexo 2: Consentimiento informado	102
Anexo 3: Cédula de la entrevista.....	103
Anexo 4: Abreviaturas.....	107
Anexo 5: Glosario	108
Anexo 6: Presupuesto y financiamiento	110

RESUMEN

El crecimiento y desarrollo de los niños más importante se da entre el 1° año al 5° año de vida debido a que en estas edades comienzan los cambios físicos, óseos, muscular, así como el desarrollo nervioso. **El objetivo** de esta investigación es describir los factores socioeconómicos y culturales que determinan el estado nutricional de los niños y niñas de 1 a 5 años de edad inscritos en el programa de atención integral a la niñez en las unidades comunitarias de salud familiar; en estudio. **Metodología:** Según el tiempo de ocurrencia de hechos y registros de la información el estudio se caracteriza por ser Prospectivo. Según el periodo o secuencia del estudio es: Transversal. Según el análisis y el alcance de los resultados la investigación es: Descriptiva y Analítico. **Conclusiones:** El aporte de nutrientes es fundamental para garantizar un adecuado crecimiento por lo que se recomienda según nuestro estudio que la ablactación más segura para tener un peso normal sea con purés a predominio de papas, además de iniciar con frijoles licuados estas dos variables son las que mejor contribuyen a tener un peso normal en los niños de la población salvadoreña. Los factores socioeconómicos y culturales si influyen en el estado nutricional de nuestros niños siendo los factores predominantes el área de procedencia, escolaridad ingresos socioeconómicos, ocupación de la madre lactancia materna, tipo de ablactación alimentos predominantes y religión.

Palabras claves: Factores socioeconómicos, culturales, nutrición, desnutrición severa, sobrepeso, obesidad, crecimiento, desarrollo.

INTRODUCCIÓN

Entre todos los países latinoamericanos, El Salvador es uno de los que posee mayores problemas en el área de la salud y en la región Centroamericana, es el tercero con la mayor tasa de desnutrición global en infantes menores de 5 años, superado solamente por Guatemala y Honduras, países con mayor densidad de población de acuerdo con un estudio realizado recientemente (2007) por Programa Mundial de Alimentos (PMA) y la Comisión económica para América Latina (CEPAL). (1)

Los efectos de la desnutrición en la primera infancia pueden ser devastadores y duraderos, que pueden impedir el desarrollo conductual y cognitivo, el rendimiento escolar y la Salud reproductiva debilitando así la futura productividad en el trabajo. Si el niño/a está o no bien alimentado durante los primeros años de vida, puede tener un efecto profundo en su salud, así como en su habilidad para aprender, comunicarse, pensar analíticamente, socializar efectivamente y adaptarse a nuevos ambientes y personas. Una buena nutrición es la primera línea de defensa contra numerosas enfermedades infantiles que pueden dejar huellas en los niños de por vida. Esta forma endémica y crónica de desnutrición, sin una patología subyacente, refleja pobreza en las condiciones de salud y en la calidad de vida de las familias, que como consecuencia provoca mayor frecuencia y recurrencia de infecciones. Además que el mayor riesgo de desaceleración en el crecimiento se observó en niños menores de cinco años de edad particularmente aquellos de 12 a 24 meses. Cómo se ha enfatizado, el gasto bajo en alimentación (como porcentaje del salario mínimo) se ha asociado significativamente a déficit en el índice talla/edad. Es interesante observar que los niños de familias nucleares o bien integradas (en matrimonio civil y religiosos o viviendo en pareja) mostraron menor riesgo de déficit antropométrico que aquellos que vivían en familias extensas o de madres solteras o separadas (CEPAL) (1).

Además los hijos de madres adolescentes presentaron más alteraciones del estado nutricional según talla (7.05%) y según peso/talla (18%) lo que se traduce en un estado nutricional inadecuado de evolución crónica. Los ingresos económicos influyen en el estado nutricional según peso edad y según talla/edad, esto al presentar una significancia estadística menor a la significancia que es 0.05. (CEPAL).

El siguiente trabajo está estructurado según la problemática de nutrición en el país, porque tanto la desnutrición como la obesidad influyen de manera directa en la productividad en la población infantil objeto de estudio, impidiendo el desarrollo y crecimiento volviéndose de esta forma en una carga para el sistema de salud, porque aumentan las morbilidades propias de la edad infantil

Con la elaboración de la presente investigación se pretende determinar los factores socioeconómicos y culturales que determinan el estado nutricional de la población infantil de 1 a 5 años de edad inscritos en el programa de atención integral a la niñez en las unidades comunitarias de salud familiar: Morazán, Sociedad; Chapeltique y el Tecomatal de San Miguel año 2017. Con el objetivo de identificar los factores socioeconómicos y culturales que influyen el estado nutricional de los niños en nuestros establecimientos de salud; el estudio se realizó en los diferentes equipos comunitarios de salud familiar de los establecimientos de salud mencionados anteriormente con un total de 287 niños se les realizó una cedula de entrevista a las madres o

responsables que consultaron con los niños objetos de estudio y se obtuvieron datos del expediente de las gráficas de crecimiento y desarrollo para identificar el estado nutricional de la población en estudio posteriormente se logra tabular datos y realizar interpretación y análisis de cada una de las preguntas realizadas en la cedula de la entrevista, se verifican mediante método estadístico la comprobación de hipótesis. Se presenta conclusiones y recomendaciones sobre los datos que nos brinda la investigación realizada. Finalmente se agregan figuras, tablas, gráficas y anexos que contribuyeron a la investigación.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

1.1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Los problemas de desnutrición y obesidad son cada vez más frecuentes en la actualidad en algunos casos se debe por falta de alimentos que ingerir y en otros por una dieta inadecuada, dichos problemas impactan negativamente en la salud, educación y productividad de las personas, e impiden el desarrollo del país ya que posteriormente estas se vuelven una carga para el gobierno y no contribuyen a la productividad del mismo a mediano y largo plazo.

La pobreza está vinculada con el déficit alimentario principalmente en zonas rurales deficiencia que no permite a la población en estudio defenderse de la morbilidad y mortalidad la desnutrición es uno de los factores de riesgo que ponen en peligro la salud del niño y lo que lo hace más susceptible en los primeros años de vida en este mismo orden no tienen acceso a la educación por la falta de recursos económicos lo que posteriormente contribuye a un estilo de vida limitado a las necesidades básicas de la población.

Un estado nutricional óptimo favorece el crecimiento y el desarrollo y mantiene la salud general, la valoración del estado nutricional permite una atención de salud de alta calidad y permite identificar personas en situaciones de riesgo nutricional. El estado de nutrición es consecuencia de diferentes conjuntos de interacciones de tipo biológico, psicológico y social. Tal diversidad obliga a ser específicos cuando se trata de evaluar el estado de nutrición como el desarrollo.

Según estudios los niños cuyas madres son obesas tienen más riesgo de ser obesos y son más propensos a sufrir de diabetes y enfermedades crónicas; los hijos de madres analfabetas y de áreas rurales tienen casi el doble de probabilidades de tener retraso en el crecimiento. A pesar de que estas razones son válidas y de socializar la importancia del control prenatal en los niños muchas veces se le resta importancia al pesar y tallar a la población en estudio, el control del estado nutricional y la valoración del crecimiento forman parte de la guía de atención integral de los niños y niñas menores de 5 años (AIEPI) herramienta que se utilizara para la investigación.

El primer estudio antropométrico a nivel nacional en El Salvador fue realizado en 1965/67 con la colaboración del Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP), donde se estudió principalmente a la población infantil y se determinó la prevalencia de desnutrición y se determinaron las deficiencias de micronutrientes que estaban afectando a la población. Para ese período, la insuficiencia ponderal afectaba al 28% de niños menores de 5 años, la emaciación expresada por el indicador peso/talla era de 4%, mientras que el déficit mayor se encontró en la talla, pues la mitad de Los niños presentaban retardo en talla. Las deficiencias de micronutrientes se conocen en El Salvador desde la década de los sesenta con las primeras evaluaciones nutricionales realizadas a nivel regional. Para ese período, se encontró que las deficiencias de yodo, vitamina A hierro tenían importancia como problemas de salud pública, por su magnitud y sus efectos sobre la salud. Según la encuesta FESAL 1998, la anemia afectaba el 19% de los menores de cinco años y el 9% de las mujeres En las últimas encuestas de evaluación nutricional, se encontraron porcentajes menores de estas deficiencias, pero continúan siendo un problema de salud pública (1).

Utilizando la población de referencia nueva de la OMS, los resultados de FESAL-2008 muestran que los niveles más altos del indicador de baja Talla para la Edad (retardo en crecimiento) se encuentran entre los(las) hijos(as) de mujeres sin educación formal o con 1 a 3 años de escolaridad (37 y 27 por ciento, respectivamente), entre los(las) del quintil de bienestar más bajo (31 por ciento), los(las) que viven en el área rural (24 por ciento) o en los departamentos de Sonsonate, Chalatenango y Morazán (27, 26 y 25 por ciento, respectivamente). Al contrario, las cifras más bajas de este indicador de malnutrición se encuentran en La Unión y San Salvador, con 12 y 15 por ciento, en su orden. En ausencia de (o cuando no se evidencia) malnutrición por emaciación, el indicador Peso para la Edad se comporta como el indicador Talla para la Edad y por lo tanto, las tendencias para el retardo en el crecimiento descritas anteriormente, se aplican a este indicador, sólo que la magnitud es menor.

Bajo estas condiciones, el indicador Peso para la Edad es un indicador aproximado del retardo en crecimiento. Por el contrario, usando la población de referencia de la OMS se estima que la proporción de niñas y niños con sobrepeso subió del 4 por ciento en 1998 al 6 por ciento en 2008. El problema de sobrepeso se presenta en los grupos de mejor situación socioeconómica, siendo mayor que el 8 por ciento entre las y los hijos de mujeres con 10 ó más años escolaridad o que viven en hogares del quintil más alto. El Salvador está al inicio de lo que podría ser una epidemia de sobrepeso en las nuevas generaciones (1).

La base de datos para el estudio es de las fuentes autorizadas por el Ministerio de Salud de El Salvador, de las diferentes unidades comunitarias de salud familiar donde consultan las madres con los niños a su control infantil. Provenientes del sistema SIMMOW que se encuentra en línea, en la página del ministerio de salud pública, en el cual se digita toda la información real de cada unidad de salud comunitaria por el auxiliar estadístico de cada establecimiento, siendo dicha información obtenida de los registros diarios de consultas.

Con respecto a las unidades de salud en estudio en el periodo comprendido de enero 2015 a diciembre 2016 los datos de peso para la edad la gran mayoría tienen un buen estado nutricional pero también hay aporte de desnutrición en el parámetro de longitud para talla hay retardo en el crecimiento y en el dato de peso para la talla prevalece la desnutrición a el sobrepeso.

La Política Nacional de Salud 2009-2014 contempla en su estrategia sobre:

Estrategia 12: Seguridad Alimentaria y Nutricional

La cual hace referencia a Establecer el Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional en todo el ciclo de vida, de cobertura universal, como un componente fundamental de la promoción de la salud, basado en las determinantes sociales de la situación alimentaria y nutricional del país.

En la política nacional de salud hace referencia a la Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia

Art. 21.- Derecho a la Salud

"La salud es un bien público y un derecho fundamental de las niñas, niños y adolescentes que debe entenderse de manera integral como la resultante de la interacción dinámica de distintos factores

bio-psico-sociales, económicos, el medio ambiente, el agua en calidad y cantidad suficiente, el estilo de vida y el sistema de atención sanitaria".

Art. 25.- Obligaciones del Sistema Nacional de Salud

Literal L: Supervisar que el crecimiento y desarrollo de toda niña, niño o adolescente sea adecuado a su edad cronológica; orientar y apoyar a la madre, el padre, representante o responsable para que tomen las medidas necesarias para ello".

Según informes realizados por el Ministerio de Hacienda este es el promedio con el que la población de nuestro país tiene que suplementar las necesidades básicas donde generalmente en las comunidades en estudio es el hombre el que trabaja y gana un promedio de 7 dólares diarios. Y algunos pocos son los que reciben remesas familiares o tienen otro aporte más para el hogar.

(3) En un estudio oficial realizado en el mes de octubre de 2014 se concluyó que el costo de la canasta básica en El Salvador es de \$193.10 en el área urbana y de \$139.06 para el área rural; tomando en cuenta los insumos mínimos que una familia necesita para vivir.

Nuestra investigación está dada por un enfoque intervencionista debido a las características de la población blanca de esta forma facilitar la recopilación de los datos, donde se tendrán como respuestas varias opciones, las cuales se comprobaran a través cada una de las hipótesis planteadas. La población beneficiada con esta investigación serán los niños y niñas de uno a cinco años de unidades comunitarias de salud familiar de Sociedad; Morazán, Chapeltique y el Tecomatal San Miguel.

La pobreza es una de las causas más vinculadas con la desnutrición, pero también tenemos otros factores como la obesidad que también influye en el estado nutricional del niño, porque si en la desnutrición tenemos un aumento de la morbimortalidad infantil, en la obesidad tenemos un aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles cuando estos llegan a ser adultos o incluso llegar a presentar diabetes infantil. Los estudios realizados en El Salvador desde 1965 y en el 2008 han comprobado que la desnutrición se debe principalmente a deficiencia de vitaminas, además por la baja escolaridad de las madres y también en las zonas geográficas donde viven, la población más afectadas son aquellos que viven en áreas rurales.

El crecimiento y desarrollo de los niños más importante se da entre el 1° año al 5° año de vida debido a que en estas edades comienzan los cambios físicos, óseos, muscular, cerebral. Por lo que si tienen deficiencias en los nutrientes que tiene que ingerir, esas facultades que se están desarrollando en esa edad no van a ser las adecuadas u óptimas para el aprendizaje, crecimiento y otras facultades que se necesitan para el desarrollo de una persona productiva a la sociedad, es por eso que en este trabajo el objetivo es conocer más a fondo estos factores que influyen en el estado nutricional de los niños.

1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA:

De la situación antes descrita se deriva el problema de investigación que se enuncia de la siguiente manera:

¿Cuáles son los factores que determinan el estado nutricional de la población infantil de 1 a 5 años de edad inscritos en el programa de atención integral a la niñez en las unidades comunitarias de salud familiar: Sociedad, Morazán, Chapeltique y el Tecomatal, San Miguel. Año 2017?

1.3 JUSTIFICACIÓN

El crecimiento y desarrollo del cuerpo en niños y niñas es de suma importancia especialmente en las etapas de 1 a 5 años ya que se caracteriza por una sucesión de acontecimientos (cambios físicos, crecimiento óseo, muscular, cerebral, tejidos entre otros), cada uno con sus propias particularidades. En los que el niño y la niña va creciendo constantemente desarrollando su cuerpo, y a la par de ese crecimiento también de manera continua e incansable desarrolla su mente y personalidad, van a depender de este desarrollo y crecimiento las necesidades nutricionales que deben ser cubiertas por una buena alimentación; que aporten nutrientes necesarios para el organismo como: las proteínas, los minerales, las vitaminas, y carbohidratos. Siendo la alimentación el acto mediante el cual introducimos en el organismo las sustancias que sirven de sustento proporcionando con ello todos los nutrientes necesarios que necesitamos para cubrir las necesidades alimenticias. Siendo esta un acto consciente y voluntario sometido a influencias culturales, hábitos alimenticios, el ingreso económico, la disponibilidad de alimentos y la accesibilidad de estos a las comunidades.

La cantidad y calidad de alimentos son factores que influyen en la nutrición cubriendo las necesidades nutricionales del individuo. La nutrición es el proceso de consumo y absorción de los nutrientes necesarios para el buen desarrollo del cuerpo humano si este no ingiere en cantidades necesarias estos nutrientes se pueden padecer de trastornos alimenticios; produciendo con ello desnutrición.

El conocimiento que se tiene sobre nutrición y desarrollo cognitivo del niño y niña carece de datos suficientes que permitan establecer con certeza la interrelación que existe entre nutrición y rendimiento intelectual del niño y niña en edad escolar y como esta, la nutrición, influye en el rendimiento académico.

La población infantil en el país sigue siendo la más vulnerable en aspectos de salud, especialmente quienes habitan en el área rural; la malnutrición infantil es una de las principales causas de morbimortalidad en la infancia y se ve influenciada por diversos factores como son: situación socioeconómica precaria, zona de procedencia, demografía, grado de escolaridad de las madre y padre y las prácticas y costumbres alimenticias; entre otras. Este doble flagelo de desnutrición y obesidad es el resultado de varios factores, siendo uno de los principales la pobreza, pero también la falta de educación, mala alimentación y una vida sedentaria.

A pesar de su importancia el control del estado nutricional del niño siempre es realizado de forma sistemática en los servicios de salud. En muchos casos si bien los niños son medidos y pesados, estos datos no son utilizados para determinar el estado nutricional del niño, perdiéndose oportunidades de detección precoz de retraso en el crecimiento. Por su importancia como factor de riesgo de enfermedades y de su agravamiento, así como por constituir un problema de salud en los niños en países en desarrollo, el control del Estado Nutricional y la Valoración del Crecimiento forma parte de la Guía de Atención Integral a Niños y Niñas Menores de 5 años (AIEPI) herramienta que se utilizó en la presente investigación

La ausencia de un diagnóstico nutricional en niñas y niños de 1 a 5 años de edad inscritos en el programa de atención integral a la niñez en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar, El Tecomatal, Chapeltique, San Miguel y Sociedad, Morazán ha llevado a realizar este estudio. Por lo que la presente investigación sirve para tener datos confiables a nivel de los establecimientos de salud que permitan tomar mejores decisiones para mejorar los índices de desnutrición y alteración del crecimiento.

2. OBJETIVOS:

2.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar los factores socioeconómicos y culturales que influyen en el estado nutricional de la población infantil de uno a cinco años de edad inscritos en el programa de atención integral a la niñez en las unidades comunitarias de salud familiar: Sociedad, Morazán, Chapeltique y El Tecomatal, San Miguel año 2017.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Conocer el estado nutricional de la población infantil de uno a cinco años de edad inscritos en las unidades comunitarias de salud familiar sujeto de estudio.
2. Identificar como afecta los factores socioeconómicos que inciden en el estado nutricional de los niños que forman parte del estudio.
3. Describir los patrones culturales que influyen en el estado nutricional de la población en estudio.
4. Identificar cual es el grupo etario más susceptible a padecer desnutrición u obesidad.
5. Relacionar el valor calórico de los alimentos que ingieren los niños y niñas sujeto de estudio con su estado nutricional.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Historia de la nutrición en El Salvador.

Los condicionamientos estructurales que reproducen la pobreza en nuestro país, impactan mayoritariamente y drásticamente a la población infantil. (Anexo 1) Ciertamente, la niñez en el salvador transcurre en medio de desnutrición, insalubridad, enfermedades y gran riesgo de muerte. Las manifestaciones sobre la pobreza sobre la situación de la niñez ejercen su mayor impacto sobre los niños marginados urbanos y principalmente sobre los pertenecientes a familias rurales.

La esperanza de vida de estos niños es muy corta ya que no solo atraviesan una infancia desdichada si no que, además, los que logran sobrevivir se incorporan rápidamente a la economía familiar, muchas veces desde los 7 años de edad. Las deficiencias nutricionales y el daño por las enfermedades sufridas por estos niños, aunado al esfuerzo físico adicional requieren de su pronta incorporación al trabajo, en actividades agrícolas, desgastan rápidamente la vida de los pobres en El Salvador.

Según el MINSAL (Ministerio de Salud de El Salvador) el 50% de los niños menores de 5 años padecían algún grado de desnutrición. Para evaluar la gravedad del problema se cuenta con estudios antropométricos realizados por el ministerio de planificación y el INCAP, (Instituto de Nutrición en Centroamérica y Canadá) que se fundamenta en los casos registrados en los servicios de salud pública.

El estado nutricional de la madre juega un papel importante para explicar los problemas de la infancia ya que podría interferir y ser de características similares en los grupos antes señalados (1)

El método de FAO (organización de las naciones unidas para la alimentación y la agricultura) para medir la carencia de alimentos se basa en el cálculo de tres parámetros fundamentales para cada país: la cantidad media de alimentos disponibles por persona, el nivel de desigualdad en el acceso a dichos alimentos y el volumen mínimo de calorías que necesita una persona en promedio. La ESA (escala de salubridad alimentaria) es una escala lineal continua que mide el grado de severidad de la inseguridad alimentaria y hambre del hogar en términos de un único valor numérico. La validación de la ESA determinó que la inseguridad alimentaria presentaba una significativa correlación negativa con los ingresos y con el gasto en alimentación de los hogares, y tenía una correlación significativa con la ingesta de energía per cápita. Sin embargo, es probable que cuando el método indica carencia de alimentos, no siempre ésta guarde relación con insuficiencia de energía alimentaria; pues el nivel en que las personas perciben la carencia de alimentos depende de su posición en la sociedad. Puede ser que algunas personas experimenten sensación de escasez alimentaria si sienten que lo que están comiendo es de inferior calidad o cantidad, para el nivel donde viven. Una ventaja es que las mediciones cualitativas incorporan la forma en que las personas más afectadas perciben la inseguridad alimentaria y el hambre. No obstante, los métodos cualitativos no han sido establecidos para sustituir indicadores cuantitativos ya aceptados, como los datos antropométricos, los datos de encuestas de hogares sobre gastos, la evaluación de la ingesta de alimentos o la metodología usada por la FAO en el Simposio realizado en la sede de FAO en Roma (junio de 2002) sobre mediciones de la seguridad alimentaria, se concluyó que ninguna medición es suficiente por sí sola para abarcar todos los aspectos de la INSA. (insalubridad

alimentaria) Así también, que las mediciones deberían centrarse en tendencias y no en niveles, pues la evaluación de las tendencias será más fiable que la evaluación de los niveles, siempre que se utilice sistemáticamente la misma metodología. Otro aspecto a tomar en cuenta, es que no sólo debe ponerse atención a la insuficiencia de energía, sino también hay que considerar otros aspectos como es la carencia de nutrientes específicos que pueden constituir problemas de salud pública, y que también forman parte de la inseguridad alimentaria y por tanto deben recibir atención. Existen pues diversos métodos para analizar la seguridad alimentaria, y todos miden algo distinto, por lo que a veces es necesario aplicar más de un método. Por otra parte, es importante poner atención a la terminología usada, pues se aplican indistintamente los términos hambre, hambruna, inseguridad alimentaria, desnutrición, etc. y cada uno tiene un significado diferente. Cuenta la importancia de disponer de información actualizada sobre la situación de la población salvadoreña, en relación a la seguridad alimentaria, el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) decidió hacer un análisis de los niveles actuales de seguridad alimentaria en El Salvador, tomando como base los datos recopilados en la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de Hogares ENIGH-2006). Es un análisis secundario de datos y no de un estudio directo del consumo real de alimentos en los hogares, por lo que los resultados están sujetos a las condiciones de confiabilidad y alcance de los datos. Considerando que los hogares más expuestos a la inseguridad alimentaria son los que presentan bajos niveles de consumo alimentario debido a diversas razones, principalmente a la pobreza y otros factores de índole Socioeconómico y demográfico, en el estudio, los datos del consumo alimentario son analizados en función de estas variables.

Diversidad del consumo de alimentos, según área y región

La universalidad de los productos, o sea su registro en mayor número de hogares, se analizó tomando en cuenta dos niveles: los productos usados por el 75% o más de los hogares, y los Productos usados por el 50% o más de los hogares. El análisis se hizo con base en los 55 grupos genéricos, por regiones y por nivel de pobreza. En el Cuadro 1a. (anexo 2) se presenta, por área, la proporción de hogares que usó cada uno de los 55 productos genéricos incluidos en el análisis. Las proporciones usadas por el 75% o más de los hogares se presentan en verde y las proporciones entre 50 y 75% en celeste, las menores de 50% no tienen color. No se incluyen los usados por <10% de los hogares. Como puede verse, ocho productos fueron usados por el 75% más de los hogares en el área urbana, mientras en el área rural fueron 10 productos. Los productos más usados en el área urbana son: tortilla, pan francés, pan dulce, huevos, pollo, quesos, tomate y gaseosas; en el área rural se encuentra los mismos, menos pollo y gaseosas, y se agregan arroz, frijoles, sopas deshidratadas y azúcar. El número de productos usados por el 50% de los hogares del área urbana asciende a 23, mientras en el área rural es de 19.

Los frijoles son usados aproximadamente por el 70% de los hogares, excepto en la región Central-1 (82%) de los alimentos derivados de los cereales, son usados en todas las regiones: arroz (>70%), tortilla (>90%), pan dulce (>80%) y pan francés (>85%), excepto en la región Oriental (76%). En todas las regiones, el azúcar es usada por más del 70% de los hogares, con excepción de la región metropolitana con 63%. El aceite aparece en las regiones Central-1, Central-2 y Oriental con más del 50%; otras grasas, la margarina es usada por cerca del 40% de hogares en las regiones Metropolitana y Central 1, en cantidades muy pequeñas ($\leq 2g$). En cuanto a vegetales y frutas, la variedad es similar en todas las regiones (tomate, cebolla, papas y bananos). Otros productos usados en todas las regiones son: café, jugos, gaseosas, tortillas o panes con comida, condimentos y sopas en polvo. En resumen, en las regiones occidente y oriental el consumo de alimentos es menos variado; mayor variedad se encuentra en la región metropolitana.

Por otra parte, la forma de alimentarnos ha variado de forma sustancial, es decir, es más tributaria en este momento de las proteínas de lo que lo era durante el siglo pasado, habiéndose producido también una clara disminución en el consumo de hidratos de carbono y un aumento muy importante de la ingesta de grasas.

El consumo de alimentos en general, ya sea de comida o bebida, trasciende la pura necesidad de alimentarse en el sentido de nutrirse, pues está tan cargado de significados, de emociones y ligado a circunstancias y acontecimientos sociales que nada tiene que ver con la estricta necesidad de comer. (Ver anexo uno)

3.2 Estudios Previos de Nutrición:

La aprobación de la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (2011) ha sido un paso importante que ha establecido un nivel interministerial de rectoría y vigilancia en el Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CONASAN), liderado por el MINSAL. El Consejo Técnico (COTSAN) facilita la coordinación intersectorial, el logro de enfoques compartidos y la focalización de esfuerzos entre las distintas instituciones estatales que, eventualmente, permitirá optimizar recursos y promover acciones efectivas. Si bien la política sustenta una propuesta de Ley de Seguridad Alimentaria y Nutricional, introducida a la Asamblea Legislativa, aún no han finalizado las discusiones en comisión, ni ha sido sometida al plenario para su aprobación.

Desnutrición

Hay 3 tipos de desnutrición en la población infantil: (anexo 3)

1. Desnutrición crónica: Retardo de altura para la edad que se asocia normalmente a situaciones de pobreza, con consecuencias para el aprendizaje y el desempeño económico. En 2008, según FESAL, este indicador (dos desviaciones estándar) se encontraba en 19.2% a nivel nacional: 13.5% en lo urbano y 24.2% en lo rural.

2. Desnutrición aguda: Deficiencia de peso en relación a la altura que resulta de una pérdida de peso asociada con periodos recientes de hambruna o enfermedad que se desarrolla muy rápidamente y es limitada en el tiempo. En 2008, según FESAL, este indicador (dos desviaciones estándar) se encontraba en 1.0% a nivel nacional: 0.7% en lo urbano y 1.2% en lo rural.

3. Desnutrición global: Deficiencia de peso para la edad, estando por debajo del peso que se considera saludable. En 2008, según FESAL, este indicador (dos desviaciones estándar) se encontraba en 5.5% a nivel nacional: 3.6% en lo urbano y 7.2% en lo rural.

Los tres tipos de desnutrición prevalecen más en las zonas rurales que en las urbanas y afectan más a niñas y niños de hogares en condición de pobreza.

Estos datos evidencian que la desnutrición crónica continúa siendo un reto para la salud pública. La desnutrición crónica y la aguda son levemente superiores en niños que en niñas, mientras que son más las niñas que sufren desnutrición global. Otro indicador importante que está relacionado con la desnutrición es la prevalencia de la anemia, que se genera debido al bajo nivel de hemoglobina en la sangre.

Una de las causas directas de la desnutrición en la niñez lo establece el acceso a la lactancia materna. Según los datos de FESAL-2008, el 96.1% de las niñas y niños menores de 5 años han recibido lactancia materna alguna vez y la duración promedio de amamantamiento es de 20.6 meses, aunque no de manera exclusiva, lo que no aporta la misma calidad nutricional; los niños y niñas menores de 5 años del área rural fueron amamantados en mayor porcentaje y durante un periodo de tiempo mayor que los del área urbana.

La prevalencia y la duración de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses y de la lactancia de manera completa (lactancia materna exclusiva y la lactancia materna predominante) son superiores en la zona rural y en los hogares con menores niveles de ingresos. La prevalencia de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses fue estimada en un 31.4% % de niños/niñas de 3 a 59 meses con desnutrición crónica y, según FESAL-2008, la duración de la lactancia de manera exclusiva fue de 1.9 meses a nivel nacional. La duración de la lactancia de manera completa fue de 2.8 meses a nivel nacional.

De acuerdo a la FESAL-2008, las razones por las que las madres dejaron de amamantar de manera exclusiva a sus hijas o hijos antes de los 3 meses fueron en casi dos tercios de los casos por considerar que “el niño no quería” o que ella generaba leche insuficiente, mientras que un porcentaje bastante menor alegó haberlo hecho por razones de trabajo o estudio. Esto evidencia que la baja cobertura de la lactancia materna exclusiva obedece en gran medida a un problema de difusión y conocimiento de los beneficios de la misma para la madre y para el bebé, tanto en términos nutricionales como en cuanto a la reducción de su vulnerabilidad en salud.

3.3 Generalidades del crecimiento y desarrollo:

Crecimiento: es el proceso mediante el cual los seres vivos aumentan su tamaño y se desarrollan hasta alcanzar la forma y la fisiología propias de su estado de madurez (edad adulta), hay un incremento en el número de células de un organismo. Es medible y cuantificable. El crecimiento se consigue por una doble acción: un aumento en el tamaño de las células del cuerpo, y un aumento en su número real; es un proceso cuantitativo expresado en los valores de las dimensiones corporales.(2)

El crecimiento es un cambio físico, se puede medir cuantitativamente, como la talla, el peso corporal, el tamaño óseo, la dentición, en todas estas personas el crecimiento fisiológico es similar

El desarrollo comprende un aumento de la complejidad y destreza de una persona para adaptarse al medio ambiente. Constituye el aspecto conductual del crecimiento (caminar, hablar, correr)

Factores que influyen en el crecimiento y desarrollo

- Genético: características físicas, temperamento.
- Ambiente: familia, religión, cultura, alimentación, etc

Las divisiones por edad en pediatría son:

- Neonato: 0 a 29 días
- Lactante Menor: 1mes a 11meses 29 días
- Lactante Mayor: 1 año a 1 año 11meses 29 días

Pre-escolar: 2 años hasta 5 años 11 meses 29 días

- Escolar: 6 años hasta los 9 años 11 meses 29 días
- PRE adolescente: 12 años hasta 14 años 11 meses 29 días
- Adolescente: 15 años hasta 17 años 11 meses 29 días(3)

3.4 Crecimiento como indicador de salud

La alimentación es la base necesaria para un buen desarrollo físico, psíquico y social de los niños. Por ello, una dieta saludable es vital para que su crecimiento sea óptimo. Es recomendable no abusar de las grasas vegetales y comer al menos, cinco veces al día frutas y verduras. Una buena nutrición infantil y la práctica de ejercicio es la primera línea de defensa contra numerosas enfermedades infantiles que pueden dejar huellas en los niños de por vida. La ingesta de nutrientes es distinta en función de las distintas etapas de su evolución. Una buena nutrición y una buena salud están directamente conectadas a través del tiempo de vida, pero la conexión es aún más vital durante la infancia. Durante este período, los niños pueden adquirir buenos hábitos alimenticios en lo que se refiere a la variedad de los alimentos y al sabor de las comidas.

Los efectos de la desnutrición en la primera infancia (0 a 8 años) pueden ser devastadores y duraderos. Pueden impedir el desarrollo intelectual, el rendimiento escolar y debilitar la salud de los niños(4)

La mayoría de los bebés pesan 2,7 a 3,8 Kg. al nacer

- Pierden 5 a 10% por pérdida de líquidos, la que es recuperada a la semana de vida.
- El incremento semanal de peso es 150 a 210 gramos, hasta los 6 meses
- A los 5 meses de vida alcanzan el doble de peso de nacimiento
- A los 12 meses triplican el peso.

Talla, perímetro cefálico

- Talla promedio 50cms
- A los 6 meses, el lactante crece 13,5 cm
- Al año se suman 7,5cm
- Depende de la nutrición y tamaño del niño al nacer.
- El perímetro cefálico se debe medir en todos los controles, por médico y enfermera hasta que el niño adquiera 2 años.
- Se mide con el objetivo de determinar el ritmo de crecimiento del cráneo y cerebro
- El perímetro promedio es 35cm y varía 1 a 2 cm.(5)

3.5 Factores que influyen en el crecimiento:

El departamento de nutrición: En la actualidad, el mundo se enfrenta a una doble carga de malnutrición que incluye la desnutrición y la alimentación excesiva. La malnutrición también se caracteriza por la carencia de diversos nutrientes esenciales en la dieta, en particular hierro, ácido fólico, yodo y vitamina A.

La malnutrición, en cualquiera de sus formas, presenta riesgos considerables para la salud humana. La desnutrición contribuye a cerca de un tercio de todas las muertes infantiles. Las crecientes tasas de sobrepeso y obesidad en todo el mundo están asociadas a un aumento en las enfermedades crónicas como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y la diabetes. Estas enfermedades están afectando con cifras crecientes a las personas pobres y las más vulnerables.

La respuesta de la OMS

Se han identificado medidas eficaces en materia de nutrición para mejorar la salud, y la OMS está trabajando con los Estados Miembros y asociados para ampliarlas, en particular para las personas más vulnerables y empezando desde los primeros estadios del desarrollo.

Las estrategias abordadas incluyen formular y elaborar unas políticas apropiadas en materia de alimentos y nutrición; vigilar las tendencias mundiales en nutrición para informar la adopción de decisiones; proporcionar asesoramiento científico para ejecutar las medidas de intervención, y dirigir la colaboración mundial para mejorar la salud nutricional

El departamento está organizado en cuatro áreas de trabajo, con los siguientes objetivos:

1. Política y asesoramiento científico en materia de nutrición.

Ayudar a las regiones y países a abordar los problemas de nutrición a través de políticas y medidas basadas en datos científicos; desarrollar unas bases de datos y unos instrumentos de adopción de decisiones de uso fácil; proporcionar asesoramiento científico sobre dieta y salud.(3)

2. Evaluación y vigilancia del crecimiento.

Establecer patrones de crecimiento infantil y desarrollar instrumentos de medición; reunir e intercambiar información sobre el estado nutricional.

3. Micronutrientes.

Vigilar el estado vitamínico y mineral de la población en todo el mundo; ayudar a los Estados Miembros y sus asociados a formular y aplicar estrategias eficaces para lograr un equilibrio vitamínico y mineral en la dieta; promover la importancia de las vitaminas y los minerales para la salud y la nutrición.

4. La nutrición a lo largo de la vida

Mejorar la nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño; ayudar a los países a prevenir y abordar la malnutrición por medio de orientaciones basadas en datos científicos; apoyar las medidas relacionadas con la nutrición en las emergencias; fomentar una nutrición adecuada entre las personas afectadas por infecciones como el VIH/sida y la tuberculosis.(3)

3.6 Factores socioeconómicos y culturales.

En casi todos los países, los factores sociales y culturales tienen una influencia muy grande sobre lo que come la gente, cómo preparan sus alimentos, sus prácticas alimentarias y los alimentos que prefieren. Sin embargo, los hábitos y prácticas alimentarias son rara vez la causa principal, o importante de la malnutrición. Por el contrario, muchas prácticas son específicamente diseñadas para proteger y promover la salud; un ejemplo es suministrar a las mujeres alimentos abundantes, densos en energía, durante los primeros meses después del parto. Es verdad también, que algunas prácticas alimentarias tradicionales y tabúes de ciertas sociedades pueden contribuir a deficiencias nutricionales en grupos específicos de la población.

Los nutricionistas deben conocer los hábitos y prácticas de alimentación de las comunidades donde trabajan, de manera que puedan ayudar a reforzar los elementos positivos y luchar para cambiar los negativos.

3.6.1 Factores Socioeconómicos

-Pobreza: La inseguridad alimentaria y el hambre están estrechamente asociados a la pobreza extrema, pero no se confunden con ella. Una alimentación insuficiente para el desarrollo de una vida normal e inadecuada desde el punto de vista nutricional, afecta no sólo a quienes viven en condiciones de extrema pobreza sino también a estratos más amplios y grupos que residen en determinadas zonas o regiones en cada país. Entre las carencias que enfrenta la población en pobreza extrema, la falta de acceso a alimentos es, por sus consecuencias, la más grave y urgente de erradicar. El reconocimiento de la importancia de eliminar las situaciones más extremas de hambre se expresa en que el primer objetivo de desarrollo de la Declaración del Milenio es la erradicación del hambre en el planeta. Respecto de este objetivo se establecen metas específicas, otorgándosele así la misma prioridad que a la mitigación de la pobreza.(6)

La insuficiencia permanente de alimentos en cantidad y calidad adecuados para satisfacer las necesidades energéticas de toda la población (subnutrición); encuentra su manifestación más grave en la desnutrición infantil. De las dos formas que asume: el bajo peso y la cortedad de talla con respecto a la edad, el retardo del crecimiento es particularmente importante en los países de la región, debido tanto a su mayor incidencia como a la irreversibilidad de sus efectos negativos sobre el desarrollo de los individuos y de la sociedad.

A partir de la Conferencia Internacional sobre Nutrición (Roma, 1992); y la Cumbre Mundial sobre la Alimentación (Roma, 1996); la preocupación por la seguridad alimentaria y el hambre se ha manifestado más claramente en formulaciones de políticas nacionales de seguridad alimentaria y nutricional.

-Baja escolaridad: La escuela, es decir, el sistema de educación formal, es uno de los agentes de socialización más poderosos a que están expuestas las personas. Ejerce una influencia benéfica sobre el desarrollo psicosocial, la adquisición y utilización del conocimiento y el progreso económico y social de los individuos y de la sociedad, tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo. Se han encontrado relaciones positivas entre la educación, los ingresos individuales y el nivel de ocupación (Beirn y otros 1972; Simmons y Alexander, 1975). También se ha comprobado que existe una relación estadística entre el producto nacional bruto per cápita y el porcentaje de población de edad escolar matriculada en la enseñanza secundaria (Razin, 1977). En general, a pesar de algunos resultados discutibles, las informaciones disponibles apoyan la idea de que la escuela es un instrumento de cambio social e individual que aumenta las probabilidades de bienestar general.

Existen numerosas publicaciones sobre los factores que inciden en la matrícula, la asistencia y el rendimiento escolares. Se hace gran hincapié en los factores sociales y económicos dentro de la familia y en la calidad de la enseñanza escolar. En general, se puede distinguir entre los factores endógenos y exógenos que inciden sobre el niño y la familia.

La nutrición es un factor endógeno que afecta la capacidad general y específica para aprender, antes y después de la escolarización. Pero en las obras sobre educación y sobre nutrición se ha prestado poca atención a esta última como factor del progreso escolar. Como podrá verse en la presente monografía, hay elementos para afirmar que la malnutrición de los niños, incluida la primera infancia, es un factor importante de desaprovechamiento escolar. Antes de abordar en especial el tema de la nutrición como factor determinante del progreso escolar, se estudian en general los factores que inciden en la escolaridad.(2)

-Desintegración familiar: La desintegración familiar se manifiesta con la ruptura de los lazos principales que unen el núcleo familiar, situación que sin duda cobra influencia en el desarrollo de sus miembros, provocando así el quiebre en los roles de sus integrantes, por su incapacidad de desempeñarlos en forma consciente y obligatoria dando como resultado la insatisfacción de las necesidades primarias de sus miembros. (7)

-Salario mínimo: La remuneración mínima, salario mínimo o sueldo mínimo, es la cantidad mínima de dinero que se le paga a un trabajador en un determinado país y a través de una ley establecida oficialmente, para un determinado período laboral (hora, día o mes), que los empleadores deben pagar a sus trabajadores por sus labores.

-Servicios básicos: toda persona, sin importar donde viva, tenga acceso, ya que garantiza un mínimo de calidad de vida para a partir de ahí realizar su desarrollo personal Los servicios básicos deben ser accesibles para todo el mundo

-Hacinamiento: la cantidad de los seres humanos que habitan o que ocupan un determinado espacio es superior a la capacidad que tal espacio debería y puede contener, de acuerdo a los parámetros de comodidad, seguridad e higiene.

-Área geográfica: Espacio en que se produce determinado fenómeno o que se distingue por ciertos caracteres geográficos, botánicos, zoológicos, económicos, etc.

3.6.2 Factores culturales.

- Iniciar la ablactación antes del periodo establecido
- Dar lactancia materna predominante hasta más de dos años
- Creer que alimentos como las harinas y pan son más nutritivos
- Por la falta de información en nutrición y no preparar alimentos dar comida chatarra.
- Falta de hábitos higiénicos que hacen que nuestros niños enfermen
- Creer que el sobrepeso es un indicio de buen estado de salud

- Prácticas religiosas sobre restricción de algunos alimentos.
- Baja ingesta en frutas y verduras

Las personas en períodos de rápido crecimiento (es decir, la infancia y la adolescencia) tienen un aumento de las necesidades de nutrimentos y energía. Los adultos mayores, por otro lado, necesitan menos calorías y ajustes en su alimentación en vista del riesgo de enfermedad cardíaca coronaria, la osteoporosis la hipertensión y el proceso propio del envejecimiento.

GÉNERO

Las necesidades de nutrimentos son diferentes para hombres y mujeres debido a la composición corporal y las funciones reproductivas. La mayor masa muscular de los hombres se traduce en una mayor necesidad de calorías y proteínas. A causa de la menstruación, las mujeres necesitan más hierro que los hombres, antes de la menopausia. En las mujeres embarazadas y lactantes se incrementan las necesidades calóricas, de líquidos y de algunos nutrimentos específicos.

3.7 Indicadores de riesgo de los problemas nutricionales

Podemos encontrar diferentes tipos de indicadores en este grupo:

-Indicadores nutricionales indirectos: valoran el riesgo de no cubrir las necesidades nutricionales de la población. Pueden ser cuantitativos (aportes nutricionales de la ración alimentaria: aporte energético, proteico, de hierro...), cualitativos (componentes de la ración alimentaria: aporte de proteína animal o vegetal, hierro hemo o no hemo...), indicadores de comportamiento alimentario (lactancia materna hasta 1, 3, 6 ó 12 meses), indicadores económicos de tipo alimentario (porcentajes de ingresos destinados a alimentación, cabaña ganadera, redes de distribución alimentaria).

-Indicadores de equipamiento: tipo de hábitat, número de habitantes por vivienda, servicios en la vivienda (instalación de cocina, eliminación de basuras), evacuación de aguas residuales o porcentaje de población con acceso al agua potable (éste último se considera el más importante).

3.8 Tipos de estado nutricional según indicadores utilizados y factores de riesgo

- Peso normal
- Sobrepeso
- Obesidad
- Desnutrición
- Desnutrición severa

3.8.1 Peso Normal: Peso para la talla se encuentra en el canal: entre -2 y $+2$ DE.(8)

3.8.2 Sobrepeso: es el peso para la estatura con más de dos desviaciones típicas por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS(8)

Peso para la talla se encuentra en el canal: entre +2 y +3 DE

3.8.3 Obesidad: es la enfermedad crónica de origen multifactorial, que se caracteriza por acumulación excesiva de grasa o hipertrofia general del tejido adiposo del cuerpo.

Es el peso para la estatura con más de tres desviaciones típicas por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS.(3)

Peso para la talla se encuentra en el canal: arriba de +3 DE.

3.8.4 Desnutrición: Estado patológico resultante de una dieta deficiente en uno o varios nutrientes esenciales o de una mala asimilación de los alimentos.(8)

• Peso para la edad de cero a veinticuatro meses se encuentra en el canal: de -2 y -3 desviaciones estándar • Peso para la talla de dos a menores de cinco años se encuentra en el canal: de -2 y -3 desviaciones estándar.

3.8.5 Desnutrición severa: La desnutrición Severa es una clase de desnutrición infantil que se puede dar en los niños de 1 a 6 años.

Kwashiorkor: Trastorno dietético grave observado en niños entre los diez meses y los tres años, que se debe a una malnutrición severa que incluye una carencia de nutrientes vitales básicos y un déficit importante de proteínas. (8)

Marasmo: Grave decaimiento somático y funcional del organismo provocado por una grave deficiencia de proteínas y de calorías.

Uno de los siguientes signos: • Edema visible • Emaciación visible grave • Si el peso para la edad en la niña o niño de cero a veinticuatro meses está abajo de -3 desviaciones estándar. • Si el peso para la talla de dos a menores de cinco años está abajo de -3 desviaciones estándar (DE).

3.9 VARIABLES ANTROPOMÉTRICAS MÁS UTILIZADAS

3.9.1 Peso para la edad: La gráfica peso edad, se debe utilizar para evaluar el peso corporal en relación a la edad. Para ello, se han elaborado gráficas de acuerdo a la edad y sexo del niño o niña. Por lo que existe una gráfica para la evaluación de los niños de cero a veinticuatro meses y otra para las niñas de la misma edad. Asimismo, existe una gráfica para la evaluación de los niños de dos hasta cinco años y otra para las niñas de la misma edad.(8)

3.9.2 Talla para la edad: Con esta gráfica se identifica el crecimiento alcanzado en longitud o talla para la edad de la niña o niño. Se debe utilizar para identificar el retardo en el crecimiento en la niñez y también a los niños o niñas que son altos para su edad, la cual en raras ocasiones es un problema.(8)

En el grupo de edad de cero a veinticuatro meses se debe utilizar la gráfica L/E y en el grupo de dos hasta los cinco años se debe utilizar la gráfica T/E.

3.9.3 Peso para la talla: La gráfica peso talla (P/T) para niños y niñas de dos a hasta cinco años de edad se debe utilizar para evaluar el estado nutricional actual.

Esta gráfica refleja el peso corporal en proporción al crecimiento alcanzado en talla, identificando problemas de Malnutrición como: sobrepeso, obesidad, desnutrición y desnutrición severa.

3.9.4 Instrumentos utilizados para medir o tallar.

El instrumento para medir la talla se conoce con el nombre de tallímetro o infantómetro, con el cual se debe medir los menores de dos años para corregir la lordosis fisiológica de esta edad; puede ser de madera, de metal o pasta, con una pieza fija donde se apoya la cabeza el niño y una móvil que se ajusta a la planta de los pies

Así mismo, es importante que usted tenga claro algunos conceptos básicos de antropometría, los cuales se describen a continuación:

Peso: Mide la masa corporal total de un individuo. El mismo debe tomarse con la menor cantidad de ropa posible. Cuando el peso no se toma con la cantidad mínima de ropa se puede estar sobreestimando (pesando más de lo real) a un individuo; dando lugar a una evaluación inadecuada del niño.

Talla: Mide el tamaño del individuo desde la coronilla de la cabeza hasta los pies (Talones), el niño se mide de pie (parado). La talla se toma en niños mayores de 24 Meses.

Longitud: Mide el tamaño del niño desde la coronilla de la cabeza hasta los pies (talones), y se mide acostado. Esta medida se toma en niños de 0 a 24 meses.(1)

3.9.5 Curva normal. Valores de referencia. Percentiles e interpretación de los percentiles

Las gráficas de crecimiento contienen una sección de datos generales, los cuales incluyen los siguientes aspectos:

-Nombre de la niña o niño.

-Fecha de nacimiento.

Número de expediente.

-Gráfica Peso para la Edad (P/E): La gráfica peso edad, se debe utilizar para evaluar el peso corporal en relación a la edad. Para ello, se han elaborado gráficas de acuerdo a la edad y sexo del niño o niña. Por lo que existe una gráfica para la evaluación de los niños de cero a menor de dos meses(8) ver anexo 2

Contenido de la gráfica peso para la edad de niñas y niños:

- Lactancia materna

-Fecha de la atención

- Gráfica de Peso/Edad y clasificación nutricional

-Tendencia del peso

-Infecciones asociadas.

Lactancia Materna (LM)

En la sección superior de la gráfica se encuentra una fila de recuadros en donde se debe registrar, en cada atención, el tipo de lactancia que está recibiendo la niña o niño. Esta información se debe registrar únicamente en la gráfica de niños y niñas de cero a veinticuatro meses.

Si la niña o niño es alimentado exclusivamente con leche materna debe escribir la letra “E”, que significa Lactancia Materna Exclusiva.

-Si a la niña o niño se le da lactancia materna más agua u otros líquidos, NO incluyendo leche artificial, debe escribir la letra “P”, que significa Lactancia Materna Predominante.

- Si la niña o niño recibe lactancia materna, pero se le está proporcionando otro tipo de alimento, como atoles, purés o sucedáneo de leche materna, incluyendo también agua; debe escribir la letra “C”, que significa Lactancia Materna Complementaria.

-Si a la niña o niño NO se le proporciona lactancia materna, deberá escribir las letras “SL”, que significa Sin Lactancia.

-Fecha de Atención.

En la sección inferior de la gráfica, se encuentran las casillas en las que se debe registrar la fecha de cada atención; anotando el día, mes y año que debe coincidir con la edad de la niña o niño en meses y años cumplidos.

-La gráfica de crecimiento de Peso/Edad.

Está constituida por una cuadrícula y tres canales que la dividen en: el eje X (horizontal), se presenta la edad en meses y años; en el eje Y (vertical), se presenta el peso expresado en kilogramos y libras a una de escala de 0.2 Kilogramos (0.44 libras); en el extremo derecho de la cuadrícula se encuentran los puntos de corte expresados en Desviaciones Estándar (DE) que separan cada canal.

-La gráfica de peso/edad.

Se obtiene la siguiente clasificación nutricional:

- . Si está arriba la DE +2 es Sobrepeso.
- . Si esta entre la DE +2 y -2 es Peso Normal.
- . Si esta entre la DE -2 y -3 es Desnutrición.
- . Si esta abajo de la DE -3 es Desnutrición Severa.

-Gráfica longitud para la edad (L/E) y talla para la edad (T/E)

Con esta gráfica se identifica el crecimiento alcanzado en longitud o talla para la edad de la niña o niño. Se debe utilizar para identificar el retardo en el crecimiento en la niñez y también a los niños o niñas que son altos para su edad, la cual en raras ocasiones es un problema. (Ver anexo tres)

En el grupo de edad de cero a veinticuatro meses se debe utilizar la gráfica L/E y en el grupo de dos hasta los cinco años se debe utilizar la gráfica T/E.

Las gráficas están constituidas por cuatro canales que la dividen. En el eje X (horizontal) se presenta la edad en meses y años. En el eje Y (vertical) se presenta la longitud o talla, expresada en centímetros a una escala de 1.0 centímetro; en el extremo derecho de la cuadrícula se encuentran los puntos de corte expresados en desviaciones estándar que separan cada canal.

La gráfica de longitud/edad o talla/edad se debe utilizar para obtener la siguiente clasificación nutricional:

- Si está arriba la DE +2 es Talla Alta.
- Si esta entre la DE +2 y -2 se refleja en Talla Normal.
- Si esta entre la DE -2 y -3 refleja Retardo del Crecimiento.
- Si se encuentra debajo de la DE -3 refleja Retardo del Crecimiento Severo.(9)

Gráfica de peso para la talla. La gráfica peso talla (P/T) para niños y niñas de dos a hasta cinco años de edad se debe utilizar para evaluar el estado nutricional actual.

Esta gráfica refleja el peso corporal en proporción al crecimiento alcanzado en talla, identificando problemas de Mal nutrición como: sobrepeso, obesidad, desnutrición y desnutrición severa.

La gráfica de peso/talla está formada por una cuadrícula y cuatro curvas que la dividen en cinco canales.

En el eje X en la línea de referencia horizontal ubicada en la parte inferior de la gráfica, se presenta la talla en centímetros a una escala de 1.0 centímetro. En el eje Y, en la línea de referencia vertical ubicado en el lado izquierdo de la gráfica se presenta el peso en kilos y libras a una escala de 0.5 kg.; y en el extremo derecho de la cuadrícula se encuentran los puntos de corte expresados en desviaciones estándar que separan cada canal (1)

La gráfica de peso/talla se debe utilizar para obtener la clasificación del estado nutricional siguiente:

Estado Nutricional	Peso / Talla (P/T)
Obesidad	Arriba de +3 DE
Sobrepeso	Entre +3 y +2 DE
Normal	Entre +2 y -2 DE
Desnutrición	Entre -2 y -3 DE
Desnutrición Severa	Menos de -3 DE

3.10 En que consiste el programa de atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI).

La estrategia para la Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia en adelante AIEPI de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) fue adoptada por el país en 1997, tomando como base la propuesta genérica y realizando las adaptaciones nacionales a partir de la revisión del perfil epidemiológico, para dar respuesta a las primeras causas de mortalidad y morbilidad que afectan la salud de las niñas y niños menores de cinco años. La presente actualización ha sido adaptada de acuerdo al modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, que implementa la Reforma de Salud donde se incluye el abordaje, de las diez primeras causas de mortalidad infantil.

Para garantizar el continuo de la atención, también se aborda la atención en el período pre-concepcional, el embarazo, parto y la atención del recién nacido al momento de nacer, lo que permite un enfoque interrelaciona, vinculando una etapa con la otra y definiendo factores protectores y de riesgo en el acontecer futuro, en el marco de los determinantes sociales, apoyando la importancia de un enfoque integral e integrado en salud. Además se incluye, el fortalecimiento del componente de evaluación del desarrollo y la detección de sus desviaciones, a través de la implementación de la Escala Simplificada del Desarrollo, la atención de las niñas y los niños hasta los ocho días de vida (AIEPI Neonatal), debido a que el 66% de la mortalidad infantil, se encuentra relacionado al periodo perinatal y neonatal, así como también la información básica para la identificación de los problemas nutricionales más frecuentes en la niñez, con el fin de realizar la atención oportuna y reducir el impacto en la salud.

Para contribuir con la garantía del derecho a la salud y a la vida, establecidos en la Ley de Protección Integral a la Niñez y la Adolescencia (LEPINA) también se ha incorporado el abordaje de los niños y niñas víctimas de cualquier tipo de violencia y el cumplimiento de sus derechos.

Este documento esta dirigidos al personal del Primer Nivel de Atención, desde los Equipos Comunitarios de Salud Familiar en adelante Ecos Familiar y los Equipos Comunitarios de Salud Especializa- dos en adelante Ecos Especializados hasta las Unidades Comunitarias de Salud Familiar en adelante UCSF Básica, Intermedia y Especializada, y pretende ser una herramienta útil, práctica y de fácil comprensión, para la sistematización de la atención integral a los niños y niñas menores de cinco años en el espacio geo-poblacional, en sus comunidades, las familias y las personas, lo que se convierte en una nueva cultura organizacional con énfasis en el abordaje integral de la salud. (8)

3.11 En qué consiste el sistema de información y vigilancia nutricional (SISVIN).

El SISVIN el apoyo al modelo de salud familiar contribuye a obtener información sobre la situación nutricional de la familia a predominio de mujeres y niños orientando para la focalización de intervenciones y seguimiento inmediato

La necesidad de contar con un sistema nacional de vigilancia alimentaria nutricional en El salvador se identificó en la década de los 70 ; destacándose en el plan quinquenal de gobierno de 1975 ``su potencial de escribir la situación nutricional de la población``. En enero de 1977 comenzó a funcionar ``el sistema de vigilancia alimentaria nutricional (SISVAN) de la población

salvadoreña`. En 1990, se documentó el estado del SISVAN y se reconoce que `a pesar de los logros, estos no significan una institucionalización del sistema`

El SISVIN en el salvador, hasta el año 2008 se a realizado a través del registro semestral de datos de peso para la edad en niños /as menores de 5 años de las áreas rurales cubiertas de promotores de salud. Los promotores realizan la toma de peso de acuerdo a los lineamientos establecidos en el manual de crecimiento y desarrollo del niño y niña de 0 -9 años .el consolidado del informe es enviado desde las unidades de salud hasta el SIBASI y este la envía al nivel regional

En una adenda que el MINSAL envió a las UCSF se explica que a nivel del año 2017 se seguirán los siguientes pasos:

- 1.- Promotores de salud pesaran el 100% de los niños /as utilizando bascula de calzón.
- 2.-Plotearan en grafica de peso para edad el estado nutricional (gráficos de crecimiento).
- 3.- Identificaran los niños/as con desnutrición y desnutrición severa.
- 4.- A los niños con desnutrición y desnutrición severa les tomaran la circunferencia media del brazo con cinta MUAC (perímetro medio del brazo).

Los puntos de corte clasificar con la cinta MUAC son:

Indicador	Punto de corte de CMB
Desnutrición aguda severa	Menor de 11.5cm
Desnutrición aguda moderada	De 11.5 a 12.5cm
Normal	Mayor de 12.5cm

Se enviara un informe con estos datos cada mes al SIBASI, la información de casos de niños desnutridos que se generen deben coincidir con las UCSF hospital nacional y SIBASI cuando un niño se captado en hospital nacional con desnutrición el responsable del hospital notificara a UCSF cuando se dé el alta en casos de desnutrición severa para que el promotor de salud retire al niño del hospital y sea trasladado hasta el hogar con las recomendaciones a seguir.

Acciones a tomar en primer nivel de atención:

Detección de casos de desnutrición en UCSF

1. Todo niño con desnutrición y desnutrición severa se le deberá tomar las medidas antropométricas y la consecuente evaluación y manejo del estado nutricional según lo establecido en los lineamientos técnicos de niños y niñas menores de 5 años
2. En los establecimientos de salud de primer nivel para clasificar a un niño y niña con desnutrición y desnutrición severa se utilizara el grafico de peso para la edad en los niños de 0 a 2 años y el grafico de peso para la talla en los niños de 2 a 5 años

3. El instrumento a utilizar cuando el niño es mayor de 5 años será el gráfico de IMC vigente de 5 a 19 años del Minsal

Conducta a seguir ante un caso de desnutrición y desnutrición severa: todo caso será manejado de acuerdo a lo establecido en los lineamientos técnicos para la atención integral de niños y niñas menores de 5 años. La UCSF debe dar seguimiento a la evolución hospitalaria de estos pacientes y al ser retornados a su área de residencia. Realizar las coordinaciones necesarias para el manejo y seguimiento por equipo disciplinario.

El envío del informe SISVIN es solicitado vía oficial semestralmente a las direcciones regionales de salud por la jefatura de la unidad de nutrición del nivel superior, quien elabora el informe nacional para su posterior discusión, análisis y toma de decisiones con las direcciones regionales y SIBASI

4. SISTEMA DE HIPÓTESIS

4.1. Hipótesis de trabajo de investigación

Hi: Los factores socioeconómicos y culturales influyen en el estado nutricional de la población infantil de 1 a 5 años de edad que consultan las unidades comunitarias de salud familiar de Sociedad, Morazán, El Tecomatal y Chapeltique San Miguel.

4.2 Hipótesis nula

Ho: Los factores socioeconómicos y culturales no influyen en el estado nutricional de la población infantil de 1 a 5 años que consultan en las unidades comunitarias de salud familiar de

Sociedad, Morazán, El Tecomatal y Chapeltique San Miguel.

4.3 Unidad de análisis

Unidad de información: las madres de los sujetos en estudio.

Unidad de análisis: tablas y gráficas de crecimiento de los niños de 1 a 5 años de edad inscritos en el control infantil de las UCSF en estudio.

4.4 Variable de estudio:

Variable independiente:

- 1.-Factores socioeconómicos.
- 2.- Factores culturales.

Variable dependiente: estado nutricional de la población infantil inscritos en control infantil de UCSF sujetas de estudio.

4.5 Operacionalización de las variables.

HIPOTESIS	VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DIFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES
<p>HI los factores socioeconómicos y culturales influyen en el estado nutricional de la población infantil de 1 a 5 años que consultan en las unidades comunitarias de salud familiar de Sociedad, Tecomatal y Chapeltique.</p>	<p>Variable independiente: 1.- factores socioeconómicos. 2.- Factores culturales.</p> <p>Variable Dependiente: estado nutricional de la población infantil.</p>	<p>Los factores socio-económico se refieren a la medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social, individual o familiar en relación a otras personas, basadas en sus ingresos, educación y empleo.</p>	Factores socioeconómicos	Cedula de entrevista	<ul style="list-style-type: none"> - Comunidad donde habita. - Salario que tiene los padres o persona encargada. -Servicios Básicos. - Hacinamiento.
		<p>Factores culturales: es el conjunto de modos de vida y costumbres, conocimiento y grado de desarrollo artístico, científico, industrial, en una época de un grupo social.</p>	Factores culturales	Cedula de entrevista	<ul style="list-style-type: none"> -Costumbre alimenticias. -alimentos que predominan en la olla familiar. -Creencias religiosas.
		<p>Estado nutricional 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>	Factores nutricionales	Cédula de entrevista - Hoja de control infantil	<ul style="list-style-type: none"> Frecuencia Alimenticia. - Calidad de alimentación.
			Ambiente físico	Cédula de entrevista	<ul style="list-style-type: none"> - Higiene del ambiente. -Tipo de animales domésticos. -hábitos higiénicos.

HIPOTESIS	VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES
		<p>Factores culturales: tienen una influencia muy grande sobre lo que come la gente, como preparan sus alimentos, sus prácticas alimentarias y los alimentos que prefieren.</p> <p>Los hábitos alimentarios y sus orígenes. Las personas tienen sus propias preferencias, rechazos y creencias respecto a los alimentos y muchas son conservadoras en sus hábitos alimentarios.</p>	Ambiente psico-afectivo	Cédula de entrevista	<ul style="list-style-type: none"> - Responsable del cuidado del niño - Tiempo dedicado del cuidador al niño
			Infecciones asociadas	Gráficos: hoja de control infantil y gráficos de peso para edad	<ul style="list-style-type: none"> - Frecuencia de infecciones respiratorias aguda. - Frecuencias de enfermedades diarreicas agudas.
			Peso para la edad	Gráfica : peso para la edad	<ul style="list-style-type: none"> - Normal. - Desnutrición. - Desnutrición severa. .Sobre Peso.
			Talla para a edad	Gráfica: talla para la edad	<ul style="list-style-type: none"> - Talla alta - Normal - Retardo del crecimiento - Retardo severo del crecimiento
			Peso para la talla	Gráfica: peso para la talla	<ul style="list-style-type: none"> - Obesidad - Sobrepeso - Normal - Desnutrición - Desnutrición severa

5. DISEÑO METODOLÓGICO.

5.1 TIPO DE ESTUDIO:

Según el tiempo de ocurrencia de hechos y registros de la información el estudio se caracteriza por ser Prospectivo; ya que se recolectó la información al momento de la entrevista de las madres, y se graficó según las medidas antropométricas para registrarla en las tablas del Ministerio de Salud.

Según el periodo o secuencia del estudio:

Transversal, se estudió las siguientes variables: factores socioeconómicos y culturales simultáneamente en determinado momento haciendo un corte en el tiempo, fue ejecutado en el periodo comprendido de marzo a junio de 2017

Según el análisis y el alcance de los resultados la investigación será:

Descriptiva y Analítico: porque fue dirigido a determinar cómo es o como está la situación de las variables que se estudió en una población, ya que se examinó la tendencia y los factores que pueden alterar el crecimiento y también el estado nutricional, además se basó en la observación y evaluación de las medidas antropométricas obteniendo de esa manera información en relación al estudio nutricional.

5.2 POBLACIÓN O UNIVERSO

Tabla 1: población de entrevista

UCSF	Población
UCSFI-Chapeltique, San Miguel.	694 niños de 1 a 5 años
UCSFB-El Tecomatal, San Miguel.	224 niños de 1 a 5 años
UCSFI-Sociedad, Morazán.	220 niños de 1 a 5 años
Total	1138

Fuente: SISMOW MINSAL

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

$$n = \frac{Z^2 pqN}{NE^2 + Z^2 pq}$$

Donde:

n es el tamaño de la muestra
Z es el nivel de confianza
p es la variabilidad positiva
q es la variabilidad negativa
N es el tamaño de la población
E es la precisión o error

Datos:

$$n=?$$

$$N= 1,138$$

$$Z=95\% = 1.96$$

$$p=50\% = 0.5$$

$$q=50\% = 0.5$$

$$E=5\% = 0.05$$

Sustituyendo:

$$n = \frac{(1.96^2 \cdot 0.50 \cdot 0.50) \times 1138}{1,138 - 1 \times (0.05^2 \cdot 0.05) + (1.96 \times 1.96) \times (0.5 \times 0.5)}$$

$$n = \frac{(3.84)(0.25) \times 1138}{1,137 \times (0.0025) + (3.84) \times (0.25)}$$

$$n = \frac{(0.96)(1138)}{2.84 + 0.96}$$

$$n = \frac{1,092.48}{3.8}$$

$$n = 287.49$$

n= 358 niños y niñas de uno a cinco años de edad

Fórmula para Submuestra

$$nh = \frac{Nh(n)}{N-1}$$

Dónde:

N= Tamaño de la población total

n= Tamaño de la muestra total

Nh= Tamaño de la población de cada unidad de salud

nh= Tamaño de la submuestra en cada unidad de salud

CÁLCULO DE LA SUBMUESTRA DE LA UCSF SOCIEDAD

Datos:

nh=?

Nh= 220

n= 287

N= 1,138

Sustituyendo:

$$nh = \frac{220 * 287}{1,138 - 1}$$

$$nh = \frac{63140}{1,137}$$

nh= 55.53 ≈ 55

nh= 55 niños y niñas de uno a cinco años

CÁLCULO DE LA SUBMUESTRA DE LA UCSF TECOMATAL

Datos:

nh=?

Nh= 224

n= 287

N= 1,138

Sustituyendo:

$$nh = \frac{224 * 287}{1,138 - 1}$$

$$nh = \frac{64,288}{1,137}$$

nh= 56.54 ≈ 57

nh= 57 niños y niñas de uno a cinco años

CÁLCULO DE LA SUBMUESTRA DE LA UCSF CHAPELTIQUE

Datos:

nh=?

Nh= 694

n= 287

N= 1,138

Sustituyendo:

$$nh = \frac{694 * 287}{1138 - 1}$$

$$nh = \frac{199,178}{1137}$$

nh= 175.17 ≈ 175

nh= 175 niños y niñas de uno a cinco años

MUESTRA: 287, con un nivel de confianza del 95%, y un margen de error del 5%.

5.3MUESTRA

Por lo grande de la población en estudio, solamente se tomara como muestra el total de los niños que consulten a su control en el periodo que comprende de Marzo a Junio 2017.

Tabla 2: distribución de las muestras de cada UCSF a investigar

Unidades comunitarias	Muestras
UCSF Chapeltique	175
UCSF Tecomatal	57
UCSF Sociedad	55
Total	287

Fuente: pirámide poblacional de UCSF

5.4 CRITERIOS PARA ESTABLECER LA MUESTRA:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ✓ Niños y niñas de 1-5 años de edad
- ✓ Inscritos en el control infantil
- ✓ Que asistan al programa de Atención Integral a la Niñez o por morbilidad
- ✓ Que asistan a el control infantil con su madre o el/la responsable
- ✓ Madre o encargado de niños y niñas deseen colaborar voluntariamente con la investigación.
- ✓ Que pertenezca al área geográfica de influencia de las unidades comunitarias de salud en estudio
- ✓ Presenten una patología adquirida que afecte su estado nutricional.
- ✓ Niños que consulten con morbilidad, durante el periodo en estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ✓ Niños prematuros o de bajo peso al nacer
- ✓ Niños con parálisis cerebral infantil
- ✓ Niños con cardiopatías.
- ✓ Niños con cualquier tipo de discapacidad motriz desde el nacimiento
- ✓ Niños con cualquier otro tipo de patología o síndrome que condicione el normal funcionamiento motor y cognitivo.
- ✓ Patología materna incapacitante.
- ✓ Niños cuyo control infantil sea brindado por médico particular, bienestar magisterial, instituto salvadoreño del seguro social u otros

Tipo de muestreo:

Probabilístico aleatorio simple ya que todos los individuos tienen la misma probabilidad de ser seleccionados. Se realizaron encuestas en base a la población y muestra de cada UCSF según los niños y niñas que consultaron de 1 a 5 años de edad y que cumplan con los criterios de inclusión.

5.5 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**Documentales:**

Documental Bibliográfica: permitió obtener información de libros y diccionarios de Medicina.

Documental Hemerográfica: A través de la cual se revisó información de tesis doctorales, revistas médicas, planes, programas, lineamientos y políticas implementadas por el ministerio de salud y sitios web.

De trabajo de Campo: La cedula de entrevista: Que se llevó a cabo con las madres de los niños de 1 a 5 años de edad. MEDICION ANTROPOMETRICA: Consistió en pesar y tallar a los niños en estudio y posteriormente los datos se graficaron en las gráficas de crecimiento del Ministerio de Salud por cada uno de los investigadores.

5.6 INSTRUMENTOS.

Una cédula de la entrevista que consto de 25 preguntas cerradas dirigidas a la madre y un apartado llenado por el entrevistador donde se realizó la valoración y los factores que influyen en el estado nutricional del niño las partes de la entrevista constaron de características socio demográficas y factores extrínsecos e intrínsecos que influyen en el tema de investigación (VER ANEXO 3)

5.7 PROCEDIMIENTOS

5.7.1 Planificación de la investigación: durante el mes de febrero en el Departamento de Medicina de la Facultad Multidisciplinaria Oriental nos reunimos los estudiantes egresados de la carrera de doctorado en medicina con la coordinadora general de procesos de graduación posteriormente nos asignaron asesor de tesis, y nos reunimos con el fin de conocer los lineamientos a seguir en el desarrollo del trabajo de graduación y se propusieron varias opciones de tema a investigar y el lugar donde se realizara la investigación posteriormente se elabora el perfil se presenta para las correcciones respectivas, y se inicia la búsqueda bibliográfica para enriquecer conocimientos sobre la historia actual y los factores socioeconómicos y culturales que influyen en el estado nutricional del niño luego se realiza el protocolo de investigación contando con el apoyo de asesor y coordinadora de tesis

5.7.2 Validación del instrumento:

Para validar el instrumento se realizaron 5 cedulas de entrevistas en cada una de las respectivas unidades comunitarias de salud familiar haciendo un total de 15 y se valoró si son entendibles a la población y factibles para realizar el estudio y si se cumple con los criterios de inclusión y exclusión para su posterior análisis y para ver las inconsistencias que se encuentran para posteriormente modificarlas de acuerdo a los resultados obtenidos. La cedula de la entrevista se pasó cuando el niño asistió a su control infantil con su madre y se preguntó si estaba dispuesta a participar con las preguntas de la cedula de entrevista, si acepto se le lleno el consentimiento informado y se procedió a hacer las preguntas posteriormente graficar al niño en las curvas de crecimiento y desarrollo del Ministerio de Salud de acuerdo a la edad y se finalizó con la atención correspondiente

5.7.3 Recolección de datos.

La recolección de los datos se llevó a cabo en el periodo comprendido de Junio a Julio y se realizó de la siguiente manera:

Tabla 3: Recolección de datos

	1° Sem. Marzo	2° Sem. Marzo	3° Sem. Abril	4° Sem. Abril	1° Sem. Abril	2° Sem. Abril	TOTAL
Br.Silvia García	29	29	29	29	29	30	175
Br. Ivania García	9	9	9	9	9	10	55
Br. Nelson Rosales	9	9	9	10	10	10	57
TOTAL	47	47	47	48	48	50	287

La entrevista inicio explicando a la madre el motivo de la investigación, luego se procedió a realizar las preguntas según el instrumento de investigación, se dispuso un tiempo de más o menos 15 minutos por entrevista.

5.8 PLAN DE ANÁLISIS:

De acuerdo a los objetivos propuestos y con base al tipo de variable se realizó una cedula de la entrevista, donde se indago los factores socio-económicos y culturales asociados al problema en estudio, se les paso una encuesta a las madres y además se tomaron niños al azar en cada establecimiento de Salud, que se presentaron a sus controles o a consultas por morbilidad, a los cuales se les realizo la toma de peso y talla para evaluar el estado nutricional y de esa manera verificar cuales son los factores que están asociados ha dicho problema, posteriormente se realizo la tabulación de la información recolectada para determinar si se acepta o rechaza la hipótesis.

6.0 RESULTADOS

TABULACIÓN ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA CEDULA DE LA ENTREVISTA REALIZADA A LAS MADRES

Características Socio demográficas:

TABLA 4: EDAD DE LA MADRE

Edad(años)	frecuencia	porcentaje
10-14	6	2%
15-19	37	13%
20-34	181	63%
> 35	63	22%
Total	287	100%

Fuente: entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS: El 63% de las mujeres entrevistadas, el primer lugar está entre 20 y 34 años y el 22% está entre el rango mayor de 35 años quedando en segundo lugar, el tercer lugar el 13% que comprende las edades de 15-19 años y solamente un 2% de 10-14 años.

INTERPRETACIÓN: La mayoría de las pacientes entrevistadas que llevan a sus niños a controles infantiles tienen una edad promedio entre 20-34 años, esto no significa que los niños presenten menor riesgo nutricional, a aquellas que están en las edades de 10 años o las mayores de 35 años.

Gráfica 1: edad de la madre

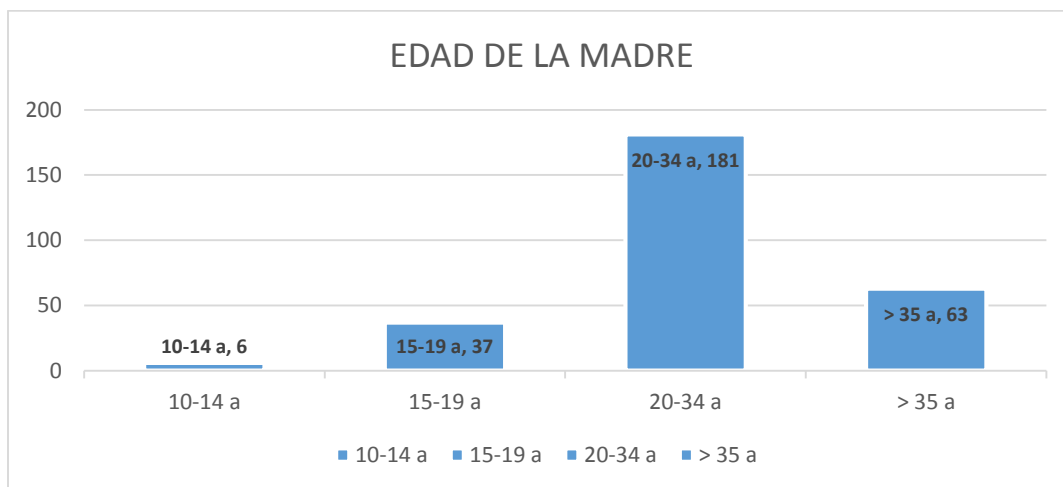


TABLA 5: ESTADO FAMILIAR.

Estado familiar	frecuencia	porcentaje
Soltera	46	16%
Casada	101	35%
Acompañada	137	48%
Viuda	3	1%
Total	287	100%

Fuente: entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS: el 48% de las mujeres entrevistadas de la población en estudio están acompañadas, el 35% casadas, 16% solteras y el 1% viudas.

INTERPRETACIÓN: La inestabilidad familiar puede representar un riesgo mayor en cuanto a la nutrición de los niños debido a que la mayoría no son hijos del mismo padre, en cuanto a las casadas el riesgo es debido a que muchas veces atienden más al esposo que a los hijos y el resto de pacientes entrevistadas la dificultad está en lo económico.

Gráfica 2: Estado familiar.

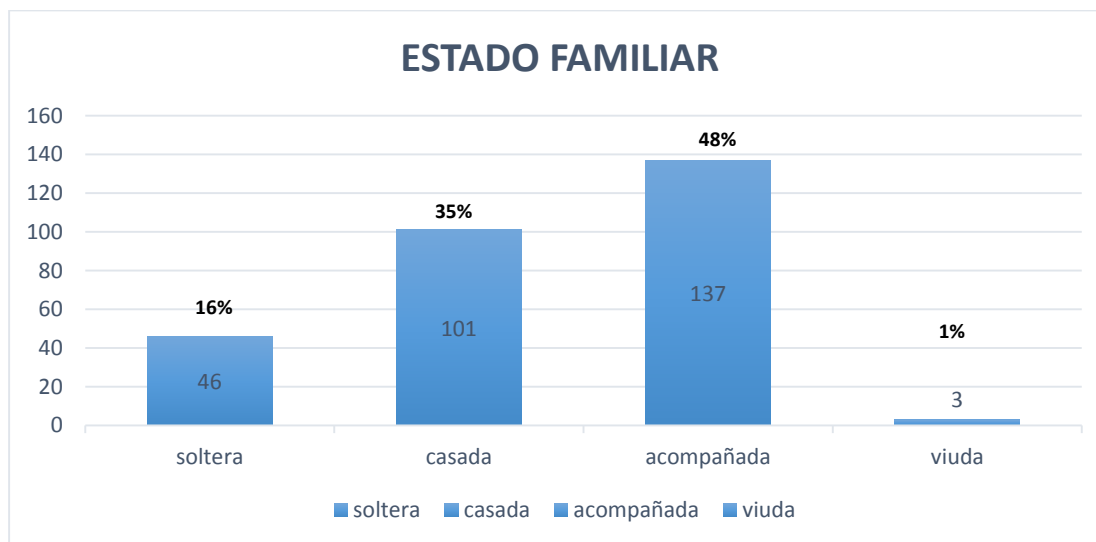


TABLA 6: ¿SABE LEER Y ESCRIBIR?

Opinión	Frecuencia	Porcentaje
Si	247	86%
No	40	14%
Total	287	100%

Fuente: entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS: El 86% de las pacientes entrevistada saben leer y escribir y el 14% no saben leer ni escribir.

INTERPRETACIÓN: El saber leer y escribir que es el mayor porcentaje encontrado entre las mujeres entrevistadas no garantiza un buen estado nutricional de los niños en comparación con aquellas que no saben leer ni escribir

Gráfica 3: Sabe leer y escribir

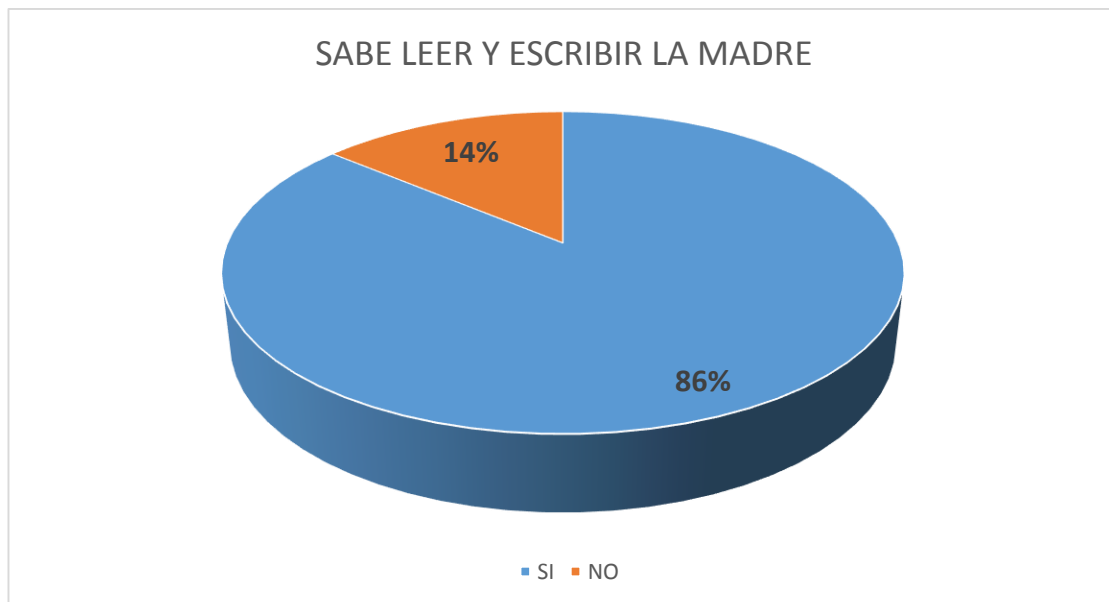


TABLA 7: OCUPACIÓN

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	254	89%
Formal	12	4%
Informal	21	7%
Total	287	100%

Fuente: entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS: el 89% de las mujeres entrevistadas de la población en estudio son amas de casas, el 7% tienen un trabajo informal y el 4% con empleo formal.

INTERPRETACIÓN: el estado nutricional de los niños se encuentra menos afectado en aquellos que tienen madres que son amas de casa, debido a que tienen un mayor control en cuanto a la alimentación del niño, en comparación a aquellas que tienen un trabajo formal o informal ya que están menos pendientes de sus hijos.

Gráfica 4: Ocupación de la madre.

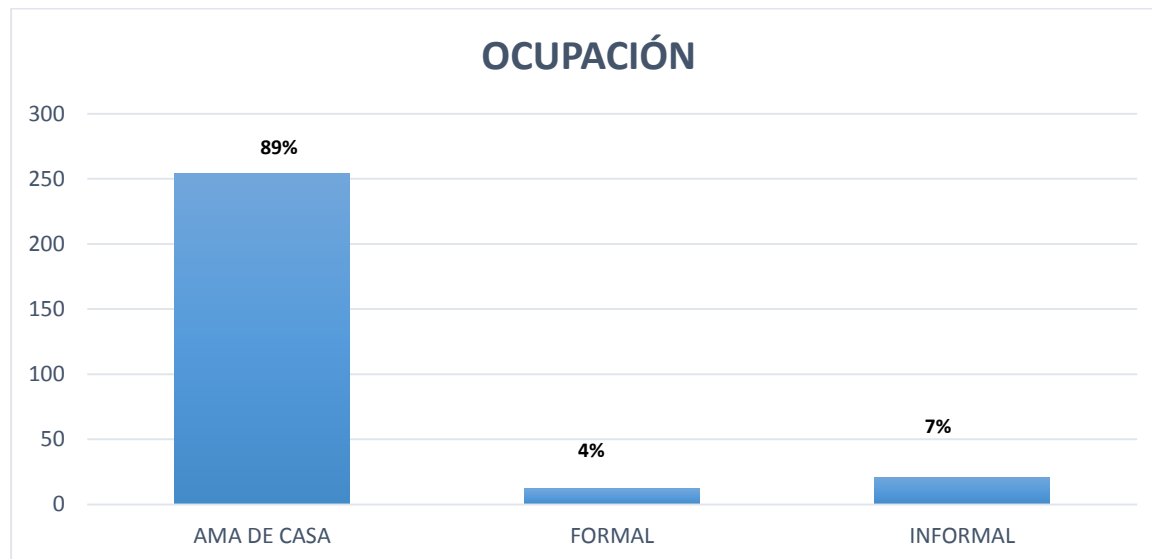


TABLA 8: EDAD DE LOS NIÑOS

Edad en años	Frecuencia	Porcentaje
1	91	32%
2	55	19%
3	64	22%
4	77	27%
Total	287	100%

Fuente: entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS: el 32% son niños de 1 año, el 27% de 4 años, el 22% de 3 años y el 19% 2 años.

INTERPRETACIÓN: se observó que los niños de 1 años y 4 años presentan menos problemas en su estado nutricional debido a que sus madres los llevan a sus controles infantiles por las vacunas y esto hace más factible darles consejerías de nutrición y con más frecuencia se les da su suplemento de micronutrientes, quedando afectados los niños de 2 y 3 años donde no se presentan a sus controles infantiles porque no hay vacunas en ellos y de esa manera pierden su suplemento de micronutrientes.

Gráfica 5: Edad de los niños

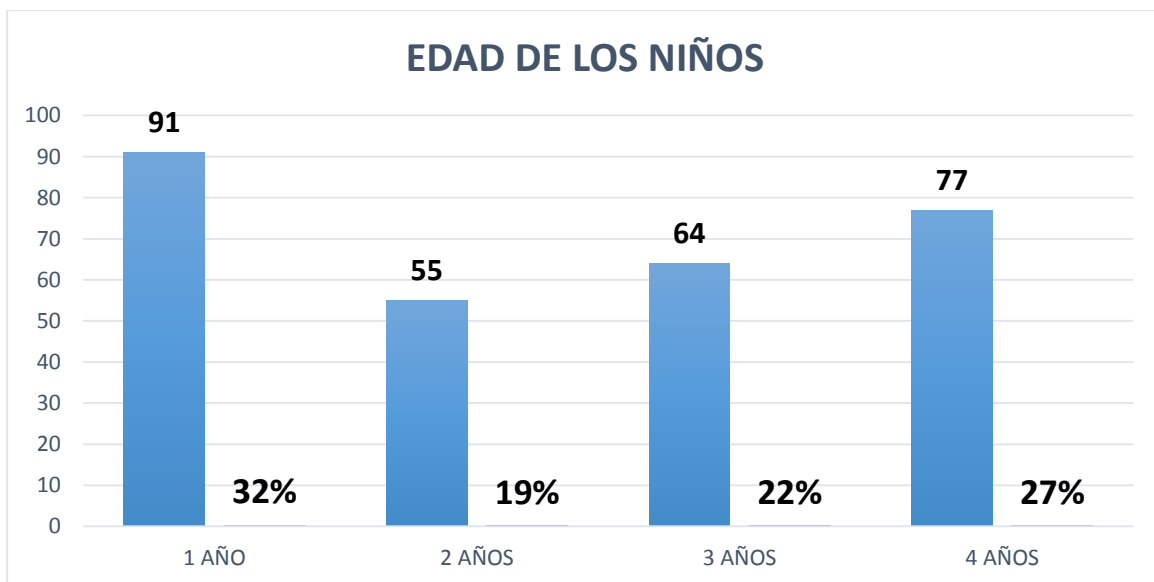


TABLA 9: SEXO DEL NIÑO

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	158	55%
Masculino	129	45%
Total	287	100%

Fuente: entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS: El 55% de las cédulas de entrevista son niñas, mientras que el otro 45% son niños.

INTERPRETACIÓN: Hemos encontrado; a través de la investigación, que hay un mayor porcentaje de población femenina; en este caso, la de objeto de estudio que corresponde; de 1 año a menor de 5 años.

Gráfica 6: Sexo del niño



FACTORES EXTRINSICOS.

TABLA 10: DIO LACTANCIA MATERNA

Opinión	frecuencia	porcentaje
Si	275	96%
No	12	4%
Total	287	100%

Fuente: entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS: El 96% de las madres de la población infantil objeto de estudio dio lactancia materna a sus hijos, mientras que el 4% no dio lactancia materna.

INTERPRETACIÓN: La mayoría de las madres de la población infantil objeto de estudio dio lactancia materna, lo que nos indica que es muy efectiva la consejería brindada por el personal de salud y la población se ha concientizado sobre la importancia de este tema, un mínimo porcentaje no le da la debida importancia al tema aunque hay casos que se han dado por alguna contraindicación médica.

Gráfica 7: Lactancia materna

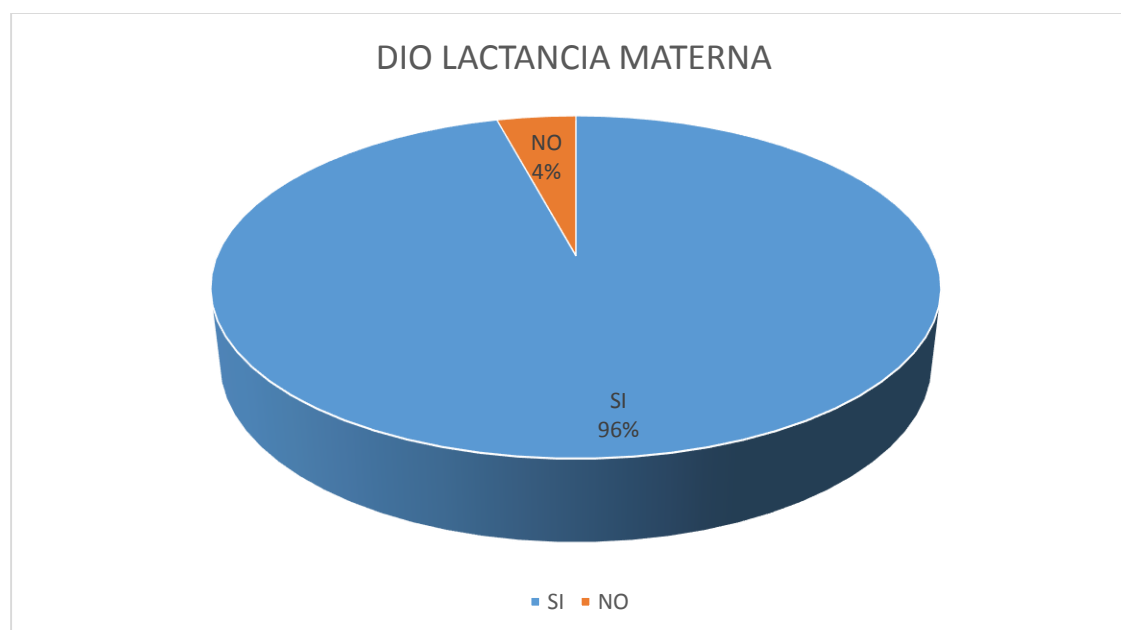


TABLA 11: LOS PRIMERO ALIMENTOS DEL NIÑO.

Alimentos del niño	Frecuencia	Porcentaje
Sopas	103	36%
Pures	68	24%
Atoles	72	25%
Jugos	10	3%
Frutas	17	6%
Otros	17	6%
Total	287	100%

Fuente: entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS El 36% de la población infantil inicio la ablactación con sopas, seguidos de un 25% que lo inicio con atol, luego un 24% inicio con purés, y el mismo porcentaje 6% lo iniciaron con frutas y otros alimentos y un 3% lo inicio con jugos.

INTERPRETACIÓN La mayor parte de las madres inician la ablactación dando a sus hijos sopas, seguidos de atol y purés en mayor proporción, en la mayoría de los casos acatan las indicaciones que se les dan en cada control infantil, en menor proporción se encuentran otros alimentos y frutas y lo que menos reciben la población infantil en estudio son jugos.

Gráfica 8: Los primeros alimentos del niño

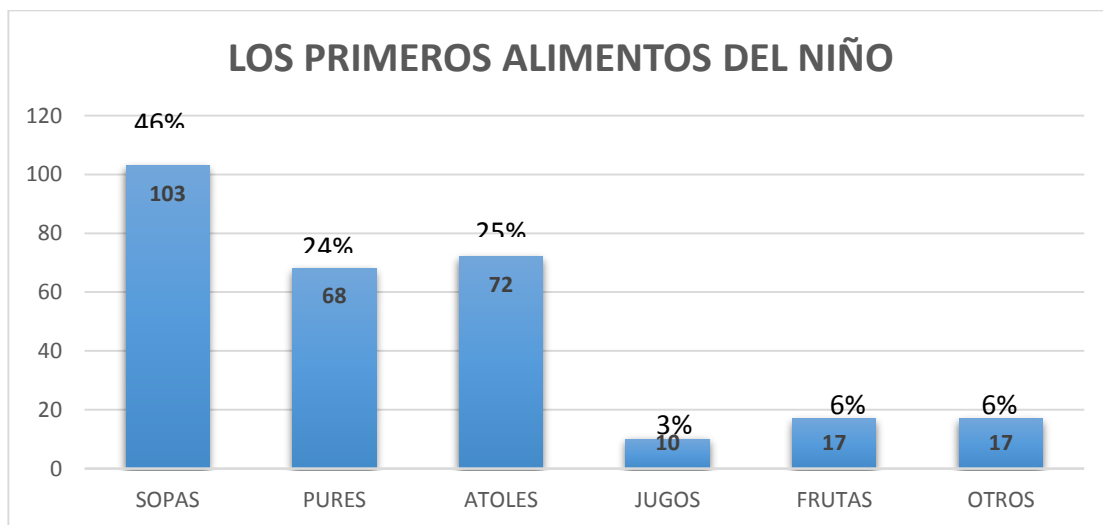


TABLA 12: CUANTAS VECES ALIMENTA AL NIÑO AL DÍA

Veces que alimenta al niño al día	Frecuencia	Porcentaje
Dos	11	4%
Tres	129	45%
Cuatro	80	28%
Cinco o más	67	23%
Total	287	100%

Fuente: entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS: El 45% de las madres de la población infantil objeto de estudio alimenta a sus hijos 3 veces al día, seguido por el 28% que los alimentas 4 veces al día, un 23% lo hace 5 veces al día o más, mientras que un 11% lo hace 2 veces al día.

INTERPRETACIÓN: La mayoría de las madres alimentan a sus hijos 3 veces al día, quienes lo hacen 4 veces al día o 5 y más; es porque proporcionan entre comidas algún tipo de refrigerio a sus hijos; ponen en práctica la consejería que se les brinda en las unidades de salud, a diferencia de un pequeño porcentaje que solo alimentan 2 veces al día a sus hijos y es ahí donde vemos los problemas de desnutrición y retardo del crecimiento.

Gráfica 9: Cuantas veces alimenta al niño al día

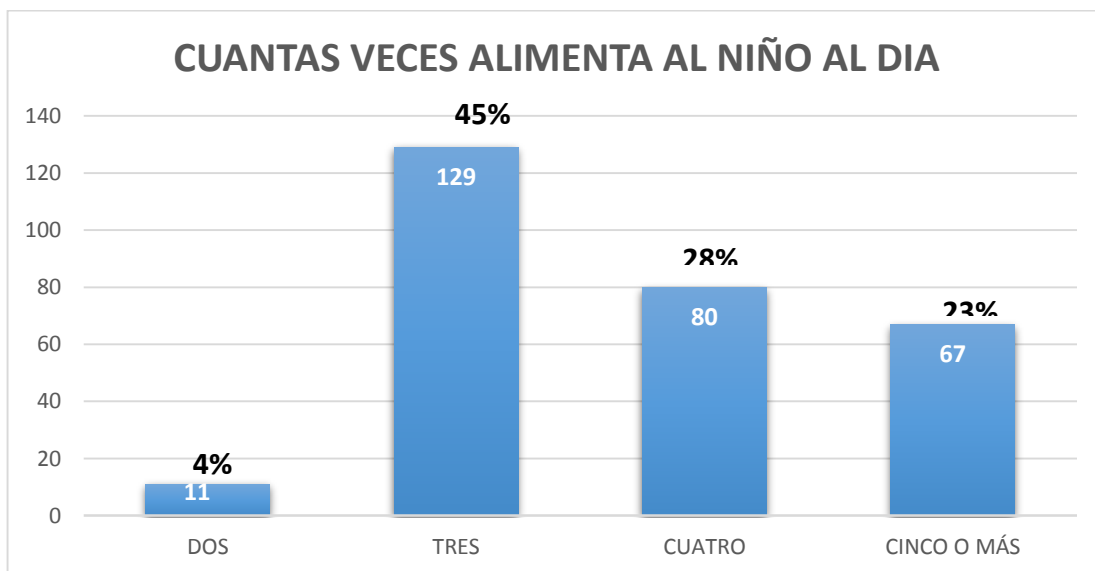


TABLA 13: ALIMENTOS MÁS FRECUENTES QUE INGIERE EL NIÑO

Alimentos más frecuentes	Frecuencia	Porcentaje
Sopas	118	41%
Jugos	28	10%
Gaseosa	4	1%
Atoles	21	7%
Frijoles	79	28%
Carnes	24	8%
Verduras	13	5%
Total	287	100%

Fuente: entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS El 41% de la población infantil objeto de estudio; su alimentación predominante son las sopas, seguidos de un 28% de frijoles, un 10% de jugos, un 8% de carnes, un 7% de atol, un 5% de verduras y un 1% de gaseosas.

INTERPRETACIÓN Los alimentos que más reciben la población infantil de 1 a 4 años son las sopas y los frijoles muchas veces por las condiciones de pobreza que vive nuestra población es a lo que más se tiene acceso para suplir las necesidades de alimentación, en menor porcentaje se alimentan de jugos, atoles, carnes y verduras y un mínimo porcentaje se alimenta con gaseosas lo que contribuye al sobrepeso en nuestra población objeto de estudio.

Gráfica 10: Alimentos más frecuentes que ingiere el niño

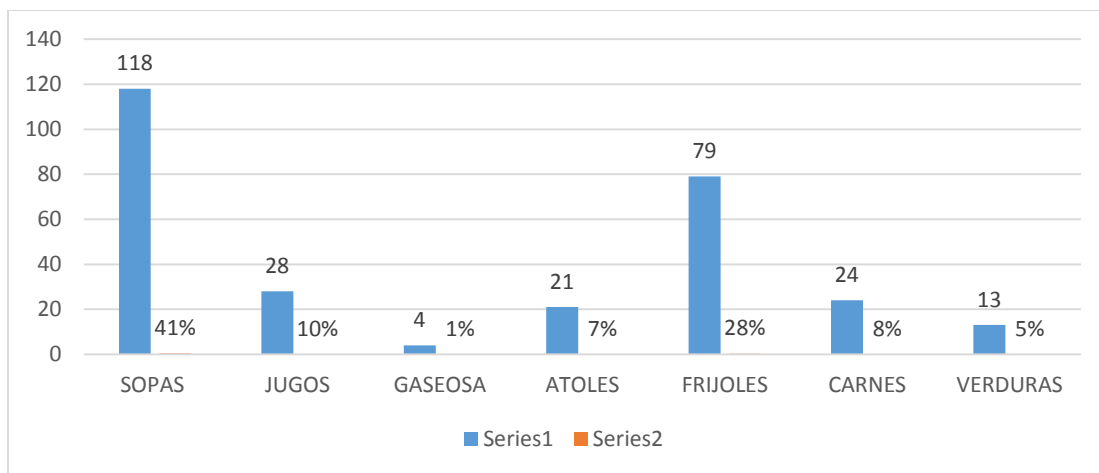


TABLA 14: CUANTAS PERSONAS HABITAN EN LA VIVIENDA

Personas que habitan la vivienda	Frecuencia	Porcentaje
2 a 3	63	22%
4 a 6	172	60%
7 a 10	52	18%
Total	287	100%

Fuente: entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS: En el 60% de la población infantil objeto de estudio viven de 4 a 6 personas, en el 22% viven de 2 a 3 personas, mientras que en el 18% viven de 7 a 10 personas.

INTERPRETACIÓN: En la mayoría de los hogares de la población infantil objeto de estudio viven de 4 a 6 personas, seguidos de los hogares donde habitan de 2 a 3 personas, en estos casos la mayoría son madres solteras que viven con sus hijos, luego tenemos los hogares donde viven de 7 a 10 personas y es ahí donde se encontraron los problemas de hacinamiento.

Gráfica 11: Cuantas personas habitan en la vivienda

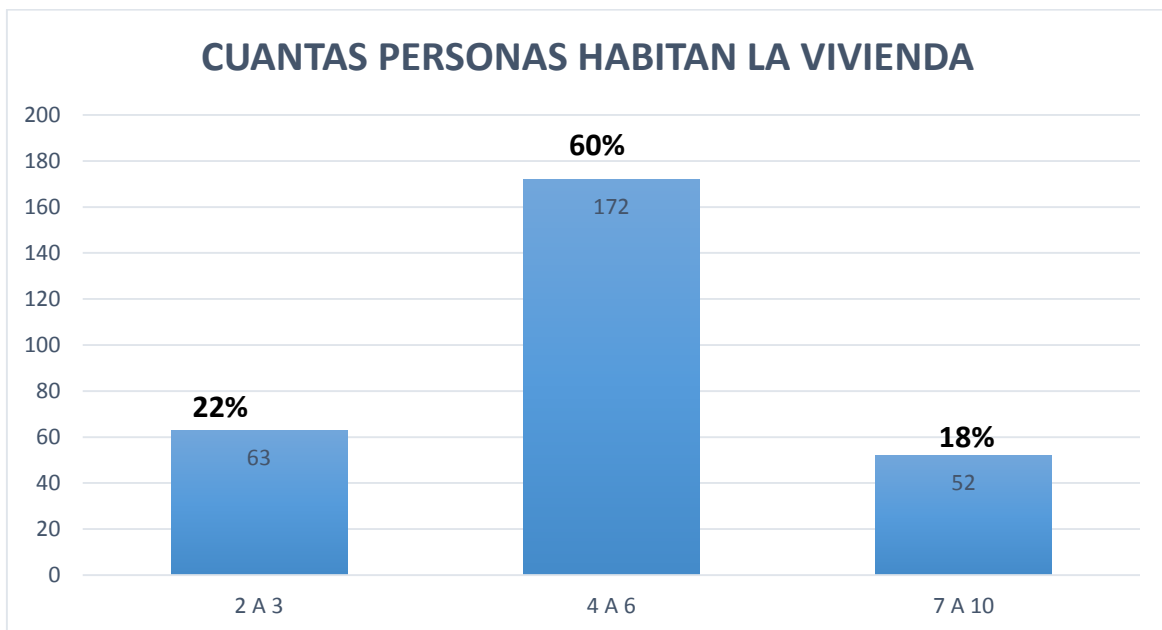


TABLA 15: LUGAR DE RESIDENCIA DE LA FAMILIA

Lugar de residencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbano	117	41%
Rural	170	59%
Total	287	100%

Fuente: entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS: El 59% de la población infantil objeto de estudio reside en el área rural, mientras que el 41% reside en el área urbana.

INTERPRETACIÓN: En la investigación se puede ver que la mayoría de la población infantil objeto de estudio reside en el área rural, por lo cual la población del área rural es la que mayormente consulta en el primer nivel de atención, a diferencia de quienes residen en el área urbana quienes tienen otras alternativas para consultar entre los cuales podemos mencionar BM, ISSS y un pequeño porcentaje clínicas y hospitales privados.

Gráfica 12: Lugar de residencia de la familia

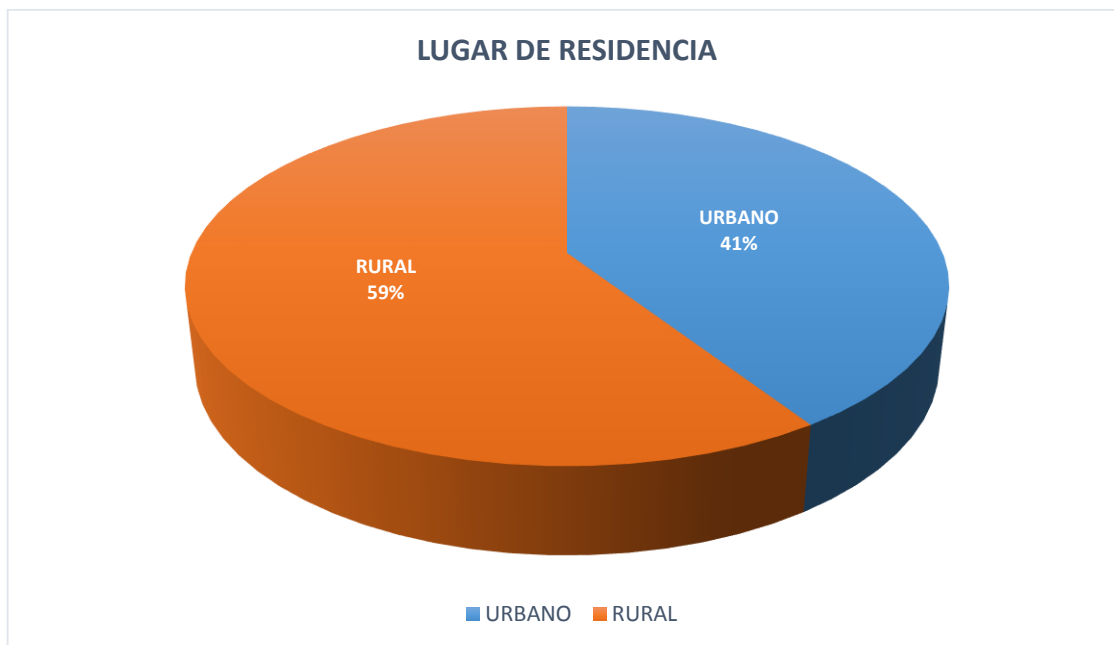


TABLA 16: TIPO DE VIVIENDA

Tipo de vivienda	Frecuencia	Porcentaje
Mixta	66	23%
Adobe	77	27%
Ladrillo	72	25%
Otros	72	25%
Total	287	100%

Fuente: entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS: EL 27% de la población infantil objeto de estudio habita en vivienda de adobe, seguido de un 25% que habitan en casas de ladrillos, un 25% habita en otro tipo de vivienda y un 23% que habita en vivienda mixta.

INTERPRETACIÓN: En la investigación se puede observar las condiciones en las cuales habita la población infantil que se está estudiando la mayor parte de ellos habita en viviendas de adobe, seguidas otro porcentajes donde se mencionan viviendas de lámina o de bajareque, con el mismo porcentaje se encuentran aquellos que residen en viviendas de ladrillo y un 23% que residen en vivienda de tipo mixta.

Gráfica 13: Tipo de vivienda

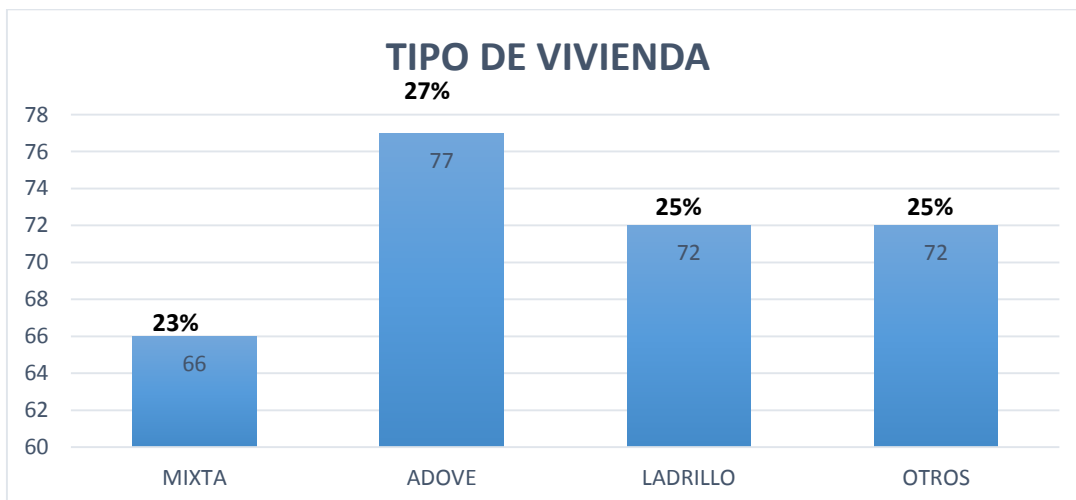


TABLA 17: TIPO DE PISO

Tipo de piso	Frecuencia	Porcentaje
Ladrillo	98	34%
Tierra	113	39%
Cemento	76	27%
total	287	100%

Fuente: entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS: El 39% de las viviendas donde reside la población infantil es de tierra, seguido de un 34% donde el piso es de ladrillo y 27% donde el piso es de cemento.

INTERPRETACIÓN: La mayor parte de las viviendas donde residen los niños que se están estudiando, el piso es de tierra, por lo que al analizar las condiciones de pobreza que incide en el estado nutricional de los niños, seguidos de las viviendas donde el piso es de ladrillo y en un porcentaje menor el piso es de cemento.

Gráfica 14: Tipo de piso

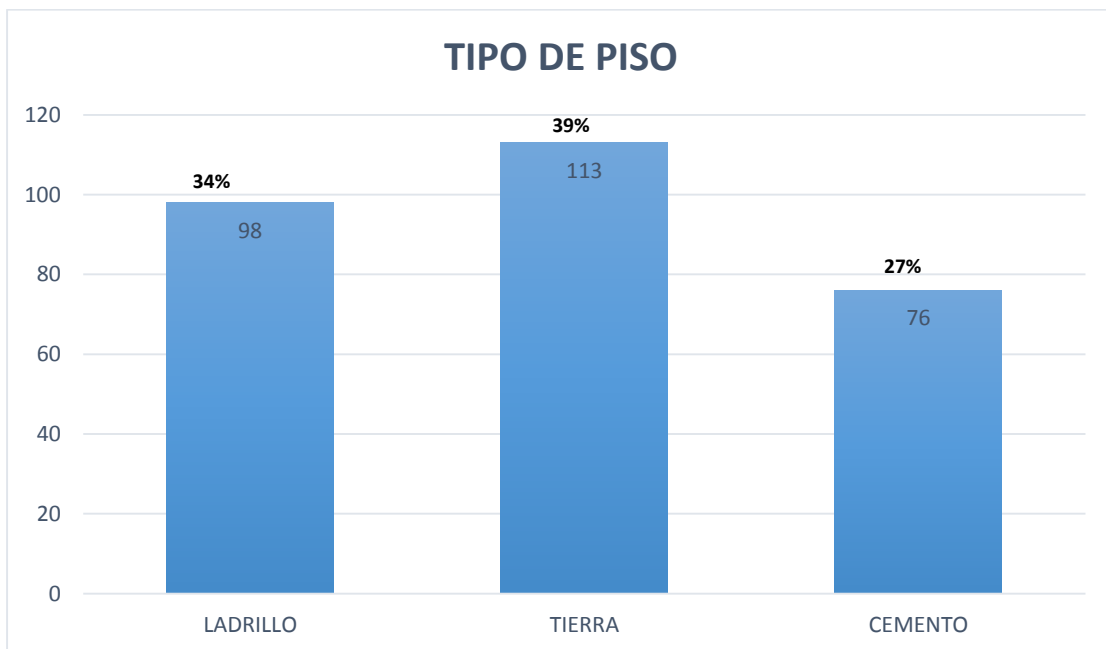


TABLA 18: INGRESO ECONÓMICO MENSUAL FAMILIAR

Ingreso	Frecuencia	Porcentaje
\$50	83	29%
\$100	72	25%
\$150	67	23%
< \$150	65	23%
total	287	100%

Fuente: entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS: El ingreso económico mensual en el 29% es de \$50.00, seguido de un 25% donde el ingreso mensual es de \$100.00, y un 23% donde el ingreso es de \$150.00, en el mismo porcentaje 23% está el salario mayor de \$150.00.

INTERPRETACIÓN: Se observa en la investigación que la mayoría de ingresos familias es inferior al salario mínimo, en casos extremos se observa que la mayoría de familias las cuales se han estudiado tienen un ingreso mensual extremadamente bajo el cual no supe las necesidades básicas del hogar, por lo cual están condiciones inciden negativamente en el estado nutricional de la población infantil objeto de estudio.

Gráfica 15: Ingreso económico mensual familiar

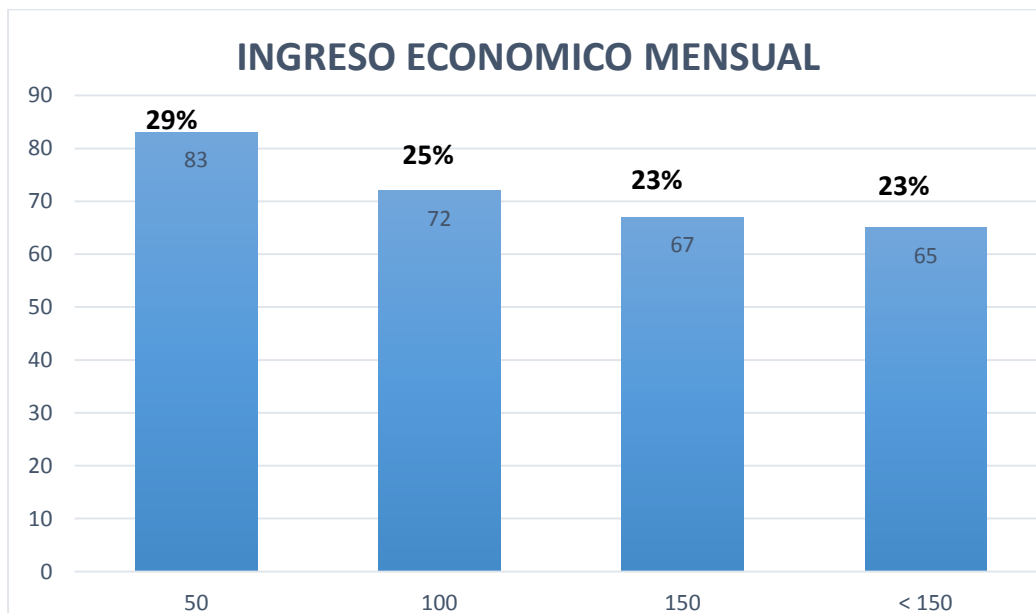


TABLA 19: QUIEN SUSTENTA A LA FAMILIA ECONÓMICAMENTE LA FAMILIA

Quien sustenta económicamente a la familia	Frecuencia	Porcentaje
Madre	47	17%
Padre	199	69%
Ambos	41	14%
total	287	100%

Fuente: entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS: En la tabla anterior nos muestra que solo el 17 % de las madres sustenta económicamente el hogar y que el 69% lo hace el hombre mientras que solo un 14% lo hacen ambos

INTERPRETACIÓN: se demuestra que actualmente aún se tiene la costumbre que sea el hombre el que sostiene la economía familiar aunque la mujer poco a poco va buscando también independizarse y de esta forma aportar para el sustento familiar, son pocos los hogares que actualmente ambos se incorporan para poder buscar un mejor ingreso económico y así tener más prestaciones y mejores servicios y comodidad familiar por hoy es el hombre el que predomina manteniendo y siendo pilar fundamental en la economía salvadoreña.

Gráfica 16: Quien sustenta económicamente a la familia

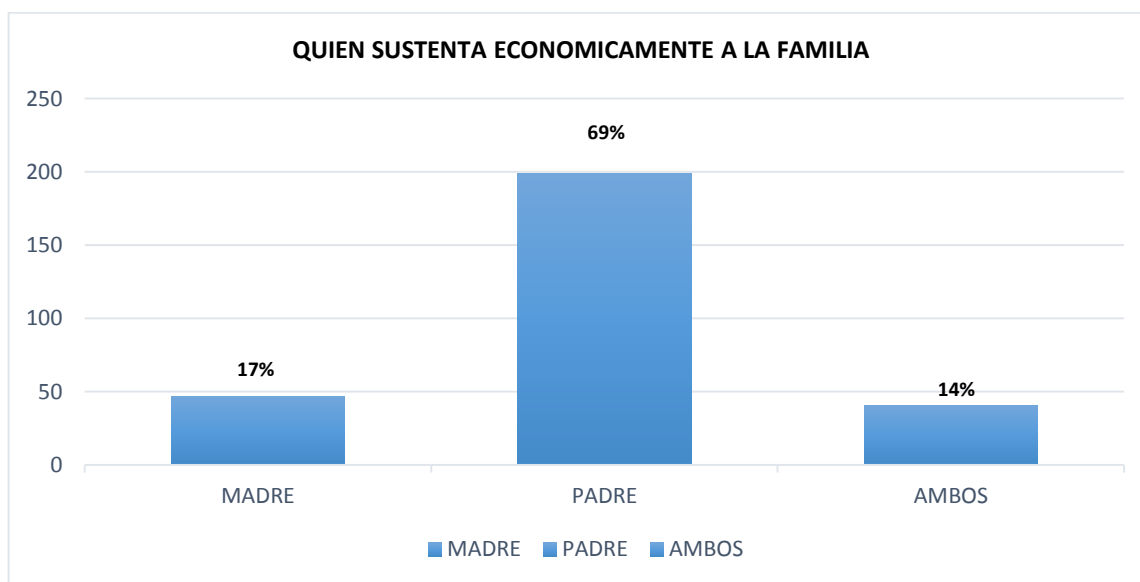


TABLA 20: ESCOLARIDAD DE LOS PADRES

Escolaridad de los padres	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	64	22%
Básica	177	62%
Bachillerato	40	14%
Universitario	6	2%
Total	287	100%

Fuente: entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS: el 22% no posee escolaridad, mientras que el 62% es básica y un 14% bachillerato un 2% universitario.

INTERPRETACIÓN: aunque en el País se está impulsando el que no haya analfabetismo vemos que un 22% decide no estudiar son muchos los factores por los que nuestra población aun no toma el interes para estudiar entre ellos está que los antepasados pensaban que de letras no se comía o que era un esfuerzo desperdiciado o tiempo mal invertido dichas costumbre vienen aun haciendo peso para que exista analfabetismo en el país, luego por el mismo sistema de pobreza que hay muchos solo alcanzan la educación básica porque tienen que dejar sus estudios para tener un trabajo y de esta manera poder salir adelante y ayudar en la economía familiar, solo el 14% alcanza el bachillerato y un 2% nivel universitario. Por ende es de hacer hincapié en la importancia de estudiar para poder obtener un nivel académico que permita mejores posibilidades económicas a nuestra población y con dichos ingresos mejorar el nivel de vida de la familia.

Gráfica 17: Escolaridad de los padres

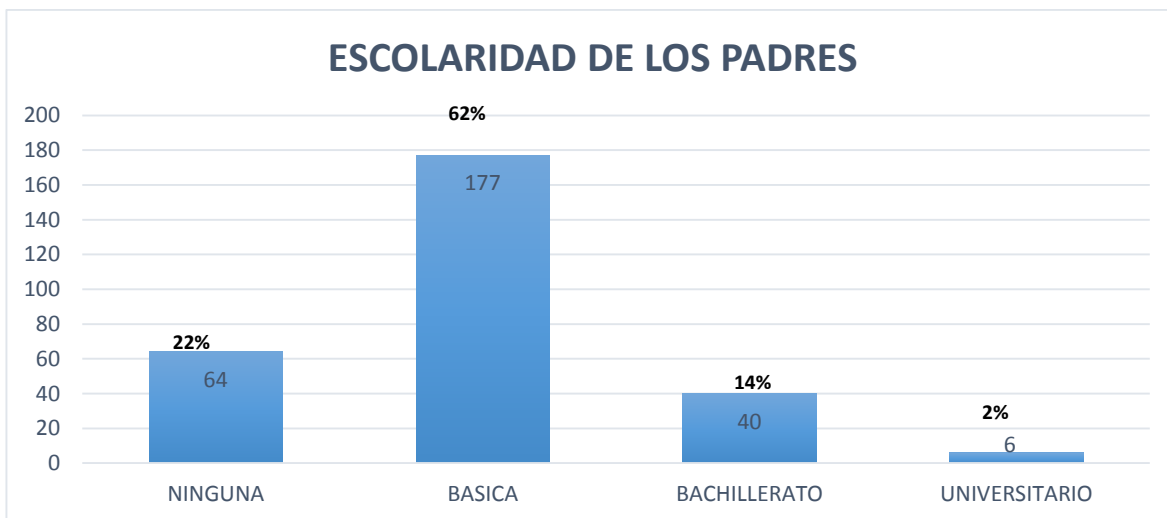


TABLA 21: A QUE GRUPO RELIGIOSO PERTENECE.

Grupo religioso	Frecuencia	Porcentaje
Evangélica	122	43%
Católica	133	46%
Ninguna	32	11%
Total	287	100%

Fuente: entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS: el 43% de la población se inclina por religión evangélica y un 46% católica mientras que un 11 % no tienen ideología.

INTERPRETACIÓN: Se demuestra que en nuestro país el cristianismo predomina tanto católico como evangélico nos muestra que aún se conservan valores cristianos y el temor a Dios por lo que en cierta manera de generación a generación se transmiten valores y diferentes creencias religiosas que influyen en el crecimiento y la forma de educar al grupo en investigación.

Gráfica 18: A qué grupo religioso pertenece

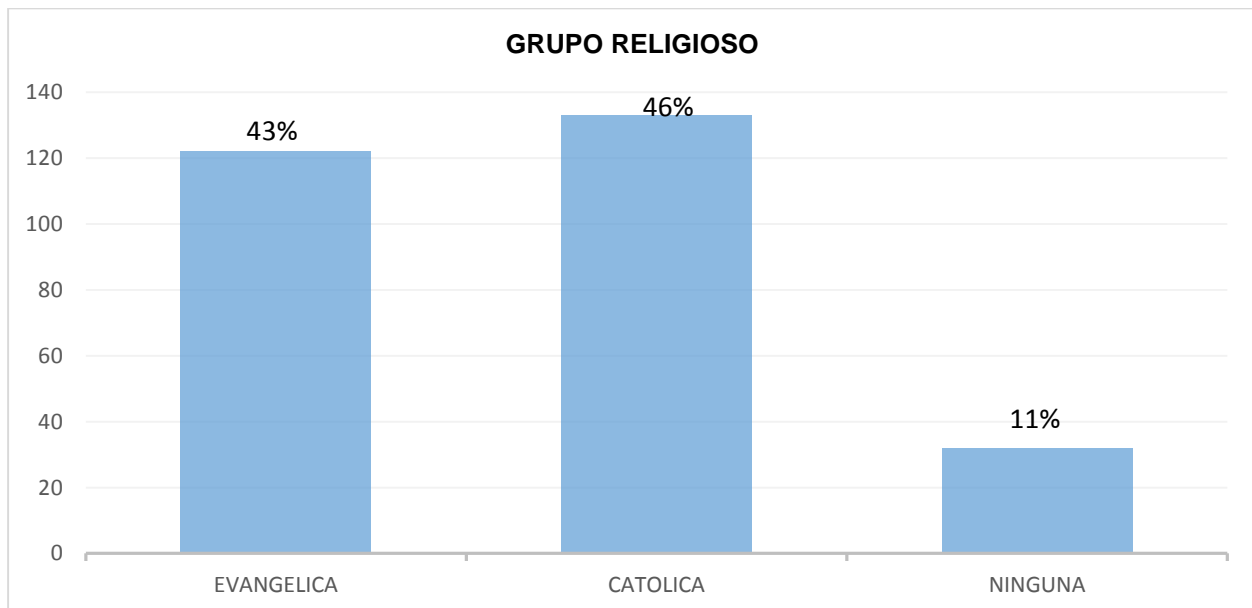


TABLA 22: CONOCE EL SIGNIFICADO DE NUTRICIÓN

Opinión	Frecuencia	Porcentaje
Si	131	46%
No	156	54%
Total	287	100%

Fuente: entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS: el 46% conoce el significado de nutrición, mientras que el 54% no lo conoce.

INTERPRETACIÓN: en nuestro país existe un desconocimiento del significado de nutrición poseen un significado erróneo asociando que un niño que este gordito, son niños sanos; es importante fomentar en cada UCSF en investigación las charlas en las que se les aclare el concepto, es extraño ver que las personas no conocen dicho significado ya que con la nueva reforma de salud en cada UCSF especializada de la red dentro del equipo que lo conforma se encuentra un nutricionista que cada mes visita cada UCSF de la red, entonces tendríamos que explicarle a nuestra gente lo que en verdad significa y el aporte que da tener a nuestros niños bien nutridos.

Gráfica 19: Conoce el significado de nutrición

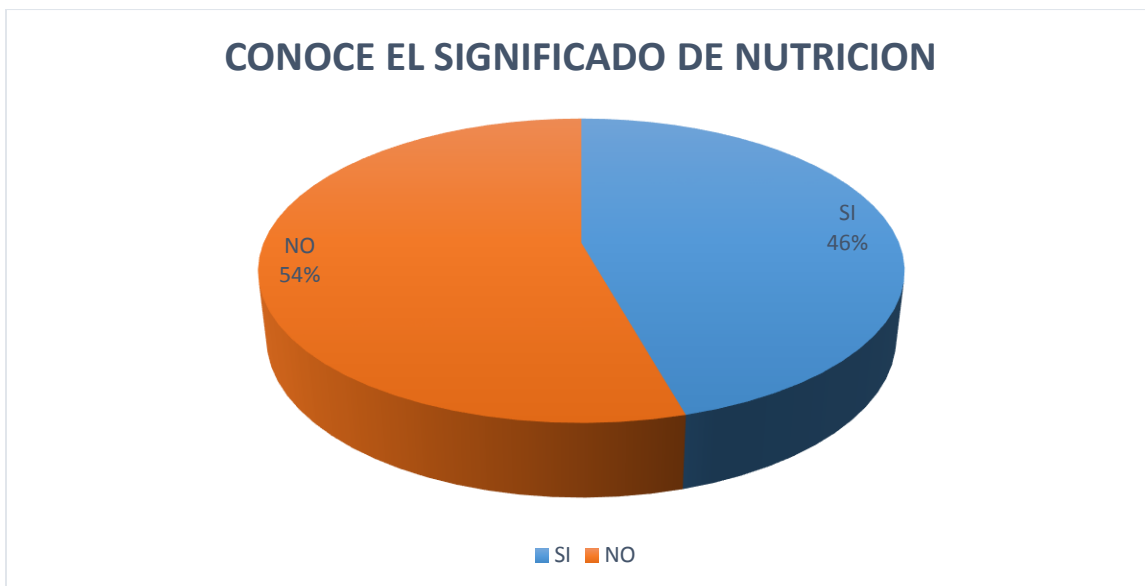


TABLA 23: CUENTA CON SERVICIOS BÁSICOS DE AGUA POTABLE

Opinión	Frecuencia	Porcentaje
Si	139	48%
No	148	52%
Total	287	100%

Fuente: entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS: Un 48% posee agua potable y un 52% que no.

INTERPRETACIÓN: El agua a pesar de ser un líquido vital hay muchas personas que no logran tener ese servicio básico generalmente es porque viven en área rural o porque los recursos económicos no les alcanzan para solventar dicha necesidad y es de esta forma como hay tantas enfermedades que se pueden ayudar a proliferar y que podrían afectar al crecimiento y desarrollo de nuestros niños en investigación.

Gráfica 20: Cuenta con servicios básicos de agua potable

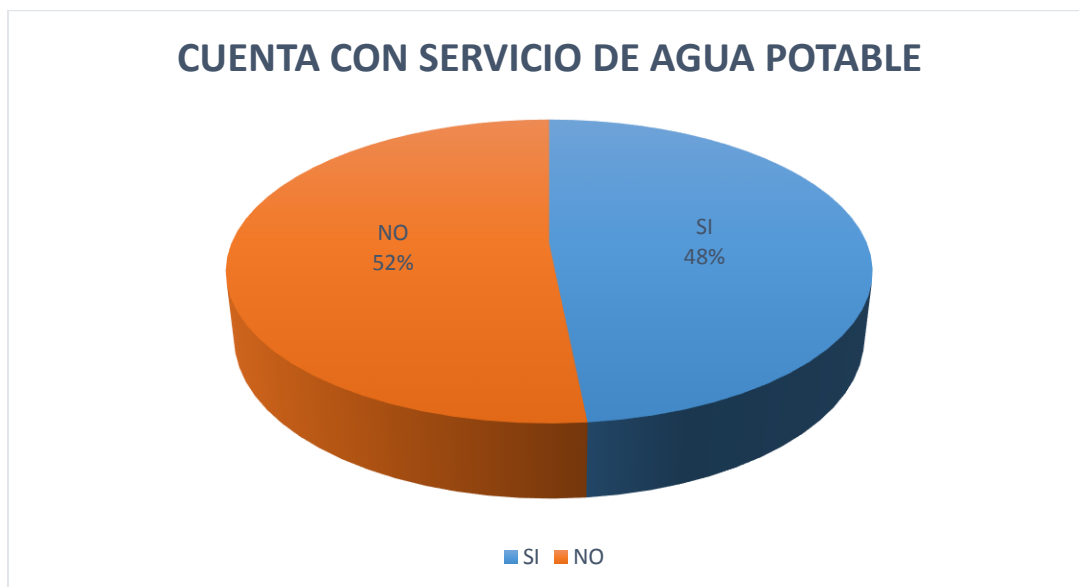


TABLA 24: TIPO DE LETRINA QUE UTILIZAN

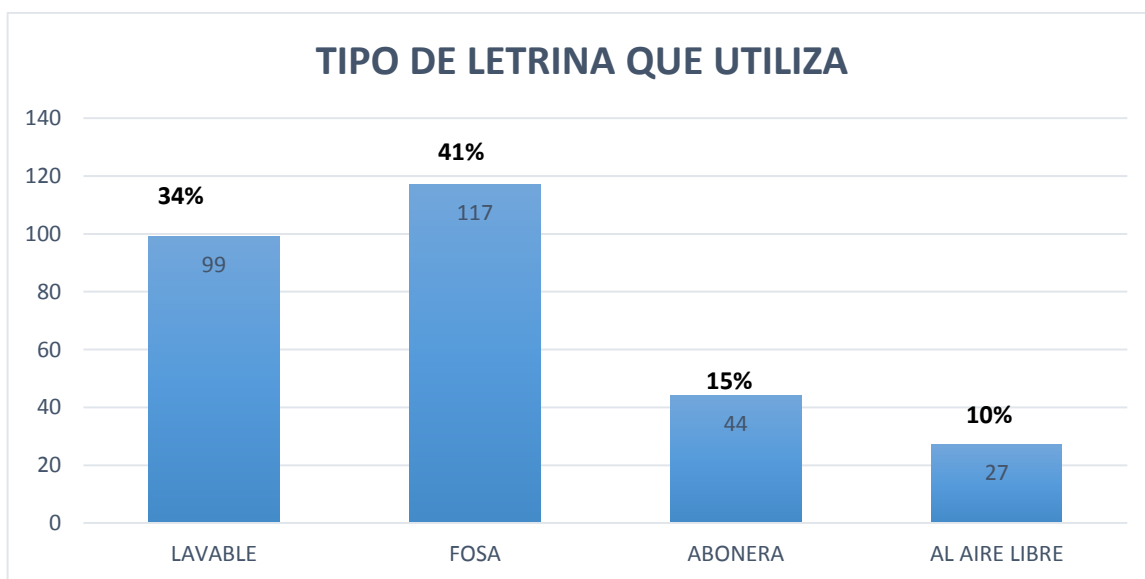
Tipo de letrina	Frecuencia	Porcentaje
Lavable	99	34%
Fosa	117	41%
Abonera	44	15%
Al aire libre	27	10%
Total	287	100%

Fuente: entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS: El 34% posee letrina lavable 41 % letrina de fosa mientras que un 15% abonera y un 10% al aire libre

INTERPRETACIÓN: Es lastimoso ver que aun un 10% de nuestra población no tiene una letrina para poder hacer sus necesidades fisiológicas acá nada más nos demuestra la pobreza y falta de acceso a esto lo que puede causar focos de infección que posteriormente afecte el crecimiento y desarrollo de la población en estudio.

Gráfica 21: Tipo de letrina que utilizan



VALORACIÓN DEL CRECIMIENTO Y ESTADO NUTRICIONAL.

TABLA 25: GRÁFICA DE PESO PARA EDAD

Gráfica	Frecuencia	Porcentaje
Normal	253	88%
Desnutrición	32	11%
Desnutrición severa	2	1%
Total	287	100%

Fuente: entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS: el 88% tiene peso para edad normal un 11% desnutrición, y un 1% es desnutrición severa.

INTERPRETACIÓN: Es importante observar que un buen porcentaje es normal y al menos es poca la población que está en desnutrición a pesar de ser del área rural la mayoría de pacientes que nos visitan a nuestras UCSF, aunque de hecho no debería de haber desnutrición mucho menos que esta sea severa nuestro país cuenta con programas de apoyo para la población, es importante destacar que nuestros niños en desnutrición el ministerio de salud tiene un programa llamado sistema de información y vigilancia nutricional donde se le da seguimiento en conjunto con el equipo multidisciplinario y se le proporciona una canasta básica para alimentación hasta que el niño sale de desnutrición, lo que podría deberse a falta de promoción de estos programas.

Gráfica 22: Grafica de peso para edad

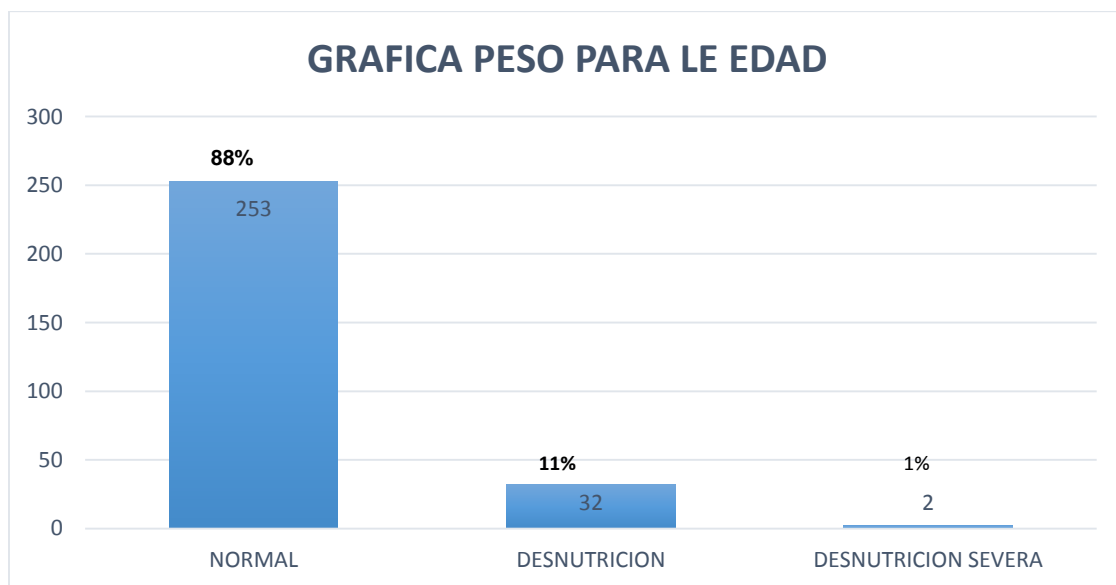


TABLA 26: GRÁFICA DE TALLA PARA EDAD

Gráfica	Frecuencia	Porcentaje
Talla alta	12	4%
Talla normal	237	83%
Retardo en el crecimiento	33	11%
Retardo severo del crecimiento	5	2%
total	287	100%

Fuente: entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS: Un 4% de la población en investigación tiene talla alta mientras que el 83% talla normal y un 11% retardo del crecimiento y un 2% un retardo severo del crecimiento.

INTERPRETACIÓN: La talla alta en la población es poca pero sin embargo por buena alimentación y factores hereditarios familiares se da este dato, un 83% tiene una talla normal lo que indica que no andamos mal en el crecimiento y desarrollo de la población infantil aunque aún con todos los esfuerzos que hace el ministerio con los programas que tiene existe un escaso porcentaje retardo y retardo severo del crecimiento y es en esta población en la que tenemos que trabajar para evitar posteriormente complicaciones.

Gráfica 23: Talla para edad

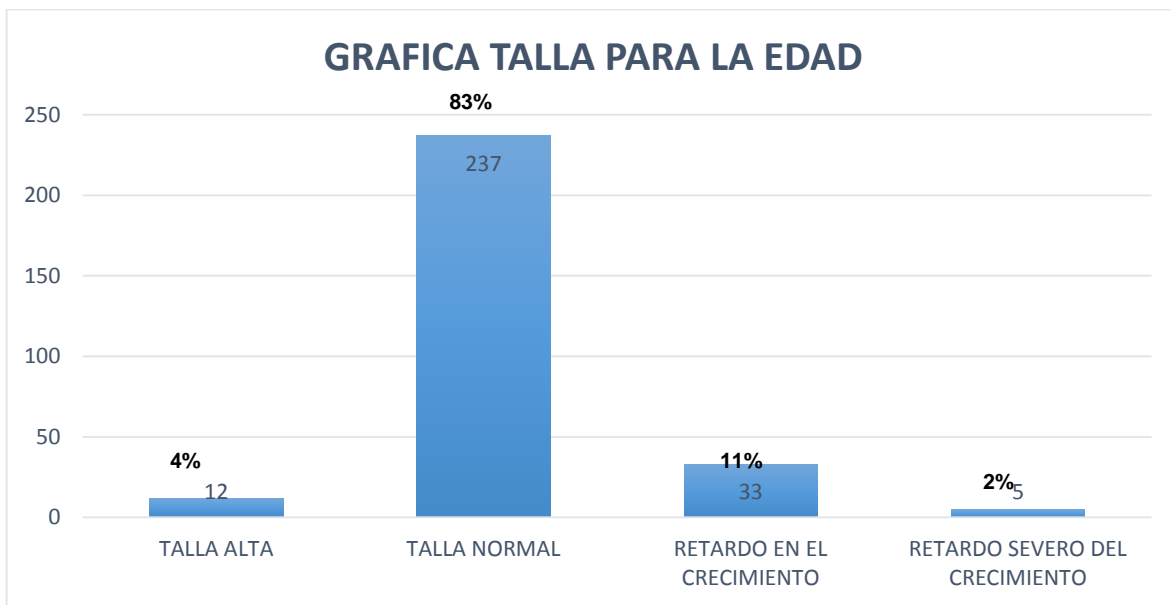


TABLA 27: GRAFICA DE PESO PARA TALLA

Peso para la talla	Frecuencia	Porcentaje
Obesidad	15	5%
Sobre peso	74	26%
Normal	148	52%
Desnutrición	44	15%
Desnutrición severa	6	2%
Total	287	100%

Fuente: entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS: Un 5% de la población tiene obesidad mientras que un 26% sobrepeso un 52% normal 15% desnutrición y un 2% desnutrición severa.

INTERPRETACIÓN: Se observa según estos datos que un 48 % de la población tiene problemas en la alimentación ya sean estos obesidad, sobrepeso, desnutrición o desnutrición severa por lo que es necesario que orientemos a nuestra población para tener estilos de vida saludable y que mejoren la calidad de vida de nuestros pacientes.

Gráfica 24: Peso para talla

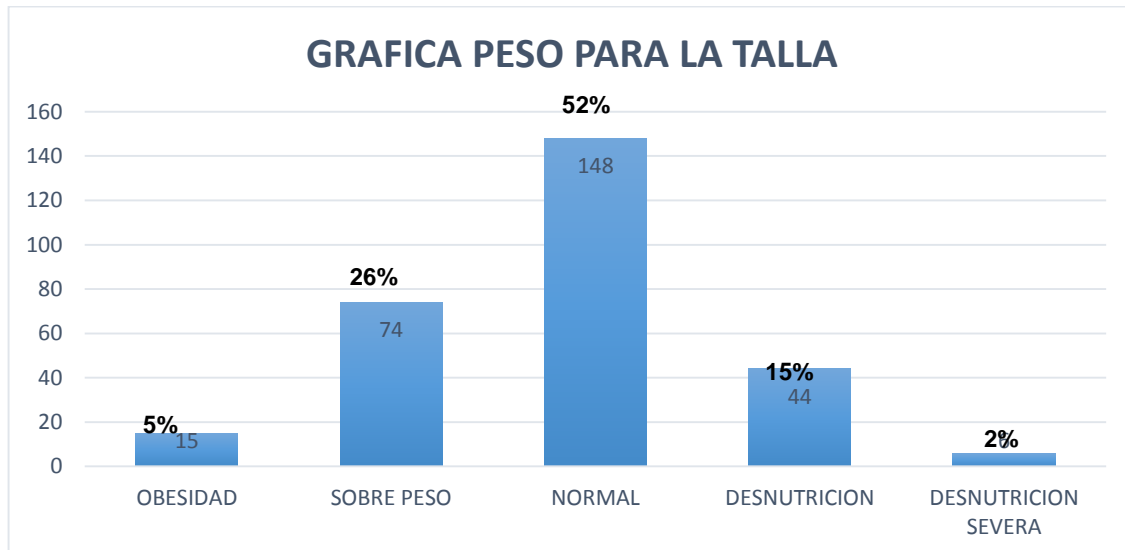


TABLA 28: TENDENCIA DE GANANCIA DE PESO

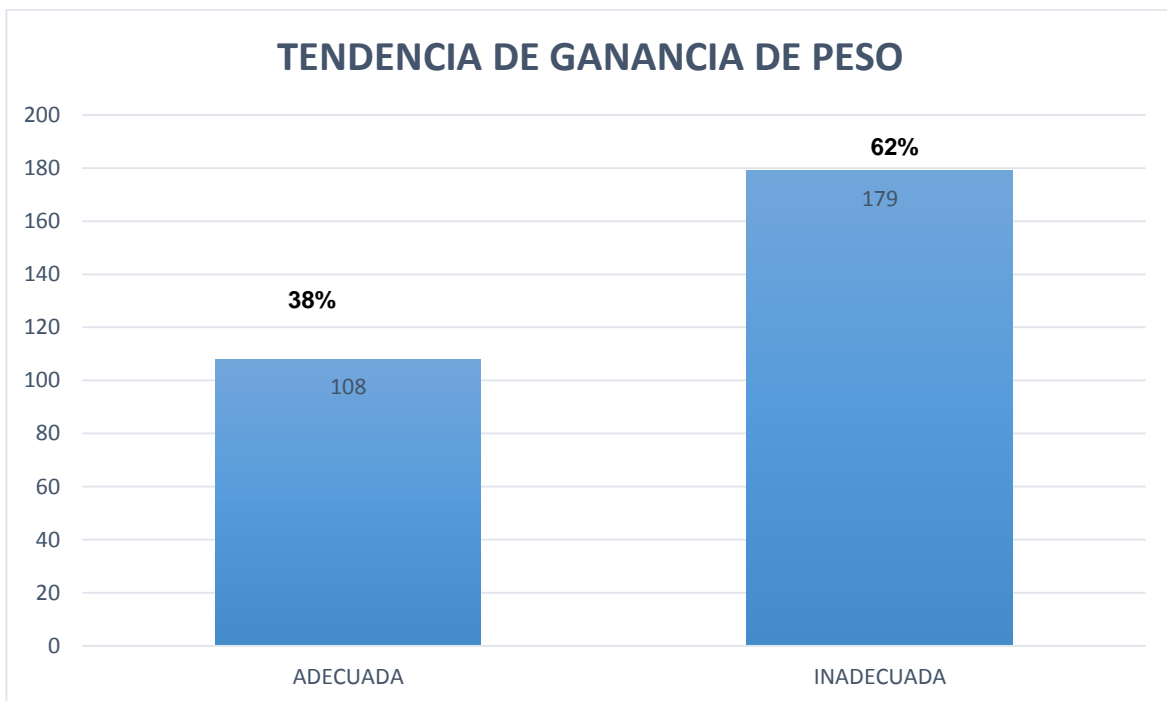
Tendencia de ganancia de peso	Frecuencia	Porcentaje
Adecuada	116	40%
Inadecuada	171	60%
Total	287	100%

Fuente: entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS: Un 62% representa una tendencia de ganancia de peso es inadecuada y un 38% es adecuada.

INTERPRETACIÓN: existe un contraste en la tabla anterior en la que se observa un peso normal en su mayoría acá tengamos un porcentaje elevado de tendencia inadecuada esto se debe porque aunque nuestros niños estén bien de peso en las gráficas de crecimiento y desarrollo llevan una tendencia estacionaria de ganancia de peso o no ganan nada o pierden peso fácilmente con todas enfermedades que son prevalentes en la infancia en principal infecciones respiratorias y diarreicas es por ello que sale un porcentaje más elevado en el inadecuada crecimiento.

Gráfica 25: Tendencia de ganancia de peso



6.1 FACTORES SOCIOECONÓMICOS QUE INFLUYEN EN EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE LAS UCSF EN ESTUDIO:

A continuación para la comprobación de hipótesis se realiza un análisis de varianza (ANVA) y Odds Ratio (OR: En estadística, el **análisis de la varianza** (ANOVA, Analisis Of Variance, según terminología inglesa) es una colección de modelos estadísticos y sus procedimientos asociados, en el cual la **varianza** está particionada en ciertos componentes debidos a diferentes variables explicativas. se realizo mediante un programa en Excel donde se introducían los datos y mostraba los resultados.

La interpretación de cada uno de estos estudios es la siguiente el odds Ratio es una medida epidemiológica utilizada como razón de probabilidades de que un evento suceda frente a la probabilidad de que no ocurra la fórmula es:

Odds Ratio (OR)

Contingency (or 2 x 2) Table

	Cases	Controls	Total
Exposed	a	b	a+b
Unexposed	c	d	c+d
Total	a+c	b+d	a+b+c+d

OR = (a/c) / (b/d)
= (a*d) / (b*c)

Factores Socioeconómicos:

- Procedencia
- Hacinamiento
- Servicios básicos
- Escolaridad
- Ingresos
- Ocupación

En los factores culturales se investiga:

- Lactancia materna
- Ablactación
- Alimentación predominante
- Religión
- Estado civil.

ANALISIS ESTADISTICO

Tabla 29: Factores Socioeconómicos

E.N	Fr.	%	Procedencia				Hacinamiento				Servicios Básicos			
			R	%	U	%	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%
Normal	188	66	138	48	50	17	119	41	69	24	93	32	95	33
Desnutrición	54	19	41	14	13	5	32	11	22	8	27	9	27	10
Sobrepeso	30	10	24	9	6	2	20	7	10	4	8	3	22	8
Obesidad	15	5	6	2	9	3	8	3	7	2	11	4	4	1
Σ	287	100	209	73	78	27	179	62	108	38	139	48	148	52

E.N	Fr.	%	Escolaridad							Ingresos							Ocupación							
			Ninguno	%	Básica	%	Bachillerato	%	Universitario	%	50	%	100	%	150	%	>150	%	Formal	%	Informal	%	Ama de Casa	%
Normal	188	66	40	14	118	41	20	7	10	3	42	15	51	18	40	14	55	19	3	1	13	5	172	60
Desnutrición	54	19	14	5	32	11	8	3	0	0	24	8	16	6	10	3	4	1	0	0	5	2	49	17
Sobrepeso	30	10	7	2	17	6	6	2	0	0	13	5	6	2	6	2	5	2	1	0	3	1	26	9
Obesidad	15	5	2	1	6	2	5	2	2	1	4	1	1	0	2	1	8	3	3	1	0	0	12	4
Σ	287	100	63	22	173	60	39	14	12	4	83	29	74	26	58	20	72	25	7	2	21	8	259	90

Tabla 30: Factores Culturales

E.N	Fr.	%	Lactancia Materna				Ablactación											
			SI	%	NO	%	Sopa	%	Puré	%	Atol	%	Jugo	%	Frutas	%	Otros	%
Normal	188	66	180	63	8	3	65	23	48	17	48	17	3	1	11	4	13	4
Desnutrición	54	19	47	16	7	3	18	6	10	3	14	4	4	1	6	2	2	1
Sobrepeso	30	10	29	10	1	0	16	6	6	2	5	2	1	0	0	0	2	1
Obesidad	15	5	15	5	0	0	4	1	4	2	5	2	2	1	0	0	0	0
Σ	287	100	271	94	16	6	103	36	68	24	72	25	10	3	17	6	17	6

E.N	Fr.	%	Alimentación Predominante														Religión					Estado Civil								
			Sopas	%	Jugos	%	Gaseosa	%	Atoles	%	Frijoles	%	Carnes	%	Verduras	%	Católica	%	Evangélicas	%	Ninguna	%	Soltera	%	Casada	%	Acompañada	%	Viuda	%
Normal	188	66	78	27	14	5	0	13	4	56	20	15	5	6	2	83	29	88	31	17	6	28	10	67	23	92	32	1	0.3	
Desnutrición	54	19	19	7	10	4	4	1	2	1	14	5	1	0	4	2	28	10	19	6	7	3	13	5	21	7	19	7	1	0.3
Sobrepeso	30	10	11	4	4	1	0	0	3	1	6	2	3	1	3	1	14	5	13	5	3	1	6	2	7	2	17	6	0	0
Obesidad	15	5	10	3	0	0	0	0	3	1	3	1	5	2	0	0	10	3	4	1	1	0	3	1	8	3	3	1	1	0.3
Σ	287	100	118	41	28	10	4	1	21	7	79	28	24	8	13	5	135	47	124	43	28	10	50	18	103	35	131	46	3	1

6.2 COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS:

Reglas de decisión:

Hi: $f_c > F_t$

Ho $f_c < f_t$

Prueba de hipótesis: ANVA de factores socioeconómicos: $f_c = 24.99 > F_t = 2.79$ por lo que hay diferencia estadística significativa entre los factores socioeconómicos y el estado nutricional de los niños con un intervalo de confianza del 95%.

ANVA de factores culturales: $F_c = 19.31 > f_t = 2.74$ por lo que hay una diferencia estadística significativa entre los factores culturales y el estado nutricional de los niños con un intervalo de confianza del 95%

Por lo tanto se acepta la hipótesis de trabajo Hi en donde los factores socioeconómicos y culturales si inciden en el estado nutricional de los niños y niñas de uno a cinco años de las en investigación

Y se rechaza la hipótesis nula Ho los factores socioeconómicos y culturales no influyen en el estado nutricional de los niños de uno a cinco años en las UCSF en investigación

ANALISIS ESTADISTICOS DE FACTORES SOCIOECONÓMICOS.

TABLA 31: PROCEDENCIA

ESTADO NUTRICIONAL	FR	RURAL	URBANA
NORMAL	188	138	50
DESNUTRICION	54	41	13
SOBREPESO	30	24	6
OBESIDAD	15	6	9

Fuente: entrevista dirigida a la población en estudio.

PROCEDENCIA: en el ANVA la procedencia tiene un f calculado (f.C) $9.25 >$ que F tabla (F.T) 4.76 por lo que existe una diferencia estadística significativa entre la procedencia y es estado nutricional con un intervalo de confianza del 95%.

OR (odd Ratio): la zona rural tiene 1.1 veces más probabilidad de desnutrición que en la zona urbana.

TABLA 32: HACINAMIENTO

ESTADO NUTRICIONAL	FR	SI	NO
NORMAL	188	119	69
DESNUTRICION	54	32	22
SOBREPESO	30	20	10
OBESIDAD	15	8	7

Fuente: entrevista dirigida a la población en estudio.

HACINAMIENTO: el ANVA tiene una $F.C0.63 < que FT 4.26$ no hay relación estadística significativa entre el hacinamiento y el estado nutricional con un intervalo de confianza de 95%.

OR no tiene diferencia significativa.

TABLA 33: SERVICIOS BÁSICOS

ESTADO NUTRICIONAL	FR	SER BASICOS	NO SER BASICOS
NORMAL	188	93	95
DESNUTRICION	54	27	27
SOBREPESO	30	8	22
OBESIDAD	15	11	4

Fuente: entrevista dirigida a la población en estudio.

SERVICIOS BÁSICOS: $F_c = 0.55 < FT = 4.26$ por lo tanto no hay diferencia estadística significativa entre poseer servicios básicos y el estado nutricional.

TABLA 34: ESCOLARIDAD

ESTADO NUTRICIONAL	FR	NINGUNA	BASICA	BACHILLERATO	UNIVERSIDAD
NORMAL	188	40	118	20	10
DESNUTRICION	54	14	32	8	0
SOBREPESO	30	7	17	6	0
OBESIDAD	15	2	6	5	2

Fuente: entrevista dirigida a la población en estudio.

ESCOLARIDAD: ANVA $f_c = 4.77 > f_t = 3.49$ dando una diferencia estadística significativa entre la escolaridad de los padres con el estado nutricional de los hijos con un intervalo de confianza del 95%.

TABLA 35: INGRESOS

ESTADO NUTRICIONAL	FR	\$50	\$100	\$150	>\$150
NORMAL	188	42	51	40	55
DESNUTRICION	54	24	16	10	4
SOBREPESO	30	13	6	6	5
OBESIDAD	15	4	1	2	8

Fuente: entrevista dirigida a la población en estudio.

INGRESO ECONÓMICO: ANVA un $f_c = 6.82 > f_t = 3.49$ encontrando una diferencia estadística significativa entre los ingresos económicos de los padres y el estado nutricional de los hijos con un intervalo de confianza del 95%.

OR existe 5.15 veces más la probabilidad de desnutrición en familias cuyo ingreso económico es menor a 150 y existe la probabilidad de 1.86 veces de tener un peso normal en familias cuyo ingreso económico es mayor a 150.

TABLA 36: OCUPACIÓN

ESTADO NUTRICIONAL	FR	FORMAL	INFORMAL	AMA DE CASA
NORMAL	188	3	13	172
DESNUTRICION	54	0	5	49
SOBREPESO	30	1	3	26
OBESIDAD	15	3	0	12

Fuente: entrevista dirigida a la población en estudio.

OCUPACIÓN DE LA MADRE: ANVA $f_c = 3.49 < f_t = 3.86$ no hay diferencia estadística significativa entre la ocupación de la madre y el estado nutricional con un intervalo de confianza del 95%.

OR existe 1.5 veces más la probabilidad de peso normal cuya madre es ama de casa.

ANÁLISIS ESTADÍSTICOS DE FACTORES CULTURALES.

ESTADO NUTRICIONAL	FR	SI	NO
NORMAL	188	180	8
DESNUTRICION	54	47	7
SOBREPESO	30	29	1
OBESIDAD	15	15	0

TABLA 37: LACTANCIA MATERNA

Fuente: entrevista dirigida a la población en estudio.

LA LACTANCIA MATERNA: tiene un $f_c = 4.51 < f_t = 4.75$ por lo que no hay diferencia estadística significativa entre el estado nutricional por el motivo que la lactancia materna en niños mayores de un año es complementaria. **OR:** los niños que recibieron lactancia materna tienen 2 veces más probabilidad de poseer peso normal que los que no la recibieron

TABLA 38: TIPO DE ABLACTACIÓN.

ESTADO NUTRICIONAL	FR	SOPA	PURE	ATOL	JUGO	FRUTAS	OTROS
NORMAL	188	65	48	48	3	11	13
DESNUTRICION	54	18	10	14	4	6	2
SOBREPESO	30	16	6	5	1	0	2
OBESIDAD	15	4	4	5	2	0	0

Fuente: entrevista dirigida a la población en estudio.

TIPO DE ABLACTACIÓN: ANVA $f_c=4.97 > f_t=3.16$ el tipo de ablactación presenta diferencia estadística significativa con respecto al estado nutricional de los niños con un intervalo de confianza del 95%.

OR nos dice que las personas que inician la ablactación con sopa tienen más riesgo de 1.53 veces de sufrir sobrepeso u obesidad, Mientras que la ablactación con purés nos da una confiabilidad de 1.35 veces más de tener un peso normal la ablactación con jugos dependiendo de la cantidad en que se dé y la frecuencia nos puede producir 3 veces más probabilidad de desnutrición y 2,39 veces más de sobrepeso y obesidad, las frutas nos pueden dar un 2.52 veces más probabilidad de dar desnutrición si se dan de forma predominante mientras que la mayoría de personas que consultamos en nuestra entrevista nos dijeron que iniciaban la ablactación con otros alimentos el predominantes es el frijol, lácteos y estos nos dan 1.76 veces más probabilidad de tener un peso normal.

TABLA 39 : ALIMENTACIÓN PREDOMINANTE

ESTADO NUTRICIONAL	FR	SOPA	JUGO	SODAS	ATOL	FRIJOLES	CARNE	VERDURAS
NORMAL	188	81	14	0	13	59	15	6
DESNUTRICION	54	19	10	4	2	14	1	4
SOBREPESO	30	11	4	0	3	6	3	3
OBESIDAD	15	10	0	0	3	3	5	0

Fuente: entrevista dirigida a la población en estudio.

ALIMENTACIÓN PREDOMINANTE: $f_c=4.19 > f_t= 3.07$ encontrando diferencia estadística significativa entre la alimentación predominante y el estado nutricional con un intervalo de confianza del 95%

OR: la alimentación con sopa nos da 1.2 veces más probabilidad de tener peso normal mientras que si en la alimentación predominan los jugos nos da más probabilidad de desnutrición y los atoles si predominan en la dieta dan 2 veces más probabilidad de tener sobrepeso u obesidad, los frijoles incluidos en la dieta diaria nos dan 1.58 veces más probabilidad de tener un peso normal mientras que el consumo de carne nos da 2.veces más probabilidad de tener sobrepeso u obesidad las verduras en alimentación predominante nos pueden llevar a dar desnutrición si se consumen en menor proporción pero si se consumen en abundante cantidad nos puede dar sobrepeso u obesidad.

TABLA 40: RELIGIÓN

ESTADO NUTRICIONAL	FR	CATOLICO	EVANGELICO	NINGUNO
NORMAL	188	83	88	17
DESNUTRICION	54	28	19	7
SOBREPESO	30	14	13	3
OBESIDAD	15	10	4	1

Fuente: entrevista dirigida a la población en estudio.

RELIGIÓN: $f_c=7.0 > f_t=3.86$ por lo que hay diferencia estadística significativa entre la religión que profesan los padres y el estado nutricional con un intervalo de confianza de 95%.

OR: los católicos tienen más probabilidad de sufrir desnutrición 1.27 veces más que la población en general además de sobrepeso u obesidad 1,3 veces más que la población general de otra religión mientras que si son evangélicos tienen 1.5 veces más probabilidad de tener un peso normal. Y los que no pertenecen a ninguna religión tienen 1. veces más probabilidad de tener desnutrición.

TABLA 41: ESTADO FAMILIAR

ESTADO NUTRICIONAL	FR	SOLTERA	CASADA	ACOMPAÑADA	VIUDA
NORMAL	188	28	67	92	1
DESNUTRICION	54	13	21	19	1
SOBREPESO	30	6	7	17	0
OBESIDAD	15	3	8	3	1

Fuente: entrevista dirigida a la población en estudio.

ESTADO CIVIL: $f_c=5.3 > f_t= 3.49$ teniendo frecuencia estadística significativa entre el estado nutricional y el estado civil con un intervalo de confianza del 95%.

OR: madres solteras tienen 1.6 veces más posibilidad de tener hijos desnutridos mientras que las madres que están acompañadas son la gran mayoría de nuestra investigación tienen 1.5 veces más probabilidad de tener peso normal al igual que las casadas pero si son viudas tienen 2.17 veces más probabilidad de tener hijos desnutridos.

7. DISCUSIÓN

La investigación realizada tiene como factores socioeconómicos y culturales que determinan el estado nutricional de la población infantil de uno a cinco años de edad inscrita en el programa de atención integral a la niñez en las unidades comunitarias de salud familiar: sociedad, Morazán, Chapeltique y el Tecomatal, San Miguel año 2017

Para la valoración del estado nutricional también se utilizaron las gráficas del MINSAL tomando en cuenta los tres parámetros que se investigan en dichas graficas: peso para la edad (P/E), talla para la edad (P/E) y peso para la talla (P/T) en donde los resultados ploteados en las tres graficas clasifican como “normal” representado con la letra (N) a la ubicación situada entre +2 y -2 desviaciones estándar en donde se obtuvo como resultado en la relación del peso para la edad de los 287 sujetos en estudio, 253 es decir un 88 % entran en la clasificación de peso normal para la edad y 32 que es igual a 11 % presentan desnutrición y 2 representan desnutrición severa 1% lo cual es similar con los últimos datos del FESAL 2008 donde se reportó una incidencia estimada del 12% , siendo que el peso para la edad se utiliza para evaluación de desnutrición aguda se puede concluir que el 11% de los sujetos de estudio tienen desnutrición aguda

En estudios realizados en el año 2006 denominado “Desnutrición Infantil en América Latina y El Caribe” describen la existencia de desnutrición crónica en menores de 5 años es de un 16%, en este mismo apartado concluyen que esto es debido a una ingesta nutricional persistentemente inadecuada; que en las zonas rurales los menores tienen entre 1,6 y 3,7 veces más probabilidades de desnutrirse que en las urbanas. Haciendo una comparación muy acertada con nuestra investigación ya que según nuestros datos estadísticos la zona urbana tiene 1.1 veces más probabilidad de sufrir desnutrición

En cuanto a los resultados obtenidos en relación a la talla para la edad se establece que de los 287 sujetos en estudio , 237 niños que representan el 83% presentaron talla normal, 33 niños es decir el 11 % presentaron retardo del crecimiento y 12 niños talla alta 4% , retardo severo del crecimiento 5 que equivale al 2% dicho parámetro es utilizado para evaluar estados nutricionales a largo plazo y es comúnmente utilizado para evaluar desnutrición crónica la cual se presenta como retardo del crecimiento por lo cual concluimos que el 11 % de la población en estudio presentan desnutrición crónica .

Un estudio del año 2008 realizado en México concluye que la prevalencia de retraso en el crecimiento en una población pediátrica es influida por problemas sociales, económicos, educacionales y ecológicos. Además que el mayor riesgo de desaceleración en el crecimiento se observó en niños menores de cinco años .y esto coincide con los factores socioeconómicos y culturales que influyen en nuestro trabajo los cuales los influyentes son la zona de procedencia, los ingresos económicos la ocupación de la madre si recibe lactancia materna, la ablactación los alimentos que más predominan y el estado civil.

Tomando en cuenta que todos estos factores influyen en el crecimiento y desarrollo de la población infantil es importante destacar que la población más vulnerable siempre serán los niños menores de 5 años es por eso que el ministerio de salud crea el AIEPI para poder definir las enfermedades prevalentes en la infancia y tener un sistema más estandarizado para el manejo de estar y de esta forma contrarresta ella desnutrición y el sobrepeso u obesidad.

A nivel de la zona oriental de El Salvador en el 2011 se realizó un trabajo de investigación por estudiantes egresados de la carrera de Doctorado en Medicina de la Facultad Multidisciplinaria Oriental donde concluyen que la edad materna influye en el estado nutricional según peso, ya que se encontró que los niños que presentan alguna anomalía en peso (18.64%), en su mayoría

fueron de adolescentes (11.64%). Además los hijos de madres adolescentes presentaron más alteraciones del estado nutricional según talla (7.05%) y según peso/talla (18%) lo que se traduce en un estado nutricional inadecuado de evolución crónica. Los ingresos económicos incluyen en el estado nutricional según peso edad y según talla/edad.

El factor relacionado a las infecciones asociadas (enfermedad diarreica aguda, infecciones respiratorias agudas y otras enfermedades) mostraron una pequeña relación en el peso para la edad del niño asociadas a desnutrición 3.86% en los que presentaron diarreas y 4.84% en aquellos que presentaron infecciones respiratorias. Dejando aquellas enfermedades consideradas como criterios de exclusión por ser consideradas de evolución crónica y solo fueron tomadas aquellas de evolución más aguda según el programa AEIPI en su edición 2008 el cual indica que deben ser investigadas infecciones altamente prevalentes como son IRAS , EDAS , parasitismo problemas dentales y otros (problemas dermatológicos , procesos alérgenos), en cuanto al factor psico-afectivo es decir el ambiente emocional que rodea al niño se observó que la variable que más se relaciona con alteraciones en el crecimiento es el tiempo que se dedica al niño durante el día para actividades como juegos, enseñar palabras, contar cuentos, etc. en la población de estudio.

8. CONCLUSIONES:

Con respecto a los factores socioeconómicos que influyen en el estado nutricional de la población infantil de uno a cinco años son: la procedencia, la escolaridad y los ingresos económicos de los padres son los que intervienen en el estado nutricional de la población sujeto de estudio, los que no están relacionados con el estado nutricional son el Hacinamiento y los servicios básicos

En relación a los factores culturales que influyen en la población infantil de uno a cinco años los que determinan el estado nutricional son: el tipo de ablactación, la alimentación predominante, la religión y el estado familiar.

Una vez tabulado los datos se logró determinar con la hipótesis de trabajo que los factores socioeconómicos y culturales si están relacionados con el estado nutricional de los niños y niñas de uno a 5 años de la población en estudio con un intervalo de confianza del 95%.

Al hacer una valoración en relación al estado nutricional se concluye que en base a los resultados obtenidos en las gráficas peso para la edad el 88% tiene un peso normal mientras que un 11% desnutrición y un 1% desnutrición severa.

En relación al estado nutricional basado en los resultados obtenidos en la graficas de peso para la talla el resultado es obesidad 5% sobrepeso 26% normal 52% desnutrición 15% y desnutrición severa un 2% siendo el parámetro peso para la talla el que evalúa el retardo del crecimiento y por ende desnutrición de forma crónica se encuentra más alterado l que nos indica que tenemos más prevalencia en desnutrición crónica

Se concluye de igual manera basado en la gráfica de talla para edad que el total de los niños en estudio 287 de estos los que presentaron talla normal 83% talla alta 4% retardo del crecimiento 11% y retardo severo del crecimiento 2%

Se identificó que los factores socioeconómicos si inciden en el estado nutricional de los niños que forman parte del estudio determinando que el ingreso mensual que tiene las familias base de investigación es de 50 dólares con un porcentaje 29%, 100 dólares 25% ,150 dólares un 23% y mayor a 150 un 23% afectando de esta forma el estado nutricional de la población infantil ya que ni tan siquiera alcanzan el salario mínimo para adquirir lo necesario a la canasta básica, relacionándose íntimamente con la escolaridad de los padres donde la educación que predomina es la básica en un 62% .

De los factores culturales que influyen en el estado nutricional de la población infantil encontramos que el tipo de ablactación con la que los padres inician está relacionada con el estado nutricional siendo lo mas recomendable iniciar la ablactación con sopas o purés en mayor porcentaje, al mismo tiempo influye el tipo de alimento que predomina en la población sujeto de estudio concluyendo que los jugos pueden dar desnutrición los atoles sobrepeso u obesidad al igual que el consumo de carnes, las futas en menor proporción de consumo pueden darnos desnutrición, también se comprobó que el estado civil está relacionado al estado nutricional teniendo mayor ventaja los que están acompañados o casados a tener un estado normal mientras que los hijos de madres solteras y viudas pueden verse alterado su estado nutricional.

En la investigación se determinó que el grupo etario que tenía más predisposición a padecer desnutrición son los niños entre uno a dos años que es el periodo donde se inicia la alimentación identificando que la lactancia materna es aun predominante en esta etapa cuando tendría que ser complementaria, mientras que la obesidad es un factor que afecta a los niños de dos a cinco años porque prefieren las golosinas u otra alimentación, esto lo vimos reflejado en la revisión de los expedientes clínicos de los niños sujeto de estudio que acudían a los controles infantiles.

Al indagar sobre los alimentos que más consumía nuestra población en estudio, se comprobó que los niños que consumían sopas, frijoles y lácteos tiene más probabilidades de tener un peso normal, los que consumían jugos y verduras dependiendo de la cantidad ingerida pueden llegar a padecer de desnutrición u obesidad, los atoles y las carnes pueden producir sobre peso u obesidad.

Se acepta la hipótesis de trabajo planteada en la investigación, ya que si afectan los factores socio económico y cultural de los niños de uno a cinco años de edad en estudio.

9. RECOMENDACIONES

MINISTERIO DE SALUD

Dar a conocer la importancia y beneficios a corto y largo plazo de la lactancia materna en los programas de salud materno-infantil.

Informar y realizar mayor promoción sobre la alimentación adecuada de la población infantil de 1 a cinco años en los establecimientos de salud que prestan los servicios de atención materno-infantil.

Capacitar a los recursos sobre la atención integral que se le debe de brindar a la población infantil de 1 a 5 años de edad.

Orientar a la población que demanda la prestación de servicios de salud en el primer nivel de atención; sobre la importancia de mantener un adecuado estado nutricional en los niños para evitar así la susceptibilidad a una mayor recurrencia de morbilidades y sus consecuencias a corto y largo plazo en la salud de los niños.

UNIDADES COMUNITARIAS EN SALUD FAMILIAR

Reforzar los conocimientos de los padres sobre la alimentación adecuada y balanceada en cada control infantil que se les brinda a la población infantil de 1 a 5 años acorde a su entorno social.

Realizar una adecuada intervención al detectar alteraciones en el estado nutricional y crecimiento de los niños de manera integral y referir oportunamente aquellos casos que deben ser de manejo de las diferentes especialidades de apoyo que son la pediatría y nutrición.

Fomentar la importancia de un adecuado y óptimo entorno familiar y social donde crezcan y se desarrollen los niños de manera integral.

Ayudar a las familias para gestionar que cuenten con los servicios básicos.

A LAS FAMILIAS:

A los padres que participen de manera activa en el cuidado de la salud de sus hijos.

Que las mujeres se integren en actividades productivas para beneficio del grupo familiar.

Acudir oportunamente a las unidades comunitarias de salud familiar y llevar a la práctica cada una de las recomendaciones que les brinda el personal de salud para procurar el buen estado de salud de sus hijos.

Orientar a los sobre la importancia de las veces que deben de alimentar a sus hijos.

A LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR:

Apoyar futuros trabajos de investigación relacionados al estado nutricional y crecimiento del niño, generando así los conocimientos con base a la evidencia de los futuros profesionales en las diferentes ramas de la salud.

A LOS MÉDICOS DE AÑO SOCIAL Y ENFERMERAS:

Utilizar eficientemente los recursos disponibles para la satisfacción de las necesidades básicas en el contexto del mejoramiento de la salud de la población infantil de 1 a 5 años.

Brindar una atención integral a la población infantil, desde el primer contacto con los servicios de salud hasta la resolución del problema o condición relacionados al estado nutricional y crecimiento adecuado.

Orientar a los padres sobre la importancia de la lactancia materna y los alimentos adecuados con los cuales deben iniciar la ablactación.

A LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA:

Procurar generar aportes importantes mediante la investigación de temas que ayuden a mejorar el primer nivel de atención de salud.

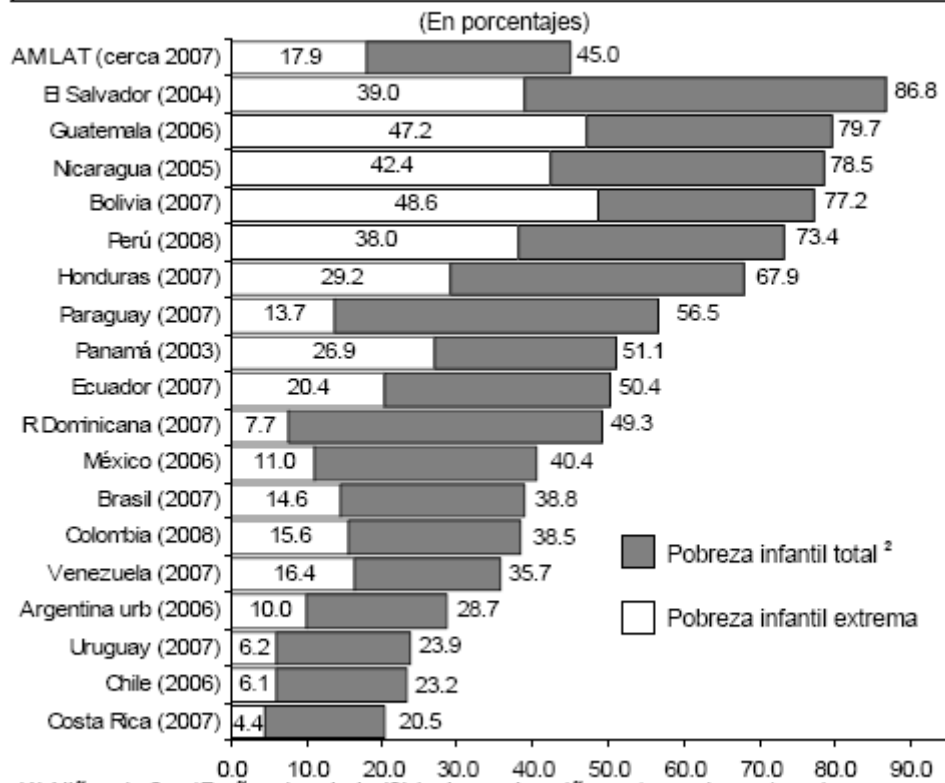
Adoptar de manera proactiva la investigación de los principales problemas de salud que afectan a la población infantil desde los primeros años de formación académica.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Módulo II Medición y evaluación de la nutrición Unidad 1 Evaluación nutricional a nivel individual. [cited 2017 Apr 5]; Available from: http://aulavirtual.incap.int/moodle/pluginfile.php/9046/mod_resource/content/5/Unidad_5_Modulo_II_Sistemas_de_informacion_y_vigilancia_nutricional.pdf
2. Nutricion en la infancia y adolescencia. - NutriFit El Salvador [Internet]. [cited 2017 Apr 8]. Available from: <http://www.nutrifitsv.com/nutricion-infantil.html>
3. OMS | El departamento de nutrición. WHO [Internet]. 2013 [cited 2017 Apr 8]; Available from: http://www.who.int/nutrition/about_us/es/
4. Cameron M, Hofvander Y. Manual para alimentacion de infantes y niños pequeños [Internet]. Editorial Pax; 1989 [cited 2017 Mar 17]. 293 p. Available from: http://opac.fmoues.edu.sv/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=487&query_desc=kw%2Cwrd1%3A%20nutricion%20en%20ni%C3%B1os
5. María Teresa Hernández de Morán L, Daniel Méndez Molina Nutricionista Supervisor L, Sur Lic Douglas Francisco Arteaga S, Bessie Veralice Reyes de Alonzo L, Juan Carlos Rodas Rivas Nutricionista L, Sonsonate Licda Mercedes Roxana Recinos Nutricionista S, et al. CRÉDITOS EQUIPO DE TRABAJO. [cited 2017 Mar 17]; Available from: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/Guia_alimentacion_etareos.pdf
6. “Factores sociales y culturales en la nutrición.” | USIEL. ENERGIA Y CONSUMO DE SUSTANCIAS FUNDAMENTALES. [Internet]. [cited 2017 Mar 17]. Available from: <http://usielenergiayconsumo.blogspot.com/2012/04/factores-sociales-y-culturales-en-la.html>
7. Galarza J, 2010 S/, Solano N, Resumen J. \376\377\000T\000E\000S\000I\000S. [cited 2017 Jun 25]; Available from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/2207/1/tps709.pdf>
8. Dra María Isabel Rodríguez A, TÉCNICO ELABORACIÓN Dirección de Apoyo la Gestión Programación Sanitaria -Dr Carlos Meléndez -Dra Yanira Burgos -Dra Nelly Madrid -Dr Ricardo López E DE, de Re-gulación Legislación en Salud -Dr Víctor Odmaro Rivera -Dr Carlos Torres D, de Primer Nivel de Atención -Dra Nadia Rodríguez D, Dra Dalia Portal O, Aguilar -Región de Salud Oriental G, et al. Lineamientos técnicos para la atención integral de niños y niñas menores de cinco años.
9. Evaluación del crecimiento de niños y niñas Material de apoyo para equipos de atención primaria de la salud. [cited 2017 Jun 25]; Available from: https://www.unicef.org/argentina/spanish/Nutricion_24julio.pdf

LISTA DE FIGURAS

G-3 AMERICA LATINA (18 P). INFANTES EN SITUACION DE POBREZA Y DE POBREZA EXTREMA ¹



(1) Niños de 0 a 17 años de edad (2) Incluye a los niños extremadamente pobres
 Fuente: UNITÉ con datos de Cepal/Unicef (op cit, G-2)

Figura 1: situación de pobreza en América latina

El Salvador, ENIGH -2006
Proporción de hogares que usaron cada grupo de alimentos a nivel nacional y según área de residencia.

No.	Nombre	Nacional	Urbano	Rural
1	Tortillas	94	94	94
2	Pan francés	88	93	80
3	Huevos	87	87	88
4	Pan dulce	86	86	87
5	Quesos	84	85	81
6	Tomate	84	82	86
7	Gaseosas	76	79	71
8	Frijoles	77	73	84
9	Arroz	77	73	85
10	Aves	75	79	68
11	Sopas deshidratadas	74	72	77
12	Azúcar	71	65	81
13	Tortillas/panes con comida	67	74	53
14	Papas	68	68	68
15	Cebolla	68	67	70
16	Otras bebidas	61	64	55
17	Jugos y refrescos	60	63	55
18	Condimentos	55	53	57
19	Crema	60	67	47
20	Bananos y plátanos	58	67	43
21	Res sin hueso	44	52	30
22	Embutidos	45	51	34
23	Güisquil y calabazas	46	51	37
24	Aceites vegetales	52	49	59
25	Salsas, aderezos y similares	46	49	40
26	Chiles pimienta, verde	47	48	44
27	Pastas	44	47	40
28	Leche fluida	40	46	28
29	Pescado y mariscos	46	46	46
30	Tamales	38	44	26
31	Otras verduras	41	43	36
32	Hortalizas ensalada	38	40	33
33	Golosinas y snacks	43	40	47
34	Frutas tropicales	34	37	27
35	Res con hueso	31	36	24
36	Zanahoria, remolacha	31	34	24
37	Comidas preparadas	28	33	21
38	Hierbas frescas	28	32	21
39	Margarina	29	32	24
40	Frutas cítricas	27	32	19
41	Postres	29	30	26
42	Confites, jaleas y similares	31	30	32
43	Otras frutas	27	30	21
44	Aguacate	27	30	23
45	Leche en polvo	28	29	25
46	Cereales desayuno	20	25	9
47	Atoles	24	24	23

Figura 1: proporción de alimentos que más predominan en El salvador.



Figura 2: Desnutrición Crónica



Figura 3: Desnutrición aguda



Figura 4: desnutrición global



Figura 5: tallimetro de madera pediátrica



Figura 6: bascula pediátrica



Figura 7: bascula con tallimetro

Prevalencia de desnutrición crónica (Baja Talla por Edad), por departamento
Prevalence of chronic malnutrition (Low Height for Age), by department

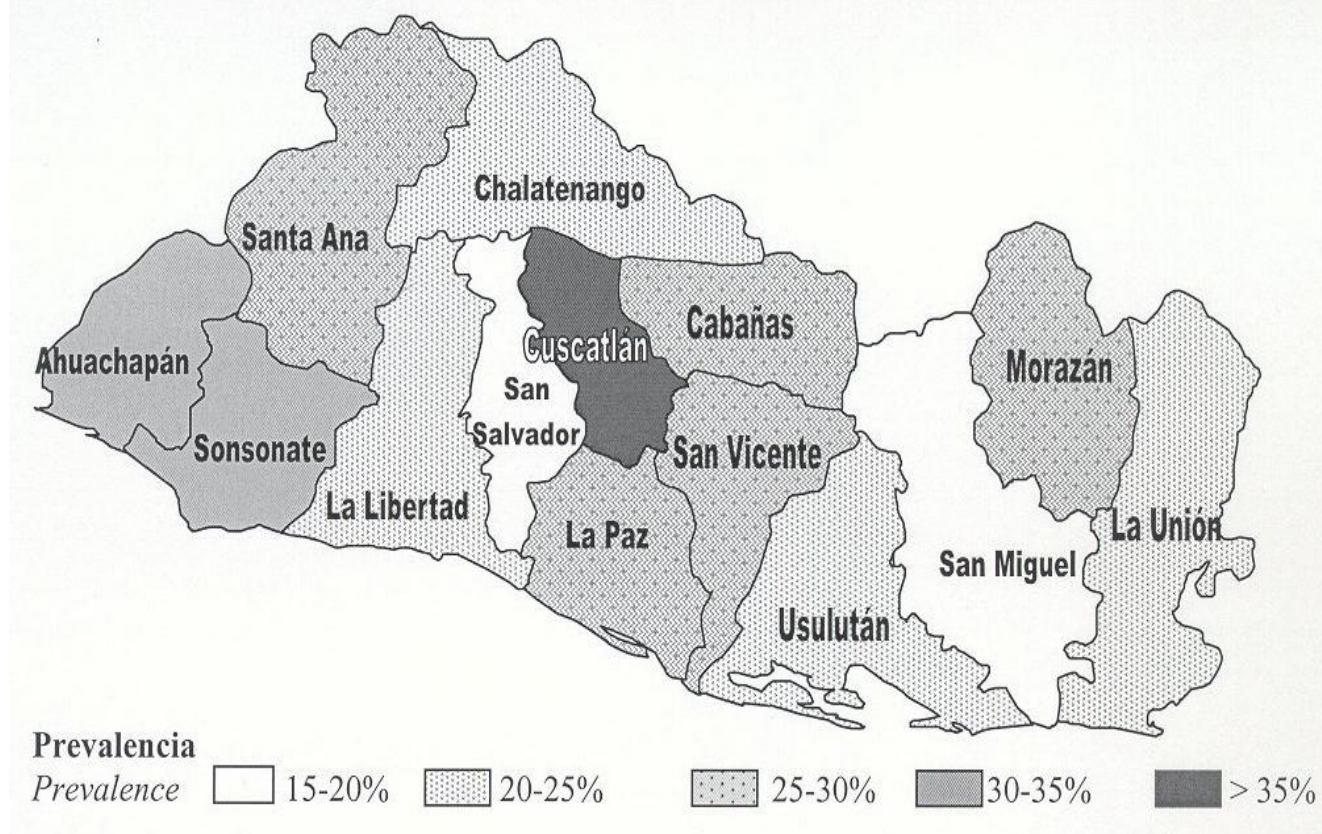


Figura 8: prevalencia de desnutrición por departamento

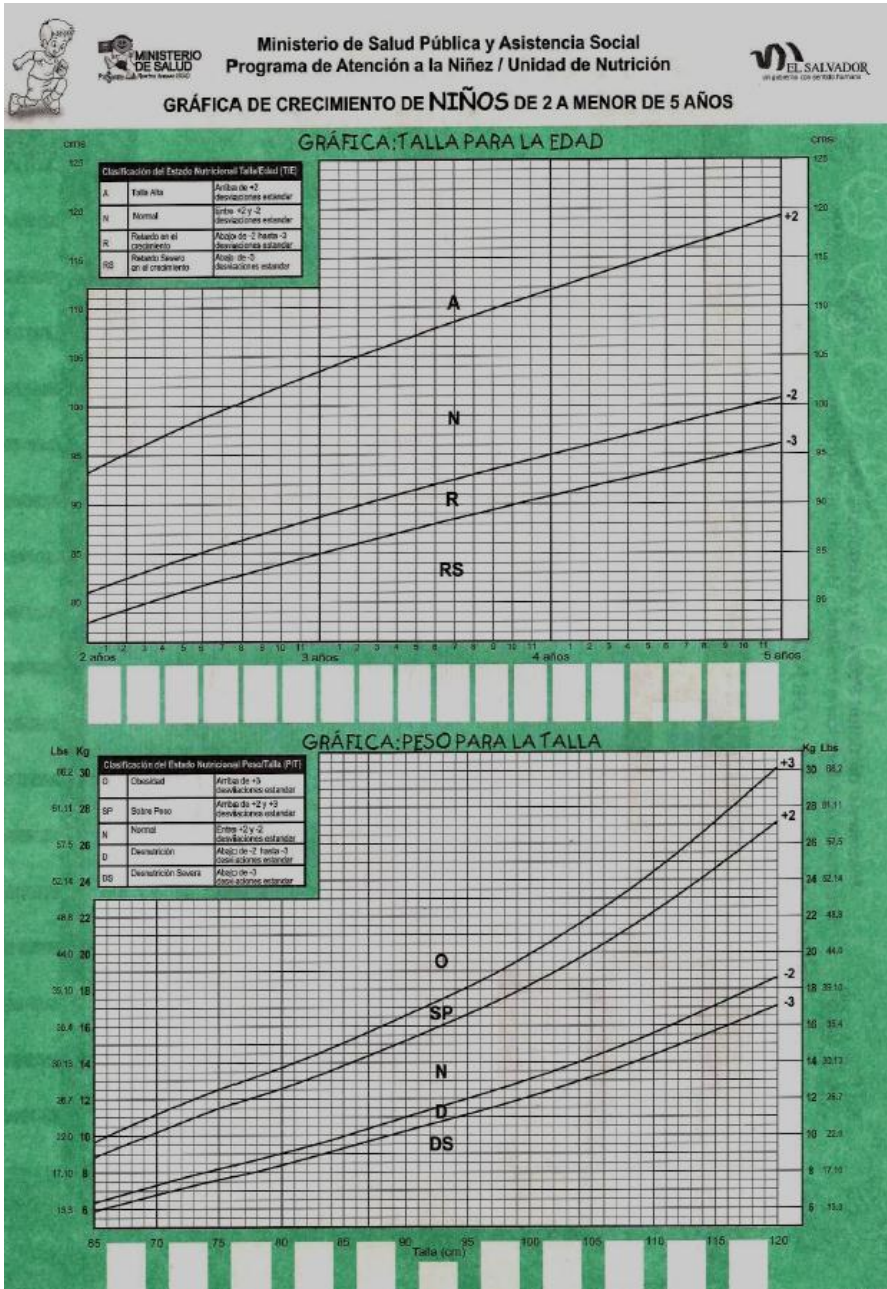


Figura 9: grafica de crecimiento de niños de 2 a menos de 5 años

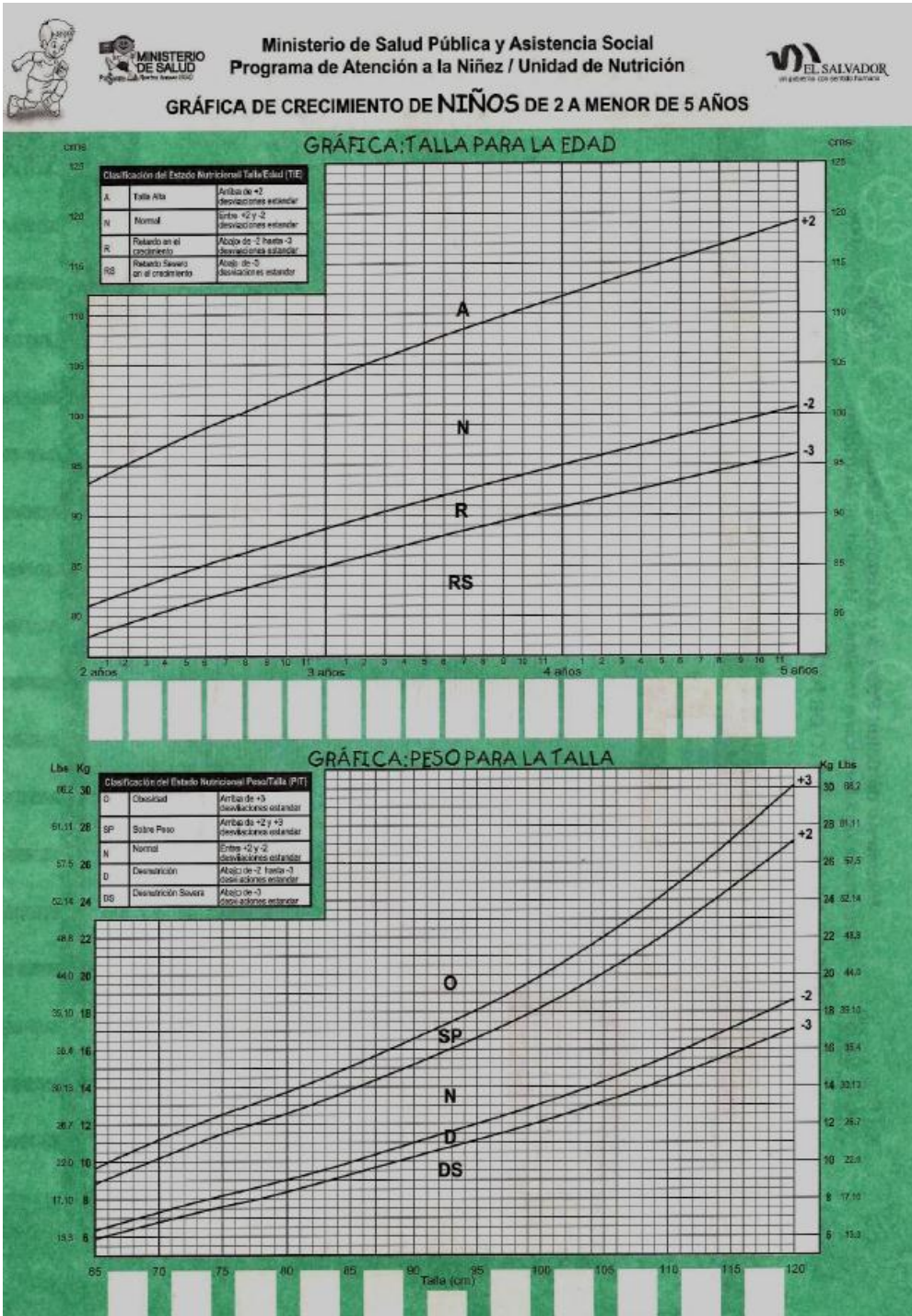


Figura 10: grafica de crecimiento de niños de 2 a menos de 5 años



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

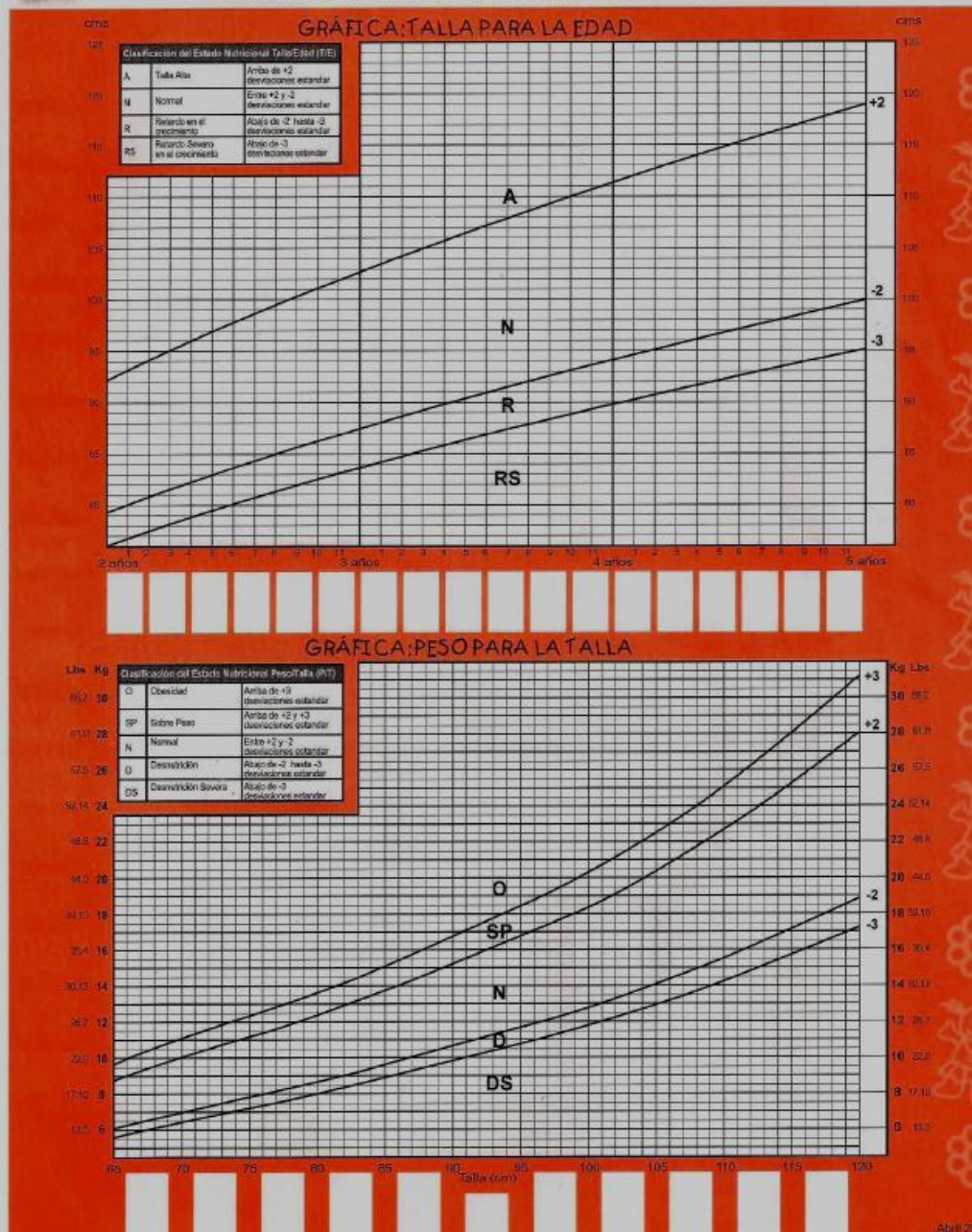


Figura 11: grafica de talla para edad

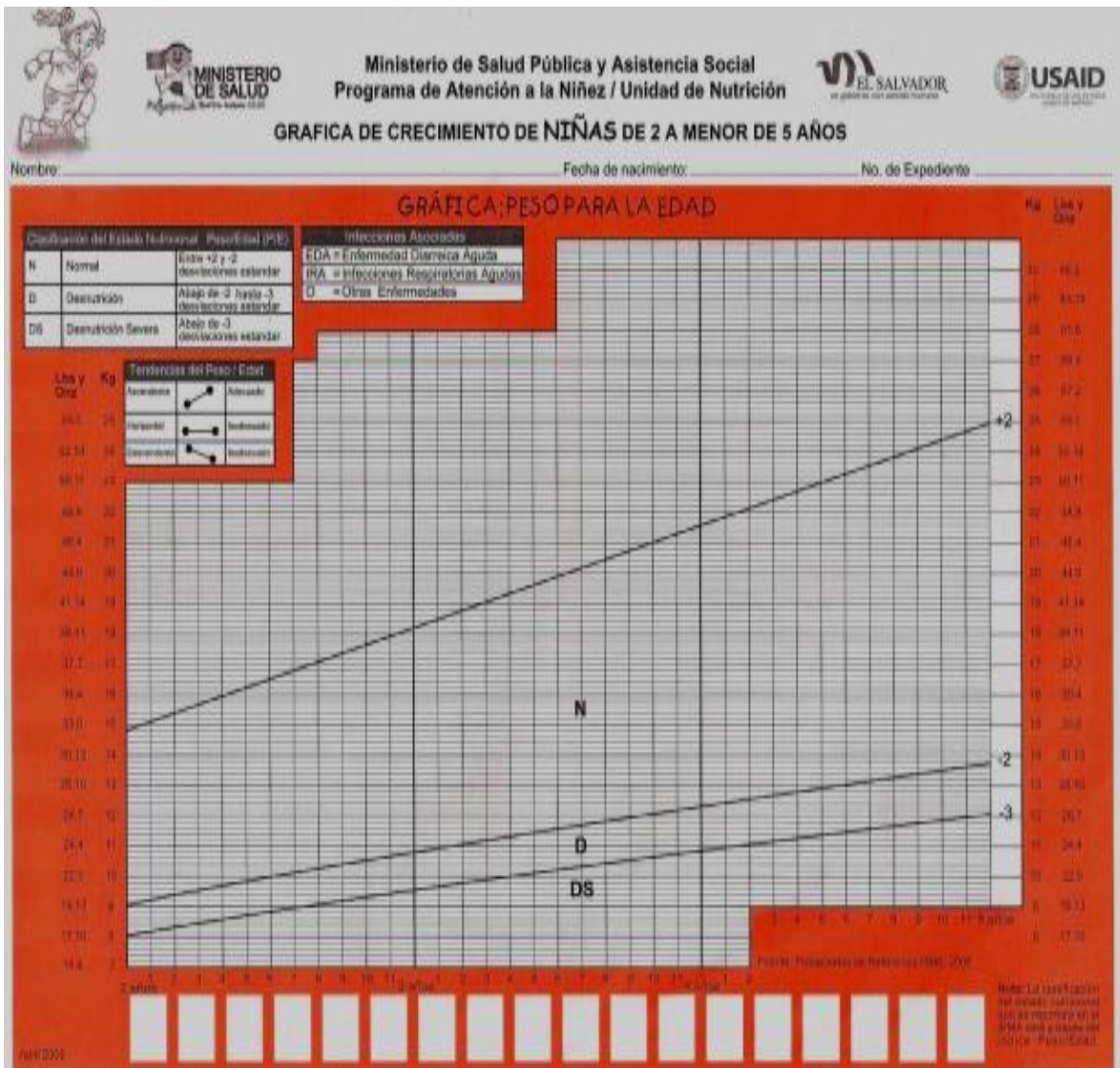


Figura 12: grafica de peso para edad

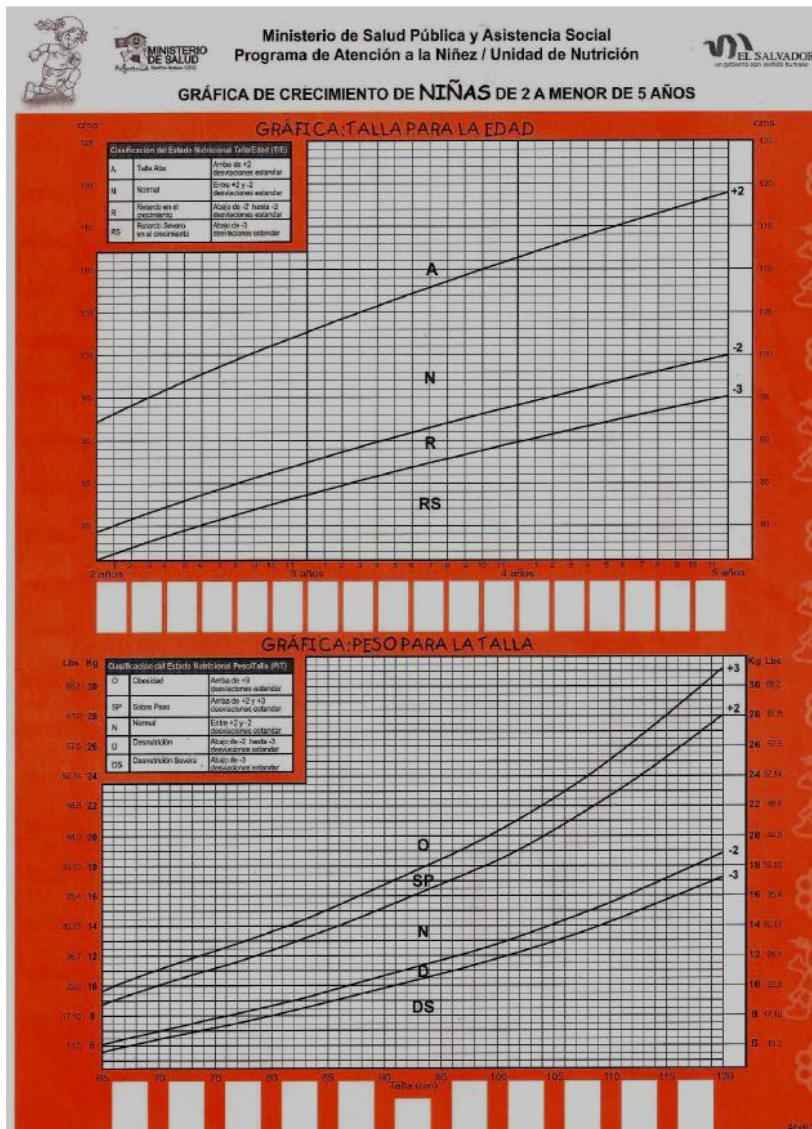


Figura 13: talla para edad

ANEXO 1: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

MESES	Feb-17				Mar-17				Abr-17				May-17				Jun-17				Jul-17				Agos-17				Sep-17				Oct-17				Nov-17				Dic-17							
SEMANAS	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 Reuniones Generales con la coordinación del proceso de graduación y asesoría.	X	x			x		x		X	x			x		x		X	x			x		x		X				x		x		x		x		x		x		x		x		x		x	
2 Elaboración y Presentación del Perfil de Investigación.		X	x		x	x			Entrega 17 de marzo de 2017																																							
3 Inscripción del Proceso de Graduación y Aprobación del Tema de Investigación.			X																																													
4 Elaboración Del Protocolo de Investigación.					X	x	x		X	X	x	x	x	x	x	X																																
5 Presentación escrita del protocolo de investigación.									Entrega 26 de mayo de 2017																																							
6 Ejecución de la investigación.													X	x	x	x	x	x	x	X																												
7 Tabulación, análisis e interpretación de los datos.																					X	x	X																									
8 Discusión y prueba de hipótesis.																									X	x	x	X																				
9 Elaboración de conclusiones y recomendaciones.																													X																			
10 Redacción del informe final.																													X	x	x	X																
11 Entrega de informe final.																																	X															
12 Exposición de resultados y defensa del informe final de investigación.																																					X	x										

Anexo 2: consentimiento informado

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

Yo _____ de _____ años de edad, he sido elegido para participar, voluntariamente en la investigación llamada; determinar los factores socioeconómicos y culturales que determinan el estado nutricional de los niños y niñas de 1 a 5 años de edad inscritos en el programa de atención integral a la niñez en las unidades comunitarias de salud familiar: Sociedad, Morazán, Chapeltique y el Tecomatal, San Miguel. Año 2017.

Para lo cual se me ha explicado en que consiste dicho estudio, entiendo el propósito del mismo por lo que doy mi consentimiento para participar en esta investigación.

Firma o huella dactilar de la madre participante

Fecha:

ANEXO 3: CÉDULA DE LA ENTREVISTA

12.2 B. INSTRUMENTOS



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

Cédula de entrevista dirigida a la población en estudio

Objetivo General: Evaluar los factores que determinan el estado nutricional de la población infantil de 1 a 5 años de edad inscritos en el programa de atención integral a la niñez en las unidades comunitarias de salud familiar: Sociedad, Morazán, Chapeltique y el Tecomatal, San Miguel. Año 2017.

Indicaciones: Lea cuidadosamente cada pregunta a la madre y luego proceda a escribir la respuesta según manifieste la madre entrevistada.

Nombre UCSF _____

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LA MADRE.

1- Edad de la madre:

- a.- 10-14
- b.- 15-19
- c.- 20-34.
- d.- 35 +

2- Estado civil:

- a.- soltera.

- b.- casada
- c.- acompañada
- d.- viuda

3- Sabe leer y escribir: a.- si:___ b.- no___

4- Ocupación:

- a.- oficios domésticos
- b.- formal
- c.- informal
- d.- ama de casa.

5- edad: _____

6: sexo: _____

FACTORES EXTRINSECOS

7- Dio lactancia materna:

- a.- si
- b.- no

8- Los primeros alimentos del niño o niña:

- A.- sopas
- b.- purés
- c.- atoles
- d.- jugos
- e.- frutas
- f.- otros

9- cuantas veces alimenta al niño en el día:

- a.- 2___
- b.- 3___
- c.- 4___
- d.- 5 o más. _____

10- Alimentos más frecuentes que consume el niño o niña:

- a.- sopas

- b.- jugos
- c.- gaseosa
- d.- atoles
- e.- frijoles
- f.- carnes
- g.- verduras.

11- Cuantas personas habitan en la vivienda:

- a.- 2-3 _____ b.- 4-6 _____ c.- 7-10 _____.

12- Lugar de residencia de la familia:

- a. rural _____ b. urbana _____.

13- Tipo de vivienda:

- a.- Mixta _____ b.- Adobe _____ c.- Ladrillo _____ d.-Otros _____

14- Tipo de piso:

- a.- Ladrillo _____ b.- Tierra _____ c.- Cemento _____.

15- Ingreso económico mensual familiar:

- a.- 50: _____ b.- 100: _____ c.- 150: _____ d.- mayor de 150: _____

16- Quien sustenta económicamente a la familia

- a.- Madre _____ b.- Padre _____ c.- Ambos _____.

17- Escolaridad de los padres:

- a.- Ninguna _____ b.- Básica _____ c.- Bachillerato _____ d.- Universitarios _____

18- Tipo de religión a la que pertenece:

- a.- Evangélica _____ b.- Católica _____ c - Ninguno _____

19- Conoce el significado de nutrición:

- a.- Si _____ b.- no _____

Si la respuesta es sí explique:

20- Cuenta con servicio de agua potable:

- a.- si _____ b.- no _____.

21- Tipo de letrina que utiliza:

a.- Lavable_____ b.- fosa _____ c.- abonera_____ d.- al aire libre_____

VALORACIÓN DEL CRECIMIENTO Y ESTADO NUTRICIONAL DE ACUERDO A LAS GRÁFICAS.

En base al resultado de las gráficas complete lo siguiente: (Este apartado será llenado por el entrevistador).

22. Gráfica Peso para la edad:

Normal_____ Desnutrición_____ Desnutrición Severa_____

23. Gráfica Talla para la edad:

Talla alta_____ Talla Normal_____

Retardo en el crecimiento_____ Retardo Severo en el crecimiento_____

24. Peso para la talla:

Obesidad_____ Sobrepeso_____ Normal_____

Desnutrición_____ Desnutrición severa_____

25. Tendencia de ganancia de peso:

Adecuada_____ Inadecuada_____

ANEXO 4: ABREVIATURAS

AIEPI: Atención Integral de enfermedades Prevalentes en la Infancia

CESNI: Centro de Estudios de Nutrición Infantil.

ECOSF: Equipo Comunitario de Salud Familiar

FESAL: Encuesta nacional de Salud Familiar.

IMC: Índice de Masa Corporal

MINSAL: Ministerio de Salud de El Salvador.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PIB: Producto Interno Bruto

PMA: Programa Mundial de Alimentos

POA: Programa Operativo Anual

UNESCO: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

UNICEF: The United Nations Children's Fund

Anexo 5: Glosario

12.3 GLOSARIO

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

Crecimiento: Se define como crecimiento al aumento continuo del tamaño en un organismo consecuencia de la proliferación celular que conduce al desarrollo de estructuras más especializadas del mismo.

Desnutrición severa: Es la enfermedad producida por el consumo de reservas y componentes estructurales del organismo debido a aporte insuficiente de nutrientes

Desnutrición: Estado deficiente metabólico causado por la ingesta inadecuada de calorías o proteínas

Estado nutricional: Situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes

Graficas de crecimientos: Herramienta estandarizada diseñada para la evaluación y seguimientos de diferentes parámetros antropométricos

Índice de masa corporal (IMC): El Índice de Masa Corporal es un sencillo índice sobre la relación entre el peso y la altura, generalmente utilizado para clasificar el peso insuficiente, el peso excesivo y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso en kilogramos por el cuadrado de la altura en metros (kg/m²).

Longitud: Medida antropométrica utilizada para medir infantes en posición supina (persona apoyada sobre su espalda)

Nutrición: La nutrición es uno de los pilares de la salud y el desarrollo. En personas de todas las edades una adecuada nutrición permite reforzar el sistema inmunitario, contraer menos enfermedades y gozar de una salud más robusta. Los niños sanos aprenden mejor, la gente sana es más fuerte, más productiva y está en mejores condiciones de romper el ciclo de la pobreza y desarrollar al máximo su potencial humano y social.

Obesidad: enfermedad caracterizada por un cúmulo de grasa neutra en el tejido adiposo superior al 20% del peso corporal.

Peso normal: Peso promedio de un sector de la población, expresado generalmente en relación a la altura.

Retardo del crecimiento: Es un aumento de peso o estatura insuficiente o anormalmente lento en un niño.

Sobrepeso: es el aumento del peso corporal por encima de un patrón dado en relación con la talla.

Talla alta: Talla por arriba de la percentil 95 para la edad, asociada con aceleración del crecimiento, lo cual ocasiona una desviación en la estatura normal

Talla normal: talla promedio normal de una población dependiente de características propias genética, nutricional, etc.

Talla: Medida antropométrica utilizada para describir las dimensiones de una persona en eje vertical.

Anexo 6: Presupuesto y financiamiento

RUBROS	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO EN USD	PRECIO TOTAL EN USD
RECURSOS HUMANOS			
Personal para realizar las entrevistas en profundidad. Consta de tres personas en servicio social	3 estudiantes egresados de la carrera de doctorado en medicina	\$0.00	\$0.00
Internet residencial	3	\$35	\$105
MATERIALES Y SUMINISTRO DE OFICINA			
Resma papel bond T/carta	10	\$ 3.50	\$35.00
Lápices	144	\$ 0.08	\$11.52
Bolígrafos color azul	12	\$ 0.12	\$1.44
Bolígrafos color negro	12	\$ 0.12	\$1.44
Folder de papel T/carta	500	\$0.05	\$25.00
Caja de fastener.	2	\$1.33	\$2.66
Caja de clip	6	\$0.69	\$4.14
Engrapadora	1	\$6.73	\$6.73
Saca grapas	1	\$0.43	\$0.86
Rollos de tirro	6	\$0.69	\$4.14
Libretas taquigráficas	6	\$0.36	\$2.16
Post-it	12	\$3.20	\$38.40
Anillados plastificado	10	\$3.00	\$30.00
Fotocopias blanco y negro	1000	\$0.05	\$50.00
MATERIALES Y SUMINISTROS INFORMÁTICOS			
Botella de Tinta color negro.	12	\$7.80	\$93.60
Botella de Tinta color amarillo	6	\$7.50	\$45.00
Botella de Tinta color magenta	6	\$7.50	\$45.00
Botella de Tinta color cyan	6	\$7.50	\$45.00
Memoria USB	4	\$39.99	\$159.96
USB 4 puertos	2	\$18.00	\$36.00
CDs Rw	12	\$1.50	\$18.00
EQUIPO			
Laptop	1	\$1.060.00	\$1.060.00
Impresora de tinta continúa. (Multifuncional)	1	\$210.00	\$210.00
Cámara Digital	1	\$439.00	\$439.00
Teléfono digital	4	\$169.99	\$679.96
TOTAL.....			\$3,159.32

La investigación es financiada por el grupo investigador.

Br. Ivania Maricela García de Cardona 1.053.1

Br. Silvia Anabel García Jurado 1,053.1

Br. Nelson Mauricio Rosales 1,053.1

TABLAS: evaluación del estadio nutricional de la población en estudio en el periodo de enero a marzo.

Estado nutricional de la población en estudio: en lo que va de enero a marzo en UCSF chapeltique se brindaron 260 controles en UCSF sociedad 91 y en Tecomatal 108 de los cuales se parte para la siguiente estadística

Tabla 42: peso para edad

UCSF	Normal	Desnutrición	Desnutrición severa
Chapeltique	254	0	1
Sociedad	87	0	0
Tecomatal	44	1	0

Tabla 43: longitud y talla para edad

UCSF	Normal	Talla alta	Retardo del crecimiento	Retardo severo del crecimiento
Chapeltique	253	0	2	0
Sociedad	81	2	4	0
Tecomatal	43	1	1	0

Tabla 44: peso para talla

UCSF	normal	Desnutrición	Desnutrición severa	sobrepeso	Obesidad
Chapeltique	121	0	0	0	0
Sociedad	48	0	0	1	0
Tecomatal	21	1	0	0	0