

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-León

Facultad de Ciencias Médicas

Escuela de Enfermería



**Monografía para Optar al Título de Licenciado/a en Enfermería con Énfasis en
Materno Infantil**

Título:

**Factores de Riesgos Sociales y Personales asociados al Estado Nutricional en
Niños menores de 5 años, Centro de Salud Perla María Norori, III Trimestre 2015.**

Autores:

Br. Pablo Martín García Ruiz.

Bra. Marelyng Esmeyda Ríos Miranda.

Tutora:

Lic. Francisca Canales.

Lic. Enma Marina Vargas.

León, Agosto 2016

“Por la Pertinencia y la Excelencia Académica”

ÍNDICE

Contenido.	N° de página.
I. Introducción.....	1
II. Antecedentes.....	2
III. Justificación.....	3
IV. Hipótesis.....	4
V. Planteamiento del problema.....	5
VI. Objetivos.....	6
VII. Marco teórico.....	7
VIII. Diseño metodológico.....	24
IX. Resultados.....	29
X. Discusión	36
XI. Conclusión.....	46
XII. Recomendaciones	47
XIII. Referencias bibliográficas.....	48
XIV. Anexos.....	50

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue determinar factores sociales y personales asociados al estado nutricional de niños menores de 5 años del centro de salud Perla María Norori. La investigación es de casos y controles no pareado. La población de estudio fueron 56 pacientes casos y dos pacientes controles por cada caso.

El instrumento fue la entrevista directa con preguntas cerradas, midiendo aspectos sociodemográficos, factores sociales y personales. La información se recolectó visitando casa a casa, explicando el objetivo del estudio. Se analizaron datos de cada variable, los resultados se presentan mediante tablas.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes: la mayoría son de sexo masculino, el grupo etario predominante es 0-24 meses, el peso con mayor frecuencia es 9.1 a 14.1 Kg, la talla con mayor ocurrencia es 84.2 a 97.7 cm, el IMC predominante es 14.5 a 18.1 m². El hacinamiento, el alimentar exclusivamente con atoles representa el principal factor social, el peso al nacer, episodios de IRA más de 2 veces y la gestación no a término es el principal factor personal para desarrollar enfermedades relacionadas al estado nutricional.

Se concluyó que ninguno de los datos Sociodemográficos se comportó como factor de riesgo, el peso no adecuado para edad representa el factor principal de riesgo para el desarrollo de enfermedades relacionadas al estado nutricional, el consumo de comida chatarra representa el principal factor social; el peso al nacer es el factor personal más importantes.

Palabras claves: nutrición, estado nutricional, desnutrición, factor de riesgo, factor social, factor personal.

DEDICATORIA

A Dios Padre Todo Poderoso por estar con Nosotros en cada momento y por permitirnos llegar a este punto tan importante en nuestra vida, por su incansable amor y compañía y por bendecirnos siempre e iluminarnos con su bondad incondicional.

A nuestros padres por brindarnos su apoyo incondicional, motivarnos día a día y por enseñarnos a esforzarnos en todo momento y principalmente por enseñarnos que en la vida nada es imposible ni alcanzable. A nuestros abuelos por ser nuestros mejores amigos, consejeros y por guiarnos en todo nuestro acontecer y por cultivar el amor a Dios, la familia y la perseverancia.

A nuestra tutora por todo su tiempo, dedicación y guía excepcional, por habernos apoyado desde un principio en la culminación de este trabajo.

A cada uno de nuestros maestros por habernos guiado en los senderos del conocimiento, compartir su sabiduría, motivarnos a explorar cosas más amplias del aprendizaje, y por enseñarnos que la mejor manera de aprender es de nuestros propios errores.

A todas aquellas personas que nos ayudaron de forma directa e indirecta a realizar este trabajo.

Marelyng Ríos

Pablo García

AGRADECIMIENTO

Agradecemos en primer lugar a Dios Padre Todo Poderoso por bendecirnos, iluminarnos y acompañarnos en nuestra formación profesional y por permitirnos alcanzar cada uno de nuestros triunfos.

A nuestros padres y nuestras familias por su incondicional apoyo en nuestras decisiones y estar a nuestro lado en cada momento lleno de triunfo como de derrota.

A nuestros maestros que con su empeño y dedicación nos han brindado su conocimiento y nos han enseñado a ser mejores personas y excelentes profesionales.

Son muchas las personas que han estado presentes en nuestra formación profesional a las que nos encantaría agradecer su apoyo, amistad, ánimos y consejos para superar momentos difíciles en nuestra vida, algunos están presentes con nosotros y otros en nuestros recuerdos y nuestro corazón, sin importar donde estén queremos agradecer por formar parte de nuestras vidas, por sus bendiciones y todo su apoyo brindado.

A todos Muchas Gracias...

I. INTRODUCCION

El estado nutricional de la mujer antes y durante el embarazo afecta el desarrollo de su hijo/a por nacer. Esto determina el peso del niño/a en el nacimiento, un factor que se relaciona de manera cercana con la mortalidad infantil. El embrión depende completamente de la madre para su nutrición, es absolutamente necesario mantener en esta etapa de la vida un adecuado equilibrio entre los nutrientes circulantes de la sangre materna, ya que cualquier deficiencia nutricional en este período puede causar la muerte, alteraciones en los tejidos, retraso en el crecimiento intrauterino o malformaciones.⁽¹⁾

La nutrición en los primeros años de vida juega un papel importante en el crecimiento físico y el desarrollo del ser humano. Una adecuada nutrición favorece tanto el crecimiento corporal del niño, como el desarrollo de sus capacidades cognoscitivas y lo hará más resistente a las enfermedades. ⁽²⁾

En Nicaragua la cuarta parte de la población está sub nutrida, es decir, que se encuentran en un estado de desnutrición, lo que se relaciona con los niveles de pobreza y condiciones de inseguridad alimentaria. Esto a la vez está relacionado con el comportamiento de los mercados de alimentos y la producción de los mismos, ya que los mercados determinan el acceso que las personas tienen a la alimentación. Por otro lado, la capacidad productiva de alimento incide en las condiciones de seguridad alimentaria. ⁽¹⁴⁾

La alimentación y nutrición adecuada de un menor, depende directamente de los alimentos que recibe, de acuerdo a su edad. La edad a su vez, condiciona el tipo o calidad del alimento, la frecuencia, la cantidad y consistencia de los mismos. En los niños y niñas menores de seis meses la leche materna exclusiva es el alimento de mejor calidad con el que se deben alimentar, porque proporciona todos los nutrientes y la cantidad de agua que ellos necesitan. ⁽⁷⁾

La nutrición está sometida a diferentes factores condicionantes: algunos fijos como el potencial genético de cada individuo y otros dinámicos, así como factores socio-culturales, que pueden actuar en forma favorable o desfavorable. Cuando se desequilibra el conjunto armónico de los factores se ve alterada la nutrición se interrumpe el crecimiento y desarrollo generando así la desnutrición infantil. ⁽³⁾

II. ANTECEDENTES

En la actualidad hay alrededor de 840 millones de personas desnutridas en el mundo y cerca del 8% viven en América Latina y el Caribe. Siendo el 36% (193 millones) menores de 5 años en países en vías de desarrollo los cuales tienen bajo peso, 43% (230 millones) baja estatura y 9% (50 millones) están emaciados, de los cuales la mayoría presentan complicaciones como ceguera e incluso muerte. Se calcula que uno de cada tres niños del mundo no alcanza a desarrollar todo su potencial físico y mental a causa de la desnutrición persistente. ⁽³⁾

En Guatemala, la prevalencia de la desnutrición en menores de 5 años es una de las mayores del mundo (48 %), mientras Haití y Perú son la otra cara de la moneda, con experiencias exitosas de mejora de la situación nutricional, según un informe global divulgado hoy por la Unicef con el título de "Mejorando la nutrición infantil". ⁽⁵⁾

En Nicaragua se registran 149,000 niños menores de cinco años que padecen desnutrición, una de las cifras más positivas a nivel latinoamericano y caribeño, en la lista de 81 países del mundo en desarrollo donde los niños menores de cinco años padecen desnutrición, Nicaragua ocupa el lugar número 52. ⁽⁴⁾

En el 2009 se realizó un estudio para conocer el estado nutricional en niños del tercer nivel de los pre-escolares de la ciudad de León donde se encontró que el 16.8% de los niños tenían una desnutrición leve, 5% desnutrición moderada, 1.8% presentaba desnutrición severa. El 55.4% se encontraban en un estado nutricional adecuado, 13% con obesidad, y 8% de los niños con sobrepeso. El problema es aún más grave en los 2 primeros años de vida ya que en estos se concentra el mayor porcentaje de desnutrición, con alto riesgo de mortalidad o de un inicio de vida de baja calidad. ⁽³⁾

Un estudio realizado en el año 2008 sobre el estado nutricional en niños y niñas de 0-5 años, integrados al programa de nutrición del dispensario "Madre María Eugenia" León da a conocer los factores de riesgo sobre la desnutrición en pacientes pediátricos, se determinó que el 36% de los niños sufren desnutrición a causa de los factores sociales, 29% por factores culturales y 35% por antecedentes personales, siendo la población más afectada los niños de menores de 1 año. ⁽¹⁾

III. JUSTIFICACIÓN

La mayor parte de las alteraciones del estado nutricional no están determinados por una sola causa si no que presentan una combinación de condiciones necesarias y propias que influyen en el estado de la población: factores sociales, culturales, personales, nutricionales, económicos, entre otros que influyen en la disponibilidad, consumo y aprovechamiento de los alimentos. La desnutrición en sus diversas formas es la más común de las enfermedades sus causas se deben en general a deficientes recursos económicos o a enfermedades que comprometen el estado nutricional de los niños. ⁽⁶⁾

Esta investigación se realizó con el fin de indagar sobre los Factores de riesgos sociales y personales asociados al estado nutricional en niños menores de 5 años, Centro de Salud Perla María Norori contribuyendo así en la toma de consciencia, cambios de actitudes en relación a dicha problemática, brindando aportes valiosos para disminuir el riesgo de que los niños padezcan de desnutrición atreves de la promoción, prevención y protección de la salud.

Los resultados de esta investigación serán de gran utilidad e importancia:

- Al personal de salud al médico y personal de enfermería para la búsqueda de estrategias que permita fortalecer acciones que inciden en las debilidades para el cambio de estas.

IV. HIPOTESIS

Los factores de riesgo Sociales y Personales tales como el número de personas que habitan en la casa (hacinamiento), ingesta de alimentos chatarra, y con alto contenido de carbohidrato, la inaccesibilidad para obtener los alimentos, el número de comida en el día, el bajo peso al nacer, la edad materna, episodios a repetición de IRA en el año e iniciar el destete a menor o mayor de 6 meses de edad, son determinantes del estado nutricional en niños menores de 5 años.

V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La desnutrición infantil tiene su efecto social inmediato elevando las posibilidades de muerte en los niños. El deterioro del estado nutricional de los niños y niñas es un fenómeno que está presente en muchos países y más en aquellos que se encuentran en subdesarrollo, constituyendo un problema de salud pública, tanto por los costos económicos que implica, el tratamiento de las enfermedades, como las repercusiones sociales y psicológicas que originan en el ser humano. ⁽³⁾

Ante lo cual nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los Factores de Riesgos Sociales y Personales asociados al estado nutricional en niños menores de 5 años, Centro de Salud Perla María Norori, III trimestre 2015?

VI. OBJETIVOS

General.

☞ Determinar los factores de riesgo sociales y personales asociados al Estado Nutricional en niños menores de 5 años, Centro de Salud Perla María Norori.

Específicos:

☞ Caracterizar socio demográficamente a la población de estudio.

☞ Identificar los factores de riesgo sociales asociados al estado nutricional en niños menores de 5 años.

☞ Describir los factores de riesgo personales asociados al estado nutricional en niños menores de 5 años.

VII. MARCO TEORICO

1. CONCEPTOS PRINCIPALES:

Nutrición: Es un proceso biológico mediante el cual, el cuerpo recibe y utiliza de forma equilibrada, energía y nutrientes de los alimentos que se consumen cada día. La nutrición nos permite que nuestro organismo funcione adecuadamente para crecer, trabajar y desarrollarnos plenamente. ⁽¹⁾

Estado Nutricional: Es el resultado de un balance entre la ingesta y requerimientos de nutrientes, cualquier factor que altere este equilibrio repercute en el crecimiento, actividad y salud del individuo. ⁽³⁾

Desnutrición: Pérdida de reservas o debilitación de un organismo por recibir poca o mala alimentación. ⁽¹⁾

Factor de Riesgo: Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. ⁽⁶⁾

Factor Social: Son aquellos sucesos que afectan a los seres humanos en su conjunto, sea en el lugar y en el espacio en el que se encuentren. ⁽⁷⁾

Factor Personal: son el conjunto de actitudes que podemos cambiar de forma consciente. ⁽⁸⁾

2. ESTADO NUTRICIONAL

Se define al estado nutricional como la condición del organismo que resulta de la absorción y utilización de los alimentos ingeridos, de los factores de índole biopsicosocial que intervienen como condicionante en ese estado. La evaluación del estado nutricional como indicador de salud, resulta importante en la localización de grupos de riesgos de deficiencia y excesos dietéticos. ⁽¹⁰⁾

2.1 Evaluación del Estado Nutricional

La medición del estado nutricional, se realiza la primera vez que llega el niño o la niña en el año calendario. En el siguiente cuadro se presenta un resumen de las definiciones de problemas de crecimiento en términos de puntuación Z. ⁽¹⁾

Problemas de Crecimiento en Términos de Puntuación Z

Puntuación Z	INDICADORES DE CRECIMIENTO							
	Longitud/Talla para la Edad	Peso para la Edad	Peso para la Longitud/Talla	IMC para la Edad				
Por encima de 3	Normal		Obeso	Obeso				
Por encima de 2			Sobrepeso	Sobrepeso				
Por encima de 1			Posible Riesgo de Sobrepeso	Posible Riesgo de Sobrepeso				
0 (mediana)			Normal	Normal	Normal			
Por debajo de -1								
Por debajo de -2					Baja Talla	Bajo Peso	Emaciado	Emaciado
Por debajo de -3					Baja Talla Severa	Bajo Peso Severo	Severamente Emaciado	Severamente Emaciado

(1)

2.2 Medidas Antropométricas

La Antropometría es la técnica que se ocupa de medir las variaciones en las dimensiones físicas y en la composición global del cuerpo. Dos de las medidas utilizadas con mayor frecuencia son el peso y la estatura porque nos proporcionan información útil para:

- Identificar niños que pudieran tener anomalías en el crecimiento.
- Identificar precozmente a estos niños.
- Brindarle seguimiento, atención y tratamiento precoz.

Técnicas de Medidas Antropométricas.

- ❖ **Peso para la Edad (P/E):** Refleja la masa corporal alcanzada en relación con la edad cronológica.

- ❖ **Talla para la Edad (T/E):** Refleja el crecimiento lineal alcanzado en relación con la edad cronológica y su déficit.
- ❖ **Peso para la Talla (P/T):** Refleja el peso relativo para una talla dada y define la probabilidad de la masa corporal, independientemente de la edad. Un peso para la talla bajo es indicador de desnutrición y alto de sobrepeso y obesidad.
- ❖ **Índice de Masa Corporal para la Edad (IMC/E):** Refleja el peso relativo con la talla para cada edad; con adecuada correlación con la grasa corporal. ⁽¹⁾

2.3 Generalidades de la Desnutrición.

La desnutrición es el estado nutricional de un individuo que tiene un balance negativo de energía y de uno o más nutrientes, como consecuencia de un consumo insuficiente de alimentos, entre otras causas. Cuando la desnutrición se produce principalmente, durante los períodos del embarazo y los primeros 2 años de vida del niño (a), las deficiencias que causa a nivel del crecimiento físico, desarrollo cerebral y cognitivo son irreversibles.⁽¹⁾

Tipos de Desnutrición:

- A. Marasmo:** En este tipo de desnutrición grave, el niño está severamente adelgazado y tiene apariencia de “piel y huesos” a causa de la pérdida de masa muscular y grasa. La cara del niño luce como la de un anciano con pérdida de grasa subcutánea, sin embargo puede ser que los ojos se mantengan alerta. Las costillas pueden verse fácilmente. Puede haber pliegues de piel en los glúteos y piernas (signo del pantalón).
- B. Kwashiorkor:** En este tipo de Desnutrición severa, los músculos del niño están consumidos, sin embargo la pérdida de peso no es notoria debido a que presenta edema generalizado (hinchazón a causa de retención de líquido en los tejidos). El niño está pálido, retraído, irritable, notoriamente enfermo y se niega a comer. La cara luce redonda y presenta pelo fino, escaso y a veces decolorado. La piel tiene manchas simétricas decoloradas donde posteriormente la piel se agrieta y se descama.

C. Kwashiorkor - Marasmático: Kwashiorkor y marasmo son condiciones distintas, pero en comunidades donde ocurren ambas, los casos de desnutrición severa a menudo presentan características de ambas.⁽¹⁾

2.4 Generalidades de la Obesidad.

La obesidad es una enfermedad crónica tratable. Se produce cuando existe un exceso de tejido adiposo (grasa) en el cuerpo. Aparte del problema que de por sí representa la obesidad, los expertos advierten de que sus efectos más negativos se producen porque actúa como un agente que exagera y agrava a corto plazo y de forma muy evidente patologías graves como la diabetes, la hipertensión, las complicaciones cardiovasculares, e incluso algunos tipos de cáncer como los gastrointestinales.⁽³⁾

Tipos de obesidad

Obesidad Mórbida: Es una de las enfermedades más características de nuestro tiempo, sobre todo por el número de complicaciones que tiene asociadas. Para tratarla es necesario el empleo de la cirugía, ya que las dietas no surten ningún tipo de efecto.

Obesidad Infantil: incluye alteraciones endocrinas metabólicas que condicionan un mayor riesgo cardiovascular en la edad adulta. Estos factores se relacionan, fundamentalmente, con la edad de inicio de la obesidad y con el tiempo de evolución. Cuando la obesidad se presenta en edades muy tempranas o cuando el tiempo que se ha estado padeciendo es prolongado, el riesgo de presentar eventos cardiovasculares en la edad adulta es también más elevado. ⁽¹¹⁾

3. FACTORES DE RIESGO SOCIALES ASOCIADOS AL ESTADO NUTRICIONAL

El comportamiento alimentario se constituye como un hecho social y efectivamente la alimentación se reviste de muchos significativos sociales influidos por las tradiciones familiares, comunitarias o socioculturales. La conservación de costumbres familiares, los tabúes, la publicidad, las religiones, y las actitudes hospitalarias han influido siempre en nuestra forma de alimentarnos. ⁽¹⁰⁾

Situación Económica: La mayor parte de los ingresos económicos en los diferentes hogares suponen un gasto en alimentación de más del 75% de sus ingresos mensuales y a menudo se ven en la obligación de ayuna. La inflación de los precios de los alimentos está haciendo correr el riesgo de aumentar el número de personas con algún grado de desnutrición, de igual manera en el estado nutricional de la familia. ⁽⁷⁾

Hacinamiento: En términos generales el hacinamiento es el déficit del factor demográfico donde intervienen ciertos componentes físicos que incluyen el diseño de la vivienda, la habitualidad de la construcción, la situación sanitaria, los medios físicos de integración social (camino, equipamiento educativo y sanitario) y las condiciones del lugar.

El hacinamiento también repercute en afectación del estado nutricional de los niños que comprende desde el número de personas que habitan en su hogar hasta consumo de los alimentos el cual disminuye la cantidad y calidad de los mismos. El hacinamiento familiar provoca consecuencias negativas que pueden interferir en la privacidad y la libre circulación.

La ausencia de privacidad y buena circulación provocadas por la falta de espacio adecuado pueden provocar alteraciones en la salud física y mental al desencadenar situaciones de estrés psicológico, favoreciendo la propagación de enfermedades incluyendo la desnutrición, infecciones entre otras, las personas que poseen vivienda propia tienen menos gastos económicos en cuanto al pago del alquiler y destinan mayor cantidad de dinero para una alimentación saludable. ⁽¹⁰⁾

Nivel de Educación de las Madres: La escolaridad del jefe de familia influye de forma significativa en su ocupación, su nivel económico y su capacidad adquisitiva resultante. La educación de la madre determina la actitud que esta adopta ante la necesidad de vigilar la nutrición, el crecimiento y el desarrollo de sus hijos, la capacidad para utilizar los recursos económicos en el diseño de una alimentación suficiente y adecuada que permita un buen estado nutricional y la preocupación por mantener adecuadas condiciones alimenticias.⁽¹¹⁾

Tabúes: Numerosos hábitos y costumbres alimentarias son inadecuados desde el punto de vista nutricional. Algunas prácticas son el resultado de percepciones tradicionales sobre los alimentos que son susceptibles de cambiar por la influencia de pueblos cercanos, viajes, educación, etc. Otras prácticas alimentarias están ligadas a la existencia de tabúes. Un tabú puede existir en un país, en una tribu, en parte de ésta, o en ciertos grupos de la población. Dentro de una sociedad puede haber costumbres alimentarias definidas en grupos de mujeres y niños, o mujeres embarazadas y niñas.

Los niños durante sus primeros meses de vida deben ser alimentados con comidas blandas como Purés o Atoles para que su organismo se adapte al cambio de alimentación debido a que deben ser alimentados única y exclusivamente con leche materna durante los primeros 6 meses de vida aunque está permitido este tipo de alimento debido a su consistencia blanda.⁽¹⁰⁾

Algunas costumbres y tabúes tienen orígenes conocidos y bastante comprensibles, aunque los motivos originales quizá no se conozcan en la actualidad. Los hábitos nutricionalmente negativos, como cualquier otro hábito, pueden ser cambiados por las personas que los tienen. En este aspecto, los individuos locales influyentes se pueden unir a los nutricionistas y convertirse en una alianza importante dedicada a erradicar la malnutrición. ⁽¹³⁾

La tradición, los mitos y los símbolos son determinantes de la comida de cada día, ya que intervienen en las preferencias y aversiones que manifiestan los individuos. Estos factores juegan un importante papel en las formas de preparación, distribución y servicio de alimentos. ⁽¹³⁾

A raíz de los tabúes es que se genera una serie de controversia ya que se ha constatado que la educación de la madre en cuanto a la alimentación del niño es fundamental y más en aquella que todavía creen que ofrecer leche en formula y lactancia materna al mismo tiempo, reforzará aún más la salud de sus hijos, sin saber que es cuando el niño está más expuesto a diversas enfermedades. Estos tabúes profundizan la desinformación y fomentan hábitos inapropiados de alimentación. ⁽¹¹⁾

Acceso a los Alimentos: La falta de acceso a los alimentos tanto económica como físicamente y la disponibilidad de ellos son una de las razones por las cual se da la ingesta alimentaria de tal manera que no se pueden satisfacer la necesidades dietéticas para una vida productiva y saludable, el hambre no es un problema de producción si no de acceso a alimentos, dicho acceso está vinculado a la pobreza, desigualdad y a la capacidad de la familia de cubrir los gastos de una alimentación adecuada, por tal razón coexiste la carencia de micronutrientes esenciales para el desarrollo del ser humano. ⁽¹⁰⁾

Depende de gran escala de la producción y procesamiento adecuado de los alimentos, de las leyes que regulan el procesamiento de estos alimentos y de los sistemas de almacenamientos y comercialización. La tecnología y de la demanda dependen del nivel adquisitivo de la población. El acceso y las vías de comunicación son factores esenciales para que la distribución de los alimentos a los grupos poblacionales, sea equitativa y efectiva. ⁽¹³⁾

Hábitos Alimenticios: Los hábitos alimenticios de las familias se transmiten de padres a hijos y están influidos por varios factores entre los que destacan: el lugar geográfico, el clima, la vegetación, la disponibilidad de la región, costumbres y experiencias, por supuesto que también tienen que ver la capacidad de adquisición, la forma de selección y preparación de los alimentos y la forma de consumirlos. ⁽⁸⁾

Algunos hábitos alimenticios solo se van modificando cuando se presenta alguna enfermedad relacionada con la alimentación, y entonces temporalmente se transforma mientras se recupera la salud, para volver a caer en dichos hábitos.

La adopción de correctos hábitos alimentarios es crucial para la promoción de la salud individual y colectiva así como para prevenir un gran número de enfermedades que en mayor o menor medida están relacionadas con la alimentación. ⁽¹¹⁾

La importancia de una alimentación adecuada en la vida de los seres humanos desde que estamos en el vientre materno, donde se inicia su gestación, crecimiento y su desarrollo obteniendo como resultado, niños sanos, adolescente fuertes y adultos satisfechos, capaces de crear y desarrollar una nueva cultura de la alimentación con base en una dieta equilibrada. ⁽⁸⁾

La sociedad actual sufre una evolución notable en los hábitos alimentarios de los ciudadanos como consecuencia del impacto de nuevos estilos de vida que han condicionado la organización familiar. Igualmente el desarrollo de nuevas tecnologías en el área agroalimentaria han puesto a disposición alimentos, que son especialmente diseñados para facilitar la preparación y consumo de los mismos. ⁽¹¹⁾

Comensalidad: Los hábitos alimenticios se fundan desde la niñez a partir de las costumbres del grupo familiar, es primordial comunicarles a los niños lo importante que es sentarse para realizar las tres comidas del día, explicando que es necesario concentrarse en la comida a realizar. Las primeras comidas de los niños son una experiencia nueva para transitar si el ambiente es tenso, bullicioso o estresante, esta experiencia será desagradable para el niño y repercutirá en su alimentación. Al comer en familia el niño podrá:

- Tomarse un momento para comer tranquilo y pausado, disfrutando de la comida ya sea en el hogar o fuera de casa.
- Detenerse a comer, y masticar cada bocado lentamente para una mejor digestión, saboreando las comidas.
- Aprovechar el momento de la comida para el encuentro familiar. ⁽⁸⁾

La comida en común constituye un medio universal para expresar sociabilidad e igualdad. El hecho de comer trasciende su aspecto nutritivo para revestir connotaciones sociales y ceremoniales, ya que la mesa es por excelencia el lugar de convivencia, y la comida una técnica simbólica, una metáfora de la sociedad intimista que establece esta comunión en los momentos festivos. ⁽³⁾

Los alimentos son algo más que cosas materiales. Son sacramentos de encuentro y de comunión. El alimento es apreciado y es objeto de comentarios. La mayor alegría de la madre o de quien cocina es notar la satisfacción de los comensales. ⁽³⁾

Medios de Comunicación: Desde hace muchos años, la publicidad tiene como objetivo estimular el deseo y la necesidad de consumir, y los niños y jóvenes representan una importante cuota de mercado. Crea un estereotipo con los que consumir un producto se convierte en necesidad. La influencia de la publicidad en los niños es muy fuerte y puede considerarse como un instrumento peligroso, ya que crea apetencias y necesidades que no se corresponden con la edad del niño o el adolescente y que en la mayoría de los casos no podrán satisfacer. ⁽²⁾

La publicidad también influye de forma importante ya que los miles de anuncios que ven los niños al año en la televisión son sobre alimentos en elevado contenido en caloría, grasa, colesterol, azúcar y sal, golosinas, o ciertos refrescos. Se ha demostrado que por cada hora de incremento de visión de la TV, aumenta la prevalencia de obesidad, tanto en niños como en adultos, con vertiéndose el hecho de ver televisión en un buen predictor de obesidad. ⁽¹³⁾

La exposición al marketing y la publicidad de alimentos y bebidas también es uno de los factores ambientales que pueden estar detrás de la obesidad infantil. Varios estudios han encontrado una asociación entre el tiempo dedicado a ver televisión y un mayor consumo de alimentos y bebidas ricos en grasas, sal y azúcares y por lo tanto un perfil de la dieta menos saludable. ⁽¹⁴⁾

Consumo de Comidas Chatarras: La oferta alimenticia y la enorme cantidad de publicidad que con respecto a los alimentos para niños que surgen año a año suelen invadir el mercado televisivo y radial, apuntando a captar la mayor cantidad de niños que se encuentren frente al televisor o radio.

Estos alimentos muchas veces no suelen ser tales, ya que pueden estar fabricados con productos que quizás no sean del todo buenos para su crecimiento. Jugos en polvo, dulces, golosinas, meriendas y demás, que más allá de ser deliciosas y de que los niños las quieran en todo momento, deben ser suministrados a éstos con total moderación, dado que no son el alimento adecuado para su crecimiento.

Esto puede afectar en su salud, dado que no contribuyen en nada para una dieta balanceada y cuidada como debe de ser. Todo lo que en esta etapa sea un alimento para los niños no deberá ser considerado como nutritivo por los padres. Muchas veces los padres prefieren comprar en el kiosco una golosina, una merienda, un chocolate o un dulce, junto con un refresco, para poder agilizar el día, sobre todo antes de irse al colegio, cuando el tiempo del desayuno no ha sido suficiente. Parece ser la salida más rápida a que el niño “coma” algo.

Pero lejos de ser así, estas actitudes sólo contribuyen a un mal desayuno, y no deben convertirse en un hábito. Por otro lado, existe la actitud de los niños, ellos siempre van a querer que sus padres le compren todo lo que ven por la televisión, van a querer llevar al colegio la merienda y van a hacer lo imposible por que esto sea así. De lo contrario, muchas veces se encaprichan.

Es por esto que es bueno que entiendan, que sólo en ocasiones especiales éste será su desayuno, muy pocas veces, acostumbrándolos a la comida sana, a tomarse el tiempo debido para alimentarse, entre otros hábitos saludables.⁽¹¹⁾

Alimentación: La alimentación está influenciada por factores socioeconómicos y culturales (componentes religiosos, psicológicos y pragmáticos). Es evidente que la disponibilidad, el costo y la caducidad de los alimentos han contribuido sobre los hábitos dietéticos de la población, y la elección final determinará el perfil de cada dieta.

Una nutrición adecuada consiste en proporcionarla cantidad correcta de carbohidratos, proteína, grasas, y minerales es esencial durante el periodo prenatal y la primera infancia. ⁽¹³⁾

Un consumo adecuado de alimentos que proporcionen los nutrientes necesarios es vital para ayudar al crecimiento y desarrollo óptimo de los lactantes y niños a fin de que llegue hacer adolescentes y adultos sanos. Con ellos es posible evitar enfermedades crónico-degenerativas, como diabetes mellitus, presión arterial, obesidad, desnutrición y cáncer, debido tanto a carencias nutricionales como a exceso de consumo de alimentos que conocemos como chatarra. ⁽³⁾

Además, se requiere una alimentación que solo incluya lo que realmente es necesario, sin exceso, pero tampoco sin carencias a fin de obtener equilibrio, es decir, se trata de ingerir alimentos de todos los grupos, como cereales, frutas, verduras, leguminosas y productos de origen animal, pero teniendo sumo cuidado con los alimentos refinados. Lo importante es asegurarse de obtener vitaminas, nutrimentos inorgánicos, proteínas, grasas, antioxidantes, fibras y lograr un consumo adecuado de calorías. ⁽¹⁰⁾

Las preferencias alimentarias no se establecen ni se eliminan por caprichos y aficiones. Frecuentemente los ajustes se originan en cambios sociales y económicos que se llevan a cabo en toda la comunidad o sociedad. El asunto importante no es qué tipo de alimentos se consume sino más bien, cuanto de cada alimento se come y cómo se distribuye el consumo dentro de la sociedad o de la familia. ⁽¹³⁾

4. FACTORES DE RIESGO PERSONALES ASOCIADOS ALESTADO NUTRICIONAL.

La nutrición en los primeros años de vida juega un papel importante en el crecimiento físico y el desarrollo intelectual del ser humano, pero muchas veces se ve afectado por diferentes factores personales como los que se destacan a continuación:

Bajo Peso al Nacer: El peso al nacer es, sin duda el determinante más importante de las posibilidades de un recién nacido de experimentar un crecimiento y desarrollo satisfactorio, al tener un bajo peso al momento del nacimiento aumenta las posibilidades de presentar problemas mentales y secuelas neurológicas al igual que puede generar desnutrición en el infante e incluso causar morbi-mortalidad. ⁽⁸⁾

Al nacimiento los niños reciben una clasificación según el peso obtenido en ese momento:

- **Recién Nacido Prematuro:** Producto de la concepción de 28 semanas a 37 semanas de gestación, que equivale a un producto de 1,000 gramos a menos de 2,500 gramos.
- **Recién Nacido con Bajo Peso:** Producto de la concepción con peso corporal al nacimiento menor de 2,500 gramos, independientemente de su edad gestacional.
- **Recién Nacido a Término:** Producto de la concepción de 37 semanas a 41 semanas de gestación, equivalente a un producto de 2,500 gramos o más. ⁽⁹⁾

El bajo peso de nacimiento se asocia a lo siguiente:

- Aumento de la prevalencia de enfermedades cardiovasculares.
- Alteración de la presión arterial.
- Intolerancia a la glucosa y diabetes mellitus.
- Elevación de los niveles de colesterol total y LDL.
- También hay evidencias de que se alteran la función endotelial y la estructura vascular.⁽¹¹⁾

Su repercusión es muy grave porque pueden presentarse desde antes de nacer; los niños que provienen de madres desnutridas desde el nacimiento tienen menor peso, tienen problemas en salud, retardo del crecimiento intrauterino (RCIU), ya que el organismo necesita formar nuevos tejidos y renovar constantemente sus componentes, así como obtener energía para llevar a cabo sus funciones. ⁽¹¹⁾

Los recién nacidos con peso bajo o elevado para la edad gestacional presentan una mayor susceptibilidad a desarrollar obesidad en la vida extrauterina ⁽⁶⁾. La obesidad materna se asocia con un mayor riesgo de peso elevado del recién nacido y un incremento de tejido adiposo durante la vida fetal.⁽³⁾

Edad Gestacional: En el caso de los niños pequeños para la edad gestacional, su peso insuficiente se puede deber también a diversas enfermedades maternas y del embarazo que llevan a una insuficiencia placentaria con desnutrición del feto, como es el caso de la hipertensión gravídica y otras. En los casos más graves, hay que considerar como causa las enfermedades genéticas, infecciones congénitas y malformaciones, las cuales pueden ser diagnosticadas durante el embarazo.⁽¹²⁾

Los prematuros presentan con frecuencia alteraciones de la homeostasis del calcio y de la glucemia, especialmente en los primeros días de vida. La glucemia y la calcemia deben ser controladas durante este período, especialmente en los prematuros de muy bajo peso que pueden tener hipoglucemia e hipocalcemia sintomáticas. ⁽⁸⁾

Según la edad gestacional en la que el niño nace se clasifica de la siguiente forma:

- ✓ **Parto Pre término:** Cuando el nacimiento se da menor de 37 semanas de gestación.
- ✓ **Parto a Término:** es aquel que se produce entre las 37 semanas a 41 semanas de gestación.
- ✓ **Parto Post término:** Nacimiento de 42 o más semanas de gestación.

Madres Adolescentes: Los matrimonios a corta edad permiten la transmisión de la incapacidad para mejorar las condiciones sociales nutricionales y ambientales. La falta de conocimientos formales debido a su corta edad mantienen modelos inadecuados de educación para sus pequeños hijos, con falta de estimulación psicomotriz en etapas críticas del desarrollo neural, también se suma la inadecuada nutrición in útero o en los primeros años de la vida para producir modificaciones estructurales y funcionales en la corteza cerebral. ⁽³⁾

Ser madre soltera implica un problema mayor en cuanto a la nutrición de sus hijos debido a que ellas trabajan y muchas veces dejan a cargo a sus hijos pequeños con su hijo mayor siendo este menor de edad, implicando que los niños no tengan una ingesta tanto en cantidad como en calidad de nutrientes en su dieta diaria. ⁽⁷⁾

Inmunización: la inmunización protege a los niños contra algunas de las enfermedades más peligrosas de la infancia. Las vacunas actúan reforzando las defensas del niño contra algunas enfermedades, estas tienen su efecto si se administran antes de que ataque la enfermedad. ⁽⁷⁾

Un niño que no haya sido vacunado tiene muchas probabilidades de contraer sarampión, tos ferina y otras enfermedades que también pueden ser mortales. Los niños que sobrevivan a ellas quedan debilitados y su desarrollo puede ser deficiente, desnutridos, con problemas auditivos y visuales. ⁽⁷⁾

Enfermedades Previas: enfermedades como la diarrea, neumonía, paludismo, y el VIH/SIDA, exacerbadas a menudo por parásitos intestinales son influyentes para el desarrollo de desnutrición. Cabe señalar que el sinergismo (combinación de varios fármacos) produce un desequilibrio entre el desarrollo metabólico y el gasto de micronutrientes del cuerpo. Debido a la presencia de dichas enfermedades se va conduciendo a una progresiva emaciación y posteriormente a la desnutrición, por lo que es de vital importancia llevar al médico a los niños cuando presentan diarrea o enfermedades respiratorias. ⁽¹³⁾

Enfermedades Respiratorias Agudas: en el niño la IRAS se presenta con mayor frecuencia en los primeros años de vida y puede ocurrir entre cuatro a seis episodios en el año. Existen factores de riesgo de tipo anatómico, individual y ambiental como son: la edad, bajo peso al nacer, desnutrición, déficit inmunológico, hacinamiento y contaminación ambiental. ⁽¹¹⁾

La infección respiratoria a su vez se ve afectada por el estado nutricional del paciente. El déficit nutricional agudo y crónico, específicos o combinados de alguna manera influyen negativamente sobre los mecanismos de respuesta inmune del niño, se incrementa la susceptibilidad a la acción de agentes biológicos y sus manifestaciones son más graves y rebeldes a la intervención terapéutica. ⁽⁷⁾

Enfermedades Diarreicas Agudas: La relación entre la nutrición y la diarrea se ha descrito como un círculo vicioso por el cual la diarrea causa desnutrición y esta a su vez reduce la capacidad inmunológica lo que hace que el paciente sea más susceptible a nuevos episodios diarreicos prolongados.

Las razones más importantes que relacionan la diarrea con la desnutrición es una reducción en la ingesta de alimentos la cual responde en gran parte al malestar ocasionado por la diarrea y al número de episodios que el niño puede presentar, a una disminución de la capacidad de absorción de los nutrientes dietéticos que resulta del aumento en la velocidad de tránsito intestinal, así como a daño en la integridad de la mucosa intestinal y a un aumento en los requerimientos nutricionales que responde a la infección y fiebre que acompañan al cuadro diarreico. ⁽¹³⁾

Lactancia Materna: La lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses y la continuación de la lactancia junto con alimentos apropiados pueden tener importantes consecuencias sobre la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo de los niños. La leche materna incluyendo el calostro que la madre proporciona al niño en los primeros días después del parto proporciona una inmunización natural contra la neumonía, diarrea y otras enfermedades. Esta protección se prolonga por el tiempo que se brinde lactancia materna exclusiva. ⁽¹⁰⁾

A los niños que se le interrumpe la alimentación al pecho en los primeros meses de vida se incrementa el riesgo de enfermedad mal nutrición y muerte. La lactancia materna es una de las medidas de mayor eficacia y bajo costo para proteger el crecimiento y desarrollo sano del infante en su primer año de vida, como ingrediente básico para el beneficio biológico y afectivo entre el binomio Madre-Hijo.

Los adultos que recibieron lactancia materna en la infancia suelen tener menor tensión arterial y menores concentraciones de colesterol, así como menores tasas de sobrepeso, obesidad y diabetes de tipo 2. La lactancia materna también contribuye a la salud y bienestar de las madres: reduce el riesgo de cáncer de ovario y mama, y ayuda a espaciar los embarazos. ⁽⁷⁾

Inicio del Destete: El destete representa una etapa clave en el crecimiento y desarrollo del niño por su repercusión nutricional, psicológica y social. No solo es un periodo fundamental para el hijo, sino también para la madre. En la decisión del destete intervienen factor biológico, socio-cultural y psicológico. Desde el punto de vista nutricional puede afirmarse que la leche materna es la mejor fuente de nutrientes durante los primeros seis meses de vida.

A partir de ese momento continúa siendo una parte fundamental de la dieta ya complementada con la introducción de otros alimentos. En la medida en que la nutrición del niño se apoya cada vez más en alimentos diferentes de la leche, puede llevarse a cabo el destete sin poner en riesgo el adecuado crecimiento y desarrollo del lactante.

Por lo tanto desde una perspectiva biológica, puede recomendarse el sexto mes de vida para iniciar el destete, aclarando que no hay razón de peso para retardarlo a edades más avanzadas. Aun así a muchos niños se les interrumpe la alimentación del pecho en las primeras semanas o meses de vida y como resultado en ello se incrementa el riesgo de enfermedades como malnutrición y muerte. ⁽¹⁰⁾

Malnutrición Intrauterina: El estado nutricional pre-concepcional, es fundamentalmente para la fertilidad y el desarrollo del Sistema Nervioso Central de los niños, el cual influye en los problemas de esquizofrenia y trastornos de personalidad en un futuro. Durante el primer trimestre de gestación hay un mayor riesgo de parto prematuro, muerte neonatal precoz y aumento de la obesidad de los niños a largo plazo.

Por lo tanto, el estado nutricional materno afecta el peso de nacimiento. Si la malnutrición se produce al final del embarazo, el niño nacerá con una talla adecuada y bajo peso, es decir, será un niño desproporcionado; pero si la malnutrición ocurre durante todo el embarazo, nacerá un niño pequeño para la edad gestacional (PEG), pero con peso y talla relativamente proporcionados. ⁽¹²⁾

La Desnutrición Intrauterina se define como la incapacidad del bebé de adquirir una cantidad adecuada de grasa y masa muscular durante el desarrollo y crecimiento intrauterino. Esta situación es independiente del peso al nacer y de la edad gestacional.

Sus efectos fatales no se limitan al período fetal, sino que en algunos casos se prolongan más allá del nacimiento dando lugar a retraso del crecimiento en la infancia y adolescencia y a baja talla y trastornos metabólicos en la edad adulta. Un retraso en el crecimiento puede iniciarse en cualquier momento del embarazo. El de inicio temprano generalmente está relacionado con anomalías en los cromosomas del bebé, enfermedad materna o severos problemas con la placenta. ⁽³⁾

VIII. DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio: Analítico de casos y controles.

- **Analítico:** Porque va más allá de la descripción de la enfermedad de una población y analiza la relación entre el estado de salud y otras variables.
- **Casos:** son aquellos individuos que padecen o con la condición de la enfermedad en estudio.
- **Controles:** individuos pertenecientes a una muestra no sesgada en la cual la condición o enfermedad de interés no está presente.

Área de estudio: Centro de Salud Perla María Norori el cual atiende un total de 17,216 pacientes en el casco urbano. Los cuales se dividen en 4 sectores: sector 1: Emir Cabezas, sector 2: Guadalupe, sector 3: Laborío y sector 5: Juan Ramón Sampson, el centro de salud cuenta con 9 enfermeras, 3 auxiliares y 6 médicos.

Sus límites son:

Al norte: Juan Ramón Sampson.

Al sur: Anexo Emir Cabeza y Carlos Fonseca.

Al Este: Guadalupe

Al Oeste: Anexo Guadalupe.

Unidad de análisis: Niños menores de 5 años con alteraciones en el estado nutricional inscritos en el programa de VPCD del centro de salud Perla María Norori.

Unidad de Información: madres de niños menores de 5 años con alteración en el estado nutricional

Población de estudio: Estuvo conformado por 70 madres de niños menores de 5 años con alteraciones en el estado nutricional y pertenecientes al programa de VPCD del centro de salud Perla María Norori y 140 madres de niños menores de 5 años con buen estado nutricional pertenecientes al programa de VPCD del centro de salud Perla María Norori. De nuestra población total que eran 70 solo se seleccionaron 56 para realizar este estudio por medio del cálculo de muestra finita.

Muestra: La conformaron 56 madres de niños con alteraciones en el estado nutricional menores de 5 años calculados usando la fórmula para población finita y se escogieron como controles, 2 madres de niños que tienen buen estado nutricional pero que sean menores de 5 años por cada caso y toda la muestra pertenece al programa de VPCD del centro de salud Perla María Norori.

Esta muestra se obtuvo mediante la siguiente fórmula:

$$n = \frac{NZ^2pq}{d^2(N-1) + Z^2pq}$$

Dónde:

N: población= 70

n: muestra =?

p: proporción de ocurrencia del evento: 50%= (0.50)

q: complemento de p-(1-p)= (1-0.50)

d: precisión de estimador: 5%= 0.05

Z: nivel de confianza: 95% = 1.96

Procedimiento de la fórmula:

$$n = \frac{(70) (1.96)^2 (0.50) (1-0.50)}{(0.05)^2 (70-1) + (1.96)^2 (0.50) (1-0.50)}$$

$$n = \frac{(268.912) (0.25)}{(0.0025) (69) + (3.8416) (0.25)}$$

$$n = \frac{67.228}{1.1329}$$

$$(0.1725) + (0.9604)$$

$$n = \frac{67.228}{1.1329} \text{ Resultando de la muestra =56}$$

$$1.1329$$

Muestreo: Fue aleatorio simple, se introdujeron los datos de los niños y se seleccionaron los primeros 59 nombres de los niños con el fin de que todos tengan la misma oportunidad de ser seleccionados.

Fuente de información.

Primaria: Madre de niños menores de 5 años con alteraciones en el estado nutricional inscritos al programa de VPCD del centro de salud Perla María Norori.(Casos).

Madres de niños menores de 5 años con buen estado nutricional que están ingresados al programa de VPCD del centro de salud Perla María Norori. (Controles)

Secundaria: Censos del programa VPCD, Expedientes Clínicos, Hojas de consulta Ambulatoria.

Definición de casos:

Niños menores de 5 años con alteraciones en el estado nutricional inscritos en el programa de VPCD del centro de salud Perla María Norori.

Definición de control: Niños menores de 5 años con buen estado nutricional que están inscritos al programa de VPCD del centro de salud Perla María Norori.

Criterio de inclusión (Casos):

- Que cumpla la definición de casos, que tengan alteración en el estado nutricional.
- Que esté inscritos en el programa de VPCD del centro de salud Perla María Norori.
- Que sea menor de 5 años.
- Perteneciente a cualquier sexo.
- Que la madre del niño desee participar de manera voluntaria.

Criterio de Inclusión (Control):

- Que cumpla la definición de control (con buen estado nutricional).
- Que estén inscritos en el programa de VPCD del C/S Perla María Norori.
- Que sea menor de 5 años.

- Perteneciente a cualquier sexo.
- Que la madre del niño desee participar en el estudio de manera voluntaria.

Variables en estudio:

- **Dependientes:**

- Estado nutricional.

- **Independientes:**

- Factores de Riesgos Sociales

- Factores de Riesgos Personales

Prueba de campo de los instrumentos: se realizó prueba piloto a 6 madres de niños menores de 5 años con alteración en el estado nutricional y a 6 madres de niños menores de 5 años con buen estado nutricional que no pertenecieran al estudio, ni al periodo de tiempo en que este se realizó, con el propósito de validar y mejorar la inconsistencia de las preguntas, siempre y cuando estas cumplan las características de la población a investigarse.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos: La recolección de la información se llevó a cabo por medio de entrevista con la mamá del paciente a través de un formulario con preguntas cerradas previamente elaboradas, donde se reflejó la información brindada por esta misma respecto a datos Sociodemográficos, factores sociales y personales asociados al estado nutricional en menores de 5 años del centro de salud Perla María Norori.

Método de recolección de la información: Se estableció contacto con los encargados del centro de salud Perla María Norori donde se realizó el estudio para obtener los permisos necesarios y así aplicar el instrumento, con previa ubicación de las casas de los niños en cuestión, el estudio se realizó visitando a las madres donde se explicó de forma verbal la descripción de los objetivos, beneficios del estudio.

Procesamiento de la información: la información se procesó en el programa estadístico SPSS versión 21, Microsoft Word y Microsoft Excel.

El análisis de la información se llevó a cabo a través de estadística analítica y usando tablas de contingencia 2x2 para demostrar la asociación de las variables con los casos y controles se utilizó la prueba estadística del Chi cuadrado (X^2), cuando X^2 es menor de 0.05 se dice que hay relación entre variables, cuando X^2 es mayor de 0.05 las variables son independientes una de la otra, se utilizó la prueba Odds Ratio, razón de momios o OR para calcular el riesgo que toma una variable, un OR menor de 1 indica un factor protector, mientras que un OR mayor de 1 indica un factor de riesgo, si el OR es igual a 1 la variable no tiene relación.

El análisis se realizó con un intervalo de confianza del 95% por lo cual se manejó el límite inferior y superior para determinar el riesgo de la variable, si esta contiene la unidad no es determinante para el estudio. La información se presentará a través de tablas y gráficos para facilitar la comprensión de los resultados.

Aspectos éticos:

Beneficencia: Ninguno de los participantes les fue afectada su integridad física, psicológica, social o espiritual ya que se trató de protegerlos al máximo aunque esto implique la no participación en nuestra investigación.

Consentimiento informado: se solicitó la participación voluntaria de las personas en estudio explicándoles los objetivos de la investigación y la utilidad de la misma, la participante participo en el estudio con previo de consentimiento informado, por lo cual ella decidió si estaba dispuesta a participar en el estudio.

Anonimato: Se explicó al paciente que no se tomaran datos que puedan poner en riesgo su identidad como participante de la investigación.

Confidencialidad: Se le explicó que la información obtenida será manejada solo por el equipo investigador y será utilizada únicamente para fines de estudio.

IX. RESULTADOS

En cuanto a la variable de Datos Sociodemográficos de los 168 entrevistados encontramos lo siguiente:

En relación al sexo de los pacientes 80 (47.6%) corresponden al sexo femenino, 88 (52.4%) al sexo masculino. Con respecto a la edad de los pacientes 99 (58.9%) están entre las edades de 0 mes a 24 meses, 34 (20.2%) entre 25 a 49 meses, 35 (20.8%) entre, 50 a 74 meses. En cuanto al peso de los niños 45 (26.8%) pesan de 4 a 9 kg, 69 (41.1%) entre 9.1 a 14.1 kg, 43 (25.6%) están entre 14.2 a 19.2 kg, y 11 (6.5%) entre 19.3 a 24.2 kg.

En cuanto a la talla 30 (17.9%) están entre la talla de 57 a 70.5 cm, 48 (28.6%) entre 70.6 a 84.1 cm, 60 (35.7%) entre 84.2 a 97.7, y 30 (17.9%) entre 97.8 a 112.3. Respecto al índice de masa corporal IMC de los niños 19 (11.3%) son menor de 14.4 m², 112 (66.7%) están entre 14.5 a 18.1 m², 15 (14.9%) entre 18.2 a 19.2, y 12 (7.1%) son de 19.3 m² a más. **(Ver Tabla N°1)**

En cuanto a la relación de casos y controles de datos Sociodemográficos encontramos:

Con respecto al sexo el 26 (15.5 %) de los casos y 54 (32.1%) de los controles son del sexo femenino. El 30 (17.9 %) de los casos y 58 (34.5%) de los controles pertenecen al sexo masculino, con un valor de X^2 0.048 y un OR de 0.931, límite inferior 0.489 y límite superior 1.770 **(Ver Tabla N°2)**

En cuanto al Estado Nutricional de los niños encontramos:

Respecto al estado nutricional según el IMC de los casos 20 (11.9%) están desnutridos, 24 (14.3%) tienen sobrepeso, 12 (7.14%) son obesos y de los controles 148 (88.1%) no están desnutridos, 144 (85.7%) no tienen sobrepeso, 156 (92.86%) no tienen obesidad, 112 (66.7%) de los controles están normal, 56 (33.3%) tienen alteración en el estado nutricional como se describe anteriormente. **(Ver Tabla N°3)**

En relación al tiempo que tiene el niño de estar clasificado como normal, desnutrido, sobrepeso y obeso, 38 (22.6%) de los casos y 98 (58.3%) de los controles tienen de 2 meses a más de estar en esa clasificación, 18 (10.7%) de los casos y 14 (8.3%) de los

controles tienen de estar en esa clasificación menos de 2 meses, con un X^2 de 0.003 y un OR de 0.302, límite inferior 0.137 y límite superior 0.666. **(Ver Tabla N° 4).**

Con respecto al peso para la edad de los niños, 11 (6.5%) de los casos y 75 (66.9%) de los controles no tiene el peso adecuado para su edad. El 45 (26.8%) de los casos y 37 (33.1%) de los controles tienen el peso apropiado para su edad, con un valor de X^2 de 0.000 y un OR de 8.292, límite inferior 3.848 y un límite superior de 17. 872. Esta clasificación se obtuvo mediante la Tabla de Indicadores de Crecimiento en Términos de Puntuación Z. **(Ver Tabla N° 5)**

De acuerdo a la talla para la edad de los niños, 45 (26.8%) del grupo caso y 37 (22.1%) no tiene la talla adecuada para su edad. El 11 (6.5%) de los casos y 75 (44.6%) de los controles si tiene la Talla adecuada para su edad, con un valor de X^2 de 33.45 y un OR: 0.122, límite inferior de 0.056 y límite superior 0.260. Esta clasificación se obtuvo mediante la Tabla de Indicadores de Crecimiento en Términos de Puntuación Z. **(Ver Tabla N° 6)**

En relación al peso para la talla de los niños, 54 (32.1%) de los casos y 17 (10.1%) de los controles no tiene el peso para la talla adecuado, 2 (1.2%) de los casos y 95 (56.6%) del grupo control el peso para la talla es apropiada, con un valor de X^2 de 0.000 y un OR de 0.007 límite inferior de 0.001 y límite superior de 0.030. Esta clasificación se obtuvo mediante la Tabla de Indicadores de Crecimiento en Términos de Puntuación Z. **(Ver Tabla N° 7)**

En cuanto a los factores Sociales del estado nutricional de los niños menores de 5 años.

En relación al ingreso económico 36 (64.2%) de los casos y el 85 (75.8%) tienen un ingreso económico inferior al salario mínimo. El 20 (35.8%) de los casos y 27 (24.2%) de los controles tienen un ingreso económico superior al salario mínimo, con un valor de X^2 de 2.496 y un OR de 0.572, límite inferior de 0.285 y límite superior de 1.148 **(Ver Tabla N° 8)**

Con respecto al porcentaje de salario que destina para la alimentación de la familia, 31 (55.3%) de los casos y 66 (58.9%) de los controles destinan del 50% a más. El 25 (44.7%) de los casos y 46 (41.1%) del grupo control destinan menos del 50% de su salario, con un valor de X^2 de 1.195 y un OR de 0.157, límite inferior de 0.606 y límite superior de 2.211 **(Ver Tabla N° 9)**

En relación a la cantidad de hijos vivos que tiene, 14 (8.3%) de los casos y 19 (11.3%) de los controles tienen de 3 hijos a más. El 42 (25%) de los casos y 93 (55.4%) de los controles tienen menos de 3 hijos, con un valor de X^2 de 1.527 y un OR de 0.613, límite inferior de 0.281 y límite superior de 1.338. **(Ver Tabla N° 10)**

En cuanto a la vivienda donde habita, 36 (21.4%) de los casos y 83 (49.4%) de los controles no tienen vivienda propia. El 20 (11.9%) de los casos y 29 (17.3%) de los controles si tienen vivienda propia, con un valor de X^2 de 1.743 y un OR de 1.590, límite inferior de 0.797 y límite superior de 3.173 **(Ver Tabla N° 11)**

En relación a la cantidad de personas que habitan en la casa, 45 (26.8%) de los casos y 71 (42.3%) de los controles habitan de 4 personas a más, 11 (6.5%) de los casos y 41 (24.4%) de los controles habitan menos de 4 personas, con un valor de X^2 de 0.018 y un OR de 2.362, límite inferior de 1.101 y límite superior de 5.067. **(Ver Tabla N° 12)**

En cuanto al número de cuartos que tiene la casa, 53 (31.5%) de los casos y 101 (60.1%) de los controles tienen menos de 3 cuartos, 3 (1.8%) de los casos y 11 (6.5%) tienen de 3 cuartos a más, con un valor de X^2 de 0.974 y un OR de 0.1924, límite inferior de 0.514 y límite superior de 7.197 **(Ver Tabla N° 13)**

Con respecto al nivel de educación de las madres de los niños, 2 (1.2%) de los casos y 2 (1.2%) de los controles son analfabetas, 54 (32.1%) de los casos y 110 (65.5%) de los controles son alfabetas, con un valor de X^2 de 0.512 y un OR de 0.530, límite inferior de 0.279 y límite superior de 14.855. **(Ver Tabla N° 14).**

En relación a la alimentación exclusiva con puré, 44 (26.2%) de los casos y 106 (63.1%) de los controles no le dan puré a sus niños. El 12 (7.1%) de los casos y 6 (3.6%) de los controles si lo alimentan con puré, con un valor de X^2 de 0.002 y un OR de 4.818, límite inferior 1.701, límite superior 13.647 **(Ver Tabla N° 15)**

En cuanto a la alimentación con atoles, 44 (26.2%) de los casos y 109 (64.9%) de los controles no alimentan a sus niños con atoles. El 12 (7.1%) de los casos y 3 (1.8%) si lo alimentan con atoles, con un valor de X^2 de 1.641 y un OR de 9.909, límite inferior de 2.666, límite superior de 36.824 **(Ver Tabla N° 16)**

De acuerdo a la accesibilidad para obtener los alimentos, 54 (32.1%) de los casos y 103 (61.3%) de los controles tiene acceso a los alimentos, 2 (1.2%) de los casos y 9 (5.4%) de los controles no tiene accesibilidad para obtener los alimentos, con un valor de X^2 de 1.216 y un OR de 2.359, límite inferior 0.492, límite superior 11.308. **(Ver Tabla N° 17)**

Con respecto a la compra de los alimentos del hogar en el mercado, 30 (17.9%) de los casos y 57 (33.9%) si compran en el mercado los alimentos. El 26 (15.5%) de los casos y 55 (32.7%) de los controles no compran los alimentos en el mercado, con un valor de X^2 de 0.107 y un OR de 1.113 límite inferior de 0.585 límite superior de 2.117 **(Ver Tabla N° 18)**

En relación a la costumbre de comer en familia, 19 (11.3%) de los casos y 59 (35.1%) de los controles no tienen la costumbre de comer junto a la familia. El 37 (22%) de los casos y 53 (31.5%) de los controles, si se reúnen en familia a la hora de la comida, con un valor de X^2 de 0.016 y un OR de 0.461, límite inferior 0.237, límite superior 0.898 **(Ver Tabla N° 19)**

De acuerdo a la influencia de los medios de comunicación en la alimentación de los niños, 53 (31.5%) de los casos y 109 (64.9%) si influyen los medios de comunicación en la alimentación de los niños, 3 (1.8%) de los casos y 3 (1.8%) de los controles los medios de comunicación no influye en la dieta de los niños, con un valor de X^2 de 0.778 y un OR de 0.486, límite inferior 0.095, límite superior 2.491. **(Ver Tabla N° 20)**

Con respecto a la calidad de los mensajes transmitidos por los medios de comunicación, 34 (20.2%) de los casos y 80 (47.8%) de los controles los mensajes de los medios de comunicación no son entendibles, 22 (13%) de los casos y 32 (19%) de los controles entienden los mensajes transmitidos por los medios de comunicación, con un valor de X^2 de 2.679 y un OR de 0.583, límite inferior 0.304, límite superior 1.116 **(Ver Tabla N° 21)**

En relación al ofrecimiento de golosinas a los niños 53 (31.5%) de los casos y 105 (62.5%) de los controles ofrecen a los niños el consumo de golosina. El 3 (1.8%) de los casos y el 7 (4.2%) de los controles no le ofrecen golosinas, con un valor de X^2 de 0.053 y un OR de 1.178, límite inferior 0.293 límite superior 4.739 **(Ver Tabla N° 22)**

En cuanto a la frecuencia de consumo de golosina, 42 (25%) de los casos y 35 (20.9%) de los controles consumen golosinas más de dos veces en el día. El 14 (8.3%) de los

casos y 77 (45.8%) del grupo control consumen golosinas menos de 2 veces al día, con un valor de X^2 de 28.783 y un OR de 0.152, límite inferior 0.073 límite superior 0.313. **(Ver Tabla N° 23)**

Con respecto a la edad en que recibió los primeros alimentos, 49 (29.1%) del grupo caso y 91 (54.1%) de los controles recibió los primeros alimentos menor a los 6 meses. El 7 (4.2%) del grupo caso y 21 (12.6%) de los controles recibió los primeros alimentos mayor de los 6 meses, con un valor de X^2 de 1.050 y un OR de 1.615, límite inferior 0.642 límite superior 4.067. **(Ver Tabla N° 24)**

En relación a las veces que come el niño al día, 2 (1.2%) de los casos y 109 (64.9%) del grupo control los niños meriendan más de tres veces al día. El 54 (32.1%) de los casos y 3 (1.8%) del grupo control los niños meriendan menos de tres veces al día, con un valor de X^2 de 0.103 y un OR de 1.346, límite inferior 0.218 límite superior 8.294. **(Ver Tabla N° 25)**

En cuanto a la costumbre de los padres de acompañar al niño a comer, 36 (21.4%) del grupo caso y 63 (37.5%) de los controles los padres no acompañan al niño a comer. El 20 (11.9%) del grupo caso y 49 (29.2%) los padres si acompañan a comer al niño, con un valor de X^2 de 0.996 y un OR de 0.714, límite inferior de 0.368, límite superior de 1.385 **(Ver Tabla N° 26)**

En cuanto a los factores de riesgo personales relacionados al estado nutricional.

Se determinó el peso al nacer de los niños encontrando, 14 (8.3%) de los casos y 29 (17.3%) del grupo control el peso es inadecuado. El 42 (25%) de los casos y 83 (49.4%) del grupo control el peso es adecuado, con un valor de X^2 de 0.016 y un OR de 1.048, límite inferior 0.501, límite superior 2.192 **(Ver Tabla N° 27)**

Respecto a si el niño al nacimiento la gestación es a término, 43 (25.6%) del grupo caso y 81 (48.2%) de los controles nacieron a término, 13 (26.2%) del grupo caso y 31 (18.5%) los niños no nacieron a término, con un valor de X^2 de 0.385 y un OR de 1.266, límite inferior 0.601 límite superior 2.669 **(Ver Tabla N° 28)**

En relación a la edad de la madre, 45 (26.8%) de los casos y 85 (50.6%) del grupo control las madres son menores de 25 años, 11 (6.5%) de los casos y 27 (16.1%) del

grupo control las madres tienen más de 25 años, con un valor de X^2 de 0.425 y un OR de 1.299, límite inferior de 0.591, límite superior 2.860 **(Ver Tabla N° 29)**

En cuanto al estado civil de la madre, 10 (6%) del grupo caso y 25 (22.4%) de los controles las madres solteras, 46 (27.3%) del grupo caso y 87 (77.6%) de los controles las madres están casadas, con un valor de X^2 de 0.451 y un OR de 0.757, límite inferior 0.335, límite superior 0.710 **(Ver Tabla N° 30)**

De acuerdo a si tiene completo el esquema de vacunación para su edad, 48 (28.6%) de los casos y 95 (56.5%) del grupo control los niños tienen completo el esquema de vacunación, 8 (4.8%) de los casos y 8 (4.8%) del grupo control los niños no tienen completo el esquema de vacunación, con un valor de X^2 de 0.023 y un OR de 1.074, límite inferior 0.433, límite superior 2.665. **(Ver Tabla N° 31)**

En relación a si ha presentado enfermedades diarreicas agudas, 34 (20.2%) del grupo caso y 90 (53.6%) de los controles si han presentado, 22 (13.1%) del grupo caso y 22 (13.1%) de los controles no han presentado EDA. Con un valor de X^2 de 0.006 y un OR de 0.378, límite inferior 0.186, límite superior 0.769. **(Ver Tabla N° 32)**

Respecto a los episodios de Enfermedades Diarreicas Agudas, 18 (10.7%) de los casos y 68 (40.5%) del grupo control no han presentado más de 2 veces en el año episodios de EDA, 38 (22.6%) de los casos y 44 (26.2%) del grupo control han presentado menos de 2 episodios al año de EDA. Con un valor de X^2 de 0.001 y un OR de 3.263, límite inferior 1.658, límite superior 6.421 **(Ver Tabla N° 33)**

En cuanto a si ha presentado Infecciones Respiratorias Agudas, 39 (23.2%) del grupo caso y 82 (48.8%) de los controles han presentado cuadros de IRA, 17 (10.1%) del grupo caso y 30 (17.9%) de los controles no han presentado cuadros de IRA. Con un valor de X^2 de 0.236 y un OR de 0.839, límite inferior de 0.414, límite superior 1.701 **(Ver Tabla N° 34)**

En relación a los episodios de Enfermedades Respiratorias Agudas que ha presentado en el año, 39 (23.2%) de los casos y 80 (47.6%) del grupo control han presentado IRA más de 2 veces al año, 17 (10.1%) de los casos y 32 (19.1%) del grupo control han presentado menos de 2 veces en el año episodios de IRA, con un valor de X^2 de 0.058 y un OR de 1.090, límite inferior 0.540, límite superior 2.198 **(Ver Tabla N° 35)**

Respecto a si asiste al médico cuando tiene EDA o IRA, 37 (22%) del grupo caso y 73 (43.5%) de los controles si asisten al médico en episodios de EDA o IRA, 19 (11.3%) del grupo caso y 39 (23.2%) de los controles no asisten al médico en episodios de EDA o IRA, con un valor de X^2 de 0.013 y un OR de 1.040, límite inferior 0.529 límite superior 2.046. **(Ver Tabla N° 36)**

En relación a si dio pecho materno al niño, 52 (31%) de los casos y 80 (47.6%) del grupo control si dieron pecho materno al niño, 4 (2.4%) de los casos y 32 (19%) del grupo control no dieron pecho materno a sus hijos, con un valor de X^2 de 0.001 y un OR de 5.200, límite inferior de 1.737, límite superior 15.567 **(Tabla N° 37)**

En cuanto al tipo de lactancia materna que dio al niño, 13 (7.7%) del grupo caso y 27 (16%) fue LM exclusiva hasta los 6 meses, 43 (25.6%) del grupo caso y 85 (50.7%) de los controles fue LM complementaria antes de los 6 meses, con un valor de X^2 de 0.016 y un OR de 0.952, límite inferior de 0.447, límite superior 2.028 **(Ver Tabla N° 38)**

X. DISCUSIÓN

En relación a la variable de Datos Sociodemográficos de la Población en estudio:

Se encontró que el mayor número de niños son del sexo masculino, predomina el grupo de edades de 0 a 24 Meses, el peso de los niños que predominó es de 9.1 a 14.1 kg, la talla entre 84.2 a 97.7 cm y con un IMC entre de 14.5 a 18.1 m², siendo toda la población de procedencia urbana.

Con respecto al estado nutricional de niños menores de 5 años del Centro de Salud Perla María Norori III Trimestre 2015.

En cuanto al tiempo de estar en el estado nutricional actual comprobamos un X^2 en el cual hay significancia estadística y según su OR 0.302 veces más factor protector tener un estado nutricional adecuado por más de 2 meses. Lo cual coincide con la teoría de Caballero Lozano que a mayor tiempo de permanecer en la clasificación adecuada para la edad se tiene más probabilidad de mantener un estado de salud satisfactorio, disminuyendo la posibilidad de alterar el estado nutricional sobre todo en la primera infancia.

En relación al Peso adecuado para la Edad del niño se determinó que X^2 hay asociación entre variables y según su OR de 8.292 representa riesgo para alterar el estado nutricional el no tener el peso adecuado para su edad.

Según el MINSA en la Guía de alimentación y nutrición para embarazadas, puérperas y niños menores de 5 años, este tipo de medida refleja la masa corporal alcanzada en relación con la edad cronológica. Lo que coincide con el estudio y establece el peso para edad inadecuado como un factor de riesgo probablemente se deba a la pobre captación de los niños en el VPCD en las unidades de salud.

En cuanto a la Talla para la Edad y Peso para la Talla es Adecuada su X^2 demuestra significancia estadística y un OR de 0.121 veces más, siendo este un factor protector comprobando que mantener la Talla para la Edad no altera el estado nutricional de los niños. Este estudio concuerda con la teoría del MINSA en la Guía de alimentación y nutrición para embarazadas, puérperas y niños menores de 5 años, describe que la talla

para edad y peso para la talla son indicadores del estado nutricional y define la probabilidad de la masa corporal, independientemente de la edad.

Es la técnica más usada en la evaluación nutricional, ya que proporciona información fundamentalmente acerca del suficiente aporte de macro nutrientes, tanto para los casos como para los controles.

En cuanto a los factores sociales relacionados al estado nutricional de niños menores de 5 años del Centro de Salud Perla María Norori III Trimestre 2015.

En el estudio se determinó que un Ingreso Económico mensual inferior al salario mínimo y el porcentaje del salario que destinan mensualmente para la alimentación según su X^2 y OR de 0.572 no representa significancia estadística para la población en estudio.

Sin embargo, este estudio no concuerda con el Dr. Ruiz-Sáenz, el cual plantea en su estudio que la mayor parte de los ingresos económicos en los diferentes hogares suponen un gasto en alimentación de más del 75% de sus ingresos mensuales siendo este inferior al salario mínimo y a menudo se ven en la obligación de ayuna, acrecentando el riesgo de aumentar el número de personas con alguna alteración en el estado nutricional y más en la niñez.

Con respecto a si la vivienda donde habita es propia según su X^2 las variables son independientes entre sí y su OR es 1.590 riesgo comprobado para causar alteración del estado nutricional de la población de estudio lo que concuerda con la Msc. Nava Bravo quien afirma que las personas que poseen vivienda propia tienen menos gastos económicos en cuanto al pago del alquiler y destinan mayor cantidad de dinero para una alimentación saludable, debido a sus resultados figura como factor de riesgo para desarrollar alteraciones del estado nutricional.

En proporción a cuantas personas habitan en la casa se determinó un X^2 con significancia estadística y su OR de 2.362 más veces factor de riesgo comprobado para alterar el estado nutricional del grupo en estudio.

Según Msc. Nava Bravo el hacinamiento también repercute en afectación del estado nutricional de los niños que comprende desde el número de personas que habitan en su

hogar hasta consumo de los alimentos en el cual disminuye la cantidad y calidad de los mimos. Esto concuerda con la teoría propuesta ya que muy pocos de los participantes tienen familias poco numerosas.

En relación al número de cuartos que existen en la casa el estudio demuestra según su X^2 y OR significancia estadística para desarrollar alteraciones en el estado nutricional a causa del hacinamiento como el sobre peso en dicho estudio.

Sin embargo, este estudio se relaciona con la teoría que según la Msc. Nava Bravo el hacinamiento familiar provoca consecuencias negativas que pueden interferir en la privacidad y la libre circulación induciendo alteraciones en la salud física y mental al desencadenar situaciones de estrés psicológico, favoreciendo la propagación de enfermedades incluyendo la desnutrición, sobre peso, infecciones entre otras, esto debido al hacinamiento en el que están sumergidas las familias y más en aquellas de extrema pobreza.

De acuerdo a la escolaridad de las madres de la población en estudio se determinó un X^2 y un OR en el cual no existe significancia estadística. Semejante a la teoría que según Duran Sánchez la escolaridad de la madre determina la actitud que esta adopta ante la necesidad de vigilar la nutrición, el crecimiento y el desarrollo de sus hijos. La capacidad para utilizar los recursos económicos en el diseño de una alimentación suficiente y adecuada que permita un buen estado nutricional y la preocupación por mantener adecuadas condiciones alimenticias.

En relación a si alimenta exclusivamente con Purés a los niños el estudio demostró significancia estadística X^2 y su OR 4.818 es factor de riesgo comprobado para los niños que se alimentaron con purés alterando su estado nutricional de los niños.

Esto no concuerda con la teoría ya que según Nava Bravo los niños durante sus primeros meses de vida deben ser alimentados con comidas blandas como Purés o Atoles para que su organismo se adapte al cambio de alimentación debido a que deben ser alimentados única y exclusivamente con leche materna durante los primeros 6 meses de vida aunque está permitido este tipo de alimento debido a su consistencia blanda.

Con respecto a si alimenta exclusivamente con Atoles a los niños su X^2 demuestra significancia estadística y un OR de 9.909 factor de riesgo comprobado para los que se alimentaron exclusivamente con atoles en relación a los que no se alimentaron con este tipo de consistencia alimenticia.

Según Nava Bravo numerosos hábitos y costumbres alimentarias son inadecuados desde el punto de vista nutricional. Algunas prácticas son el resultado de percepciones tradicionales sobre los alimentos que son susceptibles de cambiar por la influencia de pueblos cercanos, viajes, educación.

En relación a la accesibilidad para obtener los alimentos en el estudio su X^2 representa significancia estadística y su OR es 2.359 es factor de riesgo comprobado para los casos tener un estado nutricio alterado.

Esto concuerda con Nava Bravo que en su estudio plantea que la falta de acceso a los alimentos tanto económica como físicamente y la disponibilidad de ellos son una de las razones por lo cual se da la ingesta alimentaria, de tal manera que no se pueden satisfacer la necesidades dietéticas para una vida productiva y saludable, por tal razón coexiste la carencia de micronutrientes esenciales para el desarrollo del ser humano.

En respecto a si obtienen los alimentos del mercado en el estudio se encontró un X^2 en el cual las variables son independientes una de la otra y su OR de 1.113 es factor de riesgo comprobado para los que no tienen acceso a los alimentos.

Sin embargo, este estudio concuerda con la teoría ya que debido a sus resultados se establece la falta de acceso a los alimentos como factor de riesgo, que según Nava Bravo la inaccesibilidad de ellos son una de las razones por las cual no se pueden satisfacer la necesidades dietéticas para una vida productiva y saludable, el hambre no es un problema de producción si no de acceso a alimentos.

En cuanto a comer en familia se indagó en el estudio un X^2 que demuestra significancia estadística y según su OR de 0.461 veces más factor protector para los que comparten la mesa que para aquellos que no comparten la mesa a la hora de comer. En esto hay significancia estadística, pero no es factor de riesgo lo cual puede deberse al pequeño número de población ya que a mayor cantidad de muestra aumenta la significancia estadística.

Esto concuerda con la teoría que según Lic. Baltodano los hábitos alimenticios como comer en familia se transmiten de padres a hijos y las primeras comidas de los niños son una experiencia nueva para transitar, si el ambiente es tenso, bullicioso o estresante, esta experiencia será desagradable para el niño repercutiendo en su alimentación y por ende en el estado nutricional.

En correspondencia a la influencia de los medios de comunicación en la alimentación de los niños se determinó un X^2 el cual no hay significancia estadística y un OR de 0.486 como factor protector para no alterar el estado nutricional.

Este estudio no concuerda con la teoría ya que debido a sus resultados no se establece a los medios de comunicación como factor de riesgo que según la Revista de la F.C.M. de la Universidad de San Marcos, Perú la influencia de la publicidad en los niños es muy fuerte y puede considerarse como un instrumento peligroso, ya que crea apetencias y necesidades que no se corresponden con la edad del niño o el adolescente y que en la mayoría de los casos no podrán satisfacer.

En relación a los mensajes transmitidos por los medios de comunicación en relación a los alimentos promocionados se determinó en el estudio un X^2 en el cual no hay significancia estadística y según su OR de 0.583 es factor protector lo cual no se relaciona con la teoría que según la UNICEF la publicidad también influye de forma importante ya que los miles de anuncios que ven los niños al año en la televisión sobre alimentos con elevado contenido de calorías, grasa, colesterol, azúcar y sal, golosinas, o ciertos refrescos.

Con respecto al consumo de comida chatarra en los niños del estudio se indagó un X^2 el cual no hay significancia estadística y según su OR de 1.178 es un factor de riesgo para desarrollar alteraciones en el estado nutricional. Esto está de acorde con la teoría, Duran Sánchez en su estudio dice que el consumo de alimentos chatarra puede afectar en su salud, dado que no contribuyen en nada para una dieta balanceada y cuidada como debe de ser.

En relación a la frecuencia de consumo de comida chatarra más de 2 veces al día se determinó un X^2 en el cual hay significancia estadística y su OR de 0.152 es factor protector para los que consumen pocos alimentos chatarras en relación a los que consumen más.

Este estudio no se relaciona con la teoría ya que consumir más de 2 veces en el día comida chatarra es factor de riesgo para alterar el estado nutricional que según la UNICEF en su estudio los padres prefieren comprar en el kiosco una golosina, una merienda, un chocolate o un dulce, junto con un refresco, para poder agilizar el día, sobre todo antes de irse al colegio, cuando el tiempo del desayuno no ha sido suficiente. Parece ser la salida más rápida a que el niño “coma” algo.

Con respecto a la edad en que los niños en estudio recibieron sus primeros alimentos se determinó un X^2 y OR en el cual no hay significancia estadística. Según estudios de la UNICEF el mejor alimento en cuanto a calidad, consistencia, temperatura, composición y equilibrio de los nutrientes es la leche materna que se debe dar a todo recién nacido en los primeros 6 meses de vida y luego se puede acompañar de otros alimentos.

En relación al número de veces que come el niño al día se encontró un X^2 no hay significancia estadística y un OR de 1.346 el cual es factor de riesgo para tener un estado nutricional adecuado. Los datos obtenidos en este estudio están de acorde a la teoría que según la UNICEF una nutrición adecuada consiste en proporcionar la cantidad correcta de carbohidratos, proteína, grasas, y minerales es esencial durante el periodo prenatal y la primera infancia.

En respecto a si acompaña al niño a la hora de comer en el estudio se determinó un X^2 en donde las variables son independientes entre sí y según su OR de 0.714 es un factor protector comprobado que acompañar a los niños hay una mayor ingesta de alimentos.

Esto está en relación con la teoría que según Lozano un consumo adecuado de alimentos a la edad aceptada, incluyendo el acompañamiento de los padres proporciona los nutrientes necesarios para ayudar al crecimiento y desarrollo óptimo de los lactantes y niños a fin de que llegue hacer adolescentes y adultos sanos. Con ellos es posible evitar enfermedades crónico-degenerativas, como diabetes mellitus, presión arterial, obesidad, desnutrición y cáncer, debido tanto a carencias nutricionales como al exceso de consumo de alimentos que conocemos como chatarra.

Con respecto a los Factores de Riesgo Personales relacionados al estado nutricional de niños menores de 5 años del Centro de Salud Perla María Norori III Trimestre 2015.

En relación al bajo Peso al Nacer se encontró X^2 el cual determina relación entre las variables y un OR de 1.048 como factor de riesgo, es decir cuando el peso es adecuado al momento del nacimiento tiene menos probabilidades de enfermar o alterar su estado nutricional en relación a los nacidos con bajo peso.

Esto tiene significancia con la teoría que según Baltodano el peso al nacer es, sin duda el determinante más importante de las posibilidades de un recién nacido de experimentar un crecimiento y desarrollo satisfactorio, al tener un bajo peso al momento del nacimiento aumenta las posibilidades de presentar problemas mentales y secuelas neurológicas al igual que puede generar desnutrición en el infante e incluso hasta causarle la muerte.

En cuanto si la Gestación fue a término a la hora del nacimiento en el estudio se determinó un X^2 que presenta relación entre las variables y según su OR de 1.266 conteniendo en su intervalo a la unidad el cual se convierte en un factor de riesgo para los niños que no nacieron a término.

Esto se relaciona con la teoría que según el estudio de Erazo-Perdomo los niños pequeños para la edad gestacional, su peso insuficiente se puede deber también a diversas enfermedades maternas y del embarazo que llevan a una insuficiencia placentaria con desnutrición del feto, la cual puede persistir después del nacimiento, como es el caso de la hipertensión gravídica y otras, agravando la salud de los neonatos.

Con respecto a la edad materna en el estudio se encontró un OR de 1.299 pero su intervalo contiene la unidad a demás su X^2 demuestra independencia entre las variables por lo cual estas son un factor de riesgo para los casos en el estudio.

Estando de acuerdo con la teoría que según Caballero-Castillo la falta de conocimientos formales debido a su corta edad mantienen modelos inadecuados de educación para sus pequeños hijos, con falta de estimulación psicomotriz en etapas críticas del desarrollo neural, también se suma la inadecuada nutrición in útero o en los primeros años de la vida para producir modificaciones estructurales y funcionales en la corteza cerebral.

En relación al estado civil de las madres de los niños determinamos en el estudio un OR de 0.757 siendo este un factor protector y un X^2 que demuestra independencia entre variables, por lo tanto los niños tienen menos probabilidad de tener alguna alteración en el estado nutricional que los hijos de madres solteras.

Esto se relaciona con la teoría del Dr. Ruiz Sáenz ser madre soltera implica un problema mayor en cuanto a la nutrición de sus hijos debido a que ellas trabajan y muchas veces dejan a cargo a sus hijo pequeños con su hijo mayor siendo este menor de edad, implicando que los niños no tengan una ingesta tanto en cantidad como en calidad de nutrientes en su dieta diaria.

En relación a si los niños en estudio tienen completo su esquema de inmunización se determinó un OR de 1.074 pero su intervalo contiene a la unidad además su X^2 hay asociación entre variables por lo tanto es un factor protector que al estar inmunizados tienen menos probabilidad de alterar su estado nutricional. Esto se relaciona con la teoría que según Ruiz-Sáenz la inmunización protege a los niños contra algunas de las enfermedades más peligrosas de la infancia.

Con respecto a si los niños en estudio padecen de enfermedades previas como EDA se determinó un X^2 el cual hay significancia estadística y según su OR de 0.378 son un factor protector para los controles en no desarrollar anomalías en el estado nutricional.

Sin embargo, este estudio no se relaciona con la teoría, según estudio de la UNICEF la relación entre la nutrición y la diarrea se ha descrito como un círculo vicioso por el cual la diarrea causa desnutrición y esta a su vez reduce la capacidad inmunológica lo que hace que el paciente sea más susceptible a nuevos episodios diarreicos prolongados por más tiempo.

En cuanto a los episodios de EDA según su X^2 hay significancia estadística, pero su OR de 3.263 no contiene a la unidad en sus intervalos, por lo cual es factor protector que han presentado menos de 2 episodios en el año y alterar el estado nutricional de los niños.

Esto se relaciona con lo propuesto por la UNICEF en su estudio en el cual relaciona la diarrea con la desnutrición una reducción en la ingesta de alimentos la cual responde en gran parte al malestar ocasionado por la diarrea y al número de episodios que el niño

puede presentar, a una disminución de la capacidad de absorción de los nutrientes dietéticos que resulta del aumento en la velocidad de tránsito intestinal

En relación a las IRA se determinó un X^2 independencia entre las variables y según su OR de 0.839, pero en sus límites contiene a la unidad por lo que se convierte en un factor de riesgo para los casos y alterar el estado nutricional de los niños.

Este estudio concuerda con la teoría ya que debido a sus resultados se establece las enfermedades previas como factor de riesgo que según datos de la UNICEF enfermedades como la diarrea, neumonía, paludismo, y el VIH/SIDA, exacerbadas a menudo por parásitos intestinales son influyentes para el desarrollo de desnutrición.

En cuanto al número de episodios de IRA en el año su X^2 presenta asociación entre variables y su OR de 1.090 es factor de riesgo comprobado para alterar el estado nutricional. Esto se relaciona con la teoría que según Duran Sánchez en su estudio propone que la IRAS se presenta con mayor frecuencia en los primeros años de vida y puede ocurrir entre cuatro a seis episodios en el año.

Con respecto a si lleva al médico cuando los niños presentan EDA e IRA se determinó un X^2 en el que hay asociación estadística y según su OR de 1.040 es factor de riesgo. Según la UNICEF debido a la presencia de dichas enfermedades se va conduciendo a una progresiva emaciación y posteriormente a la desnutrición, por lo que es de vital importancia llevar al médico a los niños cuando presentan diarrea o enfermedades respiratorias.

En relación a si les dieron pecho materno a los niños en estudio encontramos un OR de 5.200 el cual se convierte en factor de riesgo y un X^2 del cual las variables están relacionadas por lo tanto hay riesgo de enfermar aportando alteraciones del estado nutricional del infante.

Sin embargo, este estudio no concuerda con la teoría, Nava Bravo en su estudio plantea que la leche materna incluyendo el calostro que la madre proporciona al niño en los primeros días después del parto proporciona una inmunización natural contra la neumonía, diarrea y otras enfermedades. Esta protección se prolonga por el tiempo que se brinde lactancia materna exclusiva.

Con respecto al tipo de Lactancia Materna que recibieron los niños en estudio se determinó un X^2 el cual hay relación entre las variables y un OR de 0.952 como factor protector comprobado de los controles, estando de acuerdo con la teoría que según Navas Bravo la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses y la continuación de la lactancia junto con alimentos apropiados pueden tener importantes consecuencias sobre la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo satisfactorio de los niños.

En relación a la edad del niño que inicio el destete encontramos un X^2 en el cual existe significancia estadística y un OR de 2.265 el cual se convierte en factor de riesgo para mantener un adecuado estado nutricional.

Sin embargo, en este estudio no corresponde con la teoría, Nava Bravo propone en su estudio que el destete representa una etapa clave en el crecimiento y desarrollo del niño por su repercusión nutricional, psicológica y social. Por lo tanto desde una perspectiva biológica, puede recomendarse el sexto mes de vida para iniciar el destete, aclarando que no hay razón de peso para retardarlo a edades más avanzadas. A partir de ese momento continúa siendo una parte fundamental de la dieta ya complementada con la introducción de otros alimentos.

XI. CONCLUSIONES

La investigación permitió confirmar que existen factores sociales, los cuales influyen significativamente en el estado nutricional de los niños y niñas menores de 5 años del centro de salud Perla María Norori.

En cuanto a los factores de riesgo sociales se encontró que la prevalencia de sobrepeso es significativamente mayor en la zona urbana y en niños pertenecientes a hogares pobres y familias numerosas.

En relación a los factores asociados con la madre, también se observa que la edad de la madre es un factor importante, pues entre los niños que tienen madres muy jóvenes o muy adultas la prevalencia de sobrepeso es significativamente mayor.

En relación a los factores de riesgo personales se encontró que entre las características de los propios niños y niñas, se encontró que en sexo masculino la prevalencia es significativamente mayor. Del mismo modo, el presentar bajo peso al nacer aumenta la probabilidad de presentar desnutrición crónica y el riesgo aumenta significativamente con el orden de nacimiento.

En relación a la lactancia materna, se ha observado que el tiempo promedio de lactancia es de aproximadamente mayor de los 6 meses.

Entre los niños y niñas que en el momento de la entrevista tenían menos de dos años, se encontró que la lactancia era exclusiva hasta los 6 meses y luego era complementaria con otros alimentos.

Otro aspecto que se observó es que la prevalencia de sobrepeso y desnutrición en los niños y niñas es en máxima entre uno y dos años de edad en que los infantes comienzan a caminar y ya consumen alimentos pocos sólidos, lo cual puede exponerlos más a contraer enfermedades como la EDA e IRA por lo que pierden peso o aumentan la grasa corporal y no desarrollan adecuadamente.

XII. RECOMENDACIONES

Dirigidas al personal médico y de enfermería del Centro de salud Perla María Norori:

- ✓ Mejorar la captación temprana y oportuna, así como el seguimiento de la/los pacientes del programa de VPCD, para identificar factores de riesgo e incidir significativamente en la ocurrencia de enfermedad relacionadas al estado nutricional.

- ✓ Llevar un adecuado seguimiento y registro de las patologías asociadas al estado nutricional y dar un adecuado manejo para evitar que figuren como causas de enfermedades graves.

- ✓ Promover estilos de vida saludable en las madres de los niños en estudio y realizar educación continua a fin de hacerles conocer cuáles son los factores de riesgo que presentan para desarrollar alteraciones del estado nutricional.

- ✓ Evitar el uso excesivo de comidas chatarras y enfatizar en alimentos ricos en proteínas y micronutrientes necesarios en la ingesta alimentaria de los niños en cada consulta o seguirlo promoviendo si lo implementan.

XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. MINSA: Guía de alimentación y nutrición para embarazadas, puérperas y niños menores de cinco años Normativa 029. 1era Edición. Managua-October 2009.
2. Revista de la F.C.M. de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos Vol. XV N° I, Lima - Perú, Marzo 2013.
3. Caballero Lozano L, Castillo M, Padilla Dávila M, Silva Soto R. Desnutrición Infantil en niños y niñas menores de 5 años de edad del centro de desarrollo infantil “Los pollitos”. León, Nicaragua UNAN 2009.
4. EL NUEVO DIARIO.COM.NI, 149 mil niños desnutridos en el país. Managua Nicaragua: El nuevo diario.com.ni 2015 [actualizada el 16 de Abril de 2015, acceso 18 de Agosto de 2015]. Disponible en:
<http://www.elnuevodiario.com.ni/nacionales/283294-149-mil-ninos-desnutridos-pais/>
5. Diario Libre. Niños latinoamericanos tienen la menor tasa de desnutrición del tercer mundo Bogotá-Colombia: Diariolibre.com 2015 [actualizada 25 Agosto de 2015, acceso 25 Agosto de 2015]. Disponible en:
<http://www.diariolibre.com/buenasnoticias/nios-latinoamericanos-tienen-la-menor-tasa-de-desnutricin-del-tercer-mundo-DDDL380074>
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). Temas de Salud, Factores de Riesgo definición. OMS 2015 [actualización 01 de Enero de 2015, acceso 19 de Agosto de 2015]. Disponible en http://www.who.int/topics/risk_factors/es/
7. Ruiz Hernández C, Sáenz Coronado AG, estado nutricional en niños menores de 5 años en el área urbana de Kukra Hill, león Nicaragua, UNAN 2007

8. Baltodano J... [et. al] Estado nutricional en niños y niñas de 0-5 años de edad, integrados al programa de nutrición del dispensario "Madre María Eugenia" león, Nicaragua, UNAN 2008.
9. Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Evaluación del crecimiento de niñas y niños. 1era Edición. Argentina. Editorial UNICEF, Julio 2012.
10. Nava Bravo M. tesis para optar al grado de Magíster en Nutrición: Evaluación nutricional-antropométrica, Hábitos alimentarios y actividades físicas en pre-escolares. Municipio Libertador-Venezuela, Noviembre 2008.
11. Duran Sánchez CP. Tesis para optar al título de Lic. En nutrición. Hábitos alimenticios que tienen los niños de 9 a 10 años, asistentes a la Escuela Benito Juárez. Sinaloa-México, Septiembre-Noviembre 2012. (consultado 26 de agosto de 2015) Disponible en: <http://www.ilustrados.com/tema/10307/habitos-alimenticios-familias.html>
12. Erazo, N; Perdomo, C y Hernández Y. Repercusión de los factores de riesgo sobre la desnutrición en pacientes pediátricos. Instituto Superior de Ciencias Médicas Facultad Dr. Salvador Allende [On Line]. Agosto 2005 s/nº. [Consulta: 26 de Agosto 2015]. Disponible en <http://www.ilustrados.com/publicacionesEE>
13. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) seguimiento de los progresos en nutrición de los niños y madres. Una prioridad en materia de supervivencia y desarrollo. (PDF) Diciembre 2009.
14. Tania Díaz Rivas. El observador económico. Una publicación de la Fundación Internacional para el Desafío económico global (FIDEG). Nicaragua, muestra esperanzas de lograr Seguridad Alimentaria y Nutricional. Managua, Nicaragua. [actualizado el 12 de agosto de 2011, acceso 02 de Septiembre de 2015].

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA-LEON

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ENFERMERÍA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por este medio hago constar que se me ha informado acerca del estudio denominado: Factores Sociales y Personales asociados al estado nutricional de niños menores de 5 años del Centro de salud Perla María Norori, III trimestre 2015.

Se ha explicado el objetivo del mismo el cual es determinar Factores Sociales y Personales asociados al estado nutricional de niños menores de 5 años del Centro de salud Perla María Norori. III trimestre 2015

Para el anterior estudio se me ha solicitado la participación, a lo cual declaro que libre de cualquier coacción acepto participar en el mismo a través de los mecanismos estipulados en el estudio; aclarando que al momento que considere no continuar adelante con el mismo se retirara la presente autorización.

Autoriza: _____

Firma Participante: _____

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA-LEON

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ENFERMERÍA

Caso: _____

Control: _____



Nº de Ficha: _____

ENTREVISTA

Somos estudiantes del V Año de Enfermería de la UNAN León. Le solicitamos su colaboración para llevar acabo nuestro trabajo investigativo que se titula “Factores de riesgo sociales y personales relacionados al Estado Nutricional en niños menores de 5 años”, agradecemos su ayuda y la sinceridad en sus respuestas. Este Instrumento contiene preguntas cerradas las cuales deben ser marcadas con una “X”, la información será confidencial, únicamente para fines de estudio.

I. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS:

Datos del Niño:

- | | |
|-----------------------|------------------------|
| 1. Sexo: | 3. Peso: _____ |
| Femenino _____ | 4. Talla: _____ |
| Masculino _____ | 5. IMC: _____ |
| 2. Edad: _____ | |

II. ESTADO NUTRICIONAL:

1. **Según el IMC ¿Cómo se encuentra el Estado Nutricional de su Hijo/a?**

Normal _____ Desnutrido _____ Sobrepeso _____ Obeso _____

2. **¿Tiempo que tiene su hijo/ de mantener el estado nutricional actual?**

Más de 2 meses _____ Menos de 2 Meses _____

3. **¿Según la Tarjeta de Vacunación, el Peso para la Edad de su hijo es adecuado?**
Sí ____ No ____
4. **¿Según la Tarjeta de Vacunación, el Talla para la Edad de su hijo es adecuado?**
Sí ____ No ____
5. **¿Según la Tarjeta de Vacunación, el Peso para la Talla de su hijo es adecuado?**
Sí ____ No ____

III. FACTORES DE RIESGOS SOCIALES

1. **¿Cuál es el Ingreso Económico mensual en córdobas de su familia?**
Inferior al salario mínimo____ Superior al salario mínimo____
2. **¿De la cantidad antes señalada que porcentaje del Salario destina para la alimentación mensual de la familia?**
Menos del 50%____ Más del 50%____
3. **¿Cuántos hijos vivos tiene usted?**
De 3 hijos a más____ Menos de 3 hijos ____
4. **¿La vivienda donde usted habita es propia?**
Sí____ No____
5. **¿Cuántas personas habitan en su casa?**
De 4 personas a más____ Menos de 4 personas____
6. **¿Cuántos cuartos tiene su casa?**
Menos de 3 Cuartos____ De 3 a más____
7. **¿Cuál es su nivel de Educación?**
Analfabeta____ Alfabetada____

8. **¿Usted alimenta exclusivamente a su niño con Purés?**
No___ Si___
9. **¿Usted alimenta exclusivamente a su niño con Atoles?**
No___ Si___
10. **¿Tiene usted accesibilidad para obtener los alimentos del hogar?**
Sí___ No___
11. **¿Los alimentos que consume en su casa los compra en el mercado?**
Sí___ No___
12. **¿Acostumbra usted al niño a comer en familia?**
No___ Si___
13. **¿Los medios de comunicación influyen en los niños para el consumo de alimento?**
Sí___ No___
14. **¿Los mensajes transmitidos por los medios de comunicación en relación a los alimentos promocionados son?**
No entendible___ Entendible___
15. **¿Ofrece usted a sus hijos golosinas?**
Sí___ No___
16. **¿Con que frecuencia consumen sus hijos Golosinas?**
De 2 veces a más___ Menos de 2 al día___
17. **¿A qué edad recibió su hijo los primeros alimentos?**
Menor de 6 meses___ Mayor de 6 meses___

18. ¿Cuántas veces come el niño al día?

De 3 veces a más____ Menos de 3 veces al día ____

19. ¿Acostumbra usted acompañar al niño a la hora de comer?

Sí____ No__

IV.FACTORES DE RIESGO PERSONALES

1. ¿Cómo fue el Peso al nacer de su hijo?

Inadecuado ____ Adecuado__

2. ¿Cuándo tuvo a su hijo la Gestación fue a término?

Sí____ No__

3. ¿Edad materna?

Menor de 25____ De 25 a más____

4. ¿Cuál es su Estado Civil?

Soltera____ Casada__

5. Según Tarjeta de Vacunación ¿Tiene su hijo/a completas las Vacunas para su Edad?

Sí____ No__

6. ¿Su Hijo/a ha presentado alguna vez Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA)?

Sí____ No__

7. ¿Cómo fue el Peso al nacer de su hijo?

Inadecuado ____ Adecuado ____

8. ¿Cuándo tuvo a su hijo la Gestación fue a término?

Sí ____ No ____

9. ¿Edad materna?

Menor de 25 ____ De 25 a más ____

10. ¿Cuál es su Estado Civil?

Soltera ____ Casada ____

11. Según Tarjeta de Vacunación ¿Tiene su hijo/a completas las Vacunas para su Edad?

Sí ____ No ____

12. ¿Su Hijo/a ha presentado alguna vez Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA)?

Sí ____ No ____

13. En los últimos 12 meses ¿Cuántos Episodios de Diarrea ha presentado su hijo/a?

De 2 veces a más ____ Menos de 2 veces ____

14. ¿Su hijo/a ha presentado alguna vez Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)?

Sí ____ No ____

15. En los últimos 12 meses ¿Cuántos Episodios de IRA ha presentado su hijo/a?

De 2 veces a más ____ Menos de 2 veces ____

16. ¿Cuándo su hijo/a tiene Diarrea e IRA lo lleva al médico?

Sí ____ No ____

17. ¿Le da pecho Materno a su hijo/a?

Sí___

No___

18. ¿Qué tipo de Lactancia le dio a su hijo/a?

Exclusiva hasta los 6 Meses___ Complementaria antes de los 6 meses ___

19. ¿A los cuantos meses de edad dejo de dar el pecho materno a su hijo/a?

Menor de 6 meses___ Mayor de 6 Meses___

¡GRACIAS POR SU PARTICIPACION!

TABLAS

Tabla N° 1 Datos Sociodemográficos de los niños menores de 5 años en relación al Estado Nutricional del centro de salud Perla María Norori.

Sexo	Frecuencia (n)	Frecuencia Relativa (%)
Femenino	80	47.6
Masculino	88	52.4
Total	168	100
Edad	N	%
0 mes a 24 meses	99	58.9
25 a 49 meses	34	20.2
50 a 74 meses	35	20.8
Total	168	100
Peso	N	%
De 4 a 9 kg	45	26.8
De 9.1 a 14.1 kg	69	41.1
De 14.2 a 19.2 kg	43	25.6
De 19.3 a 24.2 kg	11	6.5
Total	168	100
Talla	N	%
De 57 a 70.5 cm	30	17.9
De 70.6 a 84.1 cm	48	28.6
De 84.2 a 97.7 cm	60	35.7
De 97.8 a 112.3	30	17.9
Total	168	100
IMC	N	%
Menor de 14.4 m ²	19	11.3
De 14.5 a 18.1 m ²	112	66.7
De 18.2 a 19.2 m ²	15	14.9
De 19.3 m ² a más	12	7.1
Total	168	100

Fuente: Entrevista

Tabla N° 2 Sexo de los Niños

Sexo	Caso	Control	Cantidad	%
Femenino	26	54	80	41.61
Masculino	30	58	88	52.39
Total	56	112	168	100.0

Fuente: Entrevista

X^2 : 0.048 **OR**: 0.931 **Intervalo**: **Li**: 0.489 **Ls**: 1.770

ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL CENTRO DE SALUD PERLA MARÍA NORORI III TRIMESTRE 2015.

Tabla N° 3. IMC-Estado nutricional de su hijo/a

IMC-Estado Nutricional	Frecuencia	Porcentaje
Normal	112	66.7
Desnutrido	20	11.9
Sobrepeso	24	14.3
Obeso	12	7.1
Total	168	100

Fuente: Entrevista

Tabla N° 4. Tiempo que tiene su hijo/a de mantener el estado nutricional actual.

Tiempo de Clasificación	Caso	Control	Cantidad	%
De 2 meses a más	38	98	136	81
Menos de 2 mes	18	14	32	19
Total	56	112	168	100.0

Fuente: Entrevista

X^2 : 0.003 **OR**: 0.302 **Intervalo**: **Li**: 0.137 **LS**: 0.666

Tabla N° 5. Peso adecuado para la edad del niño, según edad

Peso/Edad Adecuado	Caso	Control	Cantidad	%
No	11	75	86	51.2
Si	45	37	82	48.8
Total	56	112	168	100.0

Fuente: Entrevista

X²: 0.000 **OR:** 8.292 **Intervalo:** Li: 3.848 Ls: 17.872

Tabla N° 6. Talla adecuado para la Edad de su hijo, según edad.

Talla/Edad Adecuado	Caso	Control	Cantidad	%
No	45	37	82	48.8
Si	11	75	86	51.2
Total	56	112	168	100.0

Fuente: Entrevista.

X²: 33.45 **OR:** 0.121 **Intervalo:** Li 0.056 Ls 0.260

Tabla N° 7. Peso para la Talla de su hijo es adecuado

Peso/Talla Adecuado	Caso	Control	Cantidad	%
No	54	17	71	42.3
Si	2	95	97	57.7
Total	56	112	168	100.0

Fuente: Entrevista

X²: 0.000 **OR:** 0.007 **Intervalo:** Li: 0.001 Ls: 0.030

Factores Sociales relacionados al estado nutricional de niños menores de 5 años del Centro de Salud Perla María Norori III Trimestre 2015.

Tabla N° 8. Ingreso Económico mensual

Ingreso Económico Mensual	Caso	Control	Cantidad	%
Inferior al salario mínimo	36	85	121	72
Superior al salario mínimo	20	27	47	28
Total	56	112	168	100

Fuente: Entrevista.

X²: 2.496 OR: 0.572 Intervalo: Li: 0.285 Ls: 1.148

Tabla N° 9. Porcentaje del Salario destina para la alimentación.

% destinado para Alimentación	Caso	Control	Cantidad	%
Del 50% a más	31	66	97	57.8
Menos del 50%	25	46	71	42.2
Total	56	112	168	100

Fuente: Entrevista.

X²: 0.195 OR: 1.157 Intervalo: Li: 0.606 Ls: 2.211

Tabla N° 10. Número de hijos.

N° de Hijos	Caso	Control	Cantidad	%
De 3 Hijos a más	14	19	33	19.7
Menos de 3 hijos	42	93	135	80.3
Total	56	112	168	100

Fuente: Entrevista.

X²: 1.527 OR: 0.613 Intervalo: Li: 0.281 Ls: 1.338

Tabla N° 11. Vivienda donde habita es propia.

Vivienda Propia	Caso	Control	Cantidad	%
No	36	83	119	70.8
Si	20	29	49	29.2
Total	56	112	168	100

Fuente: Entrevista.

X²: 1.743 OR: 1.590 Intervalo: L_i 0.797 L_s: 3.173

Tabla N° 12. Personas que habitan en su casa.

N° de Personas en la Casa	Caso	Control	Cantidad	%
De 4 personas a más	45	71	116	69
Menos de 4 personas	11	41	52	31
Total	56	112	168	100

Fuente: Entrevista.

X²: 0.018 OR: 2.362 Intervalo: L_i 1.101 L_s 5.067

Tabla N° 13. Número de cuartos que tiene la casa.

N° de cuartos en Casa	Caso	Control	Cantidad	%
Menos de 3 Cuartos	53	101	153	91.1
De 3 cuartos a más	3	11	14	8.9
Total	56	112	168	100

Fuente: Entrevista

X²: 0.974 OR: 1.924 Intervalo: L_i 0.514 L_s 7.197

Tabla N° 14. Nivel de Educación.

Escolaridad Materna	Casos	Control	Cantidad	%
Analfabeta	2	2	4	2.4
Alfabeto	54	110	164	97.6
Total	56	112	168	100

Fuente: Entrevista.

X²: 0.512 OR: 2.037 Intervalo: L_i 0.279 L_s 14.855

Tabla N° 15. Alimentación exclusiva con Purés.

Alimentación con Purés	Casos	Control	Cantidad	%
No	12	6	18	10.7
Si	44	106	150	89.3
Total	56	112	168	100

Fuente: Entrevista.

X^2 : 0.002 **OR**: 4.818 **Intervalo**: L_i 1.701 L_s 13.647

Tabla N° 16. Alimentación exclusiva con Atoles.

Alimentación con Atoles	Casos	Control	Cantidad	%
No	44	109	153	91
Si	12	3	15	9
Total	56	112	168	100

Fuente: Entrevista

X^2 : 16.141 **OR**: 9.909 **Intervalo**: L_i : 2.666 L_s : 36.824

Tabla N 17. Accesibilidad para obtener los alimentos.

Accesibilidad a Alimentos	Casos	Control	Cantidad	%
Si	54	103	157	93.5
No	2	9	11	6.5
Total	56	112	168	100

Fuente: Entrevista

X^2 : 1.216 **OR**: 2.359 **Intervalo**: L_i 0.492 L_s 11.308

Tabla N° 18. Obtención los alimentos en el Mercado.

Obtención de Alimentos	Casos	Contr ol	Cantidad	%
Si	30	57	87	51.8
No	26	55	81	48.2
Total	56	112	168	100

Fuente: Entrevista

X²: 0.107 OR: 1.113 Intervalo: L₁ 0.585 L_s: 2.117

Tabla N° 19. Comer en familia.

Comer en Familia	Casos	Control	Cantidad	%
No	19	59	78	46.4
Si	37	53	90	53.6
Total	56	112	168	100

Fuente: Entrevista

X²: 5.237 OR: 0.461 Intervalo: L₁ 0.237 L_s 0.898

Tabla N° 20. Influencia de los medios de comunicación en la alimentación de los niños.

Influencia Medios de Comunicación	Casos	Contr ol	Cantidad	%
Si	53	109	162	96.4
No	3	3	6	3.6
Total	56	112	168	100

Fuente: Entrevista

X²: 0.778 OR: 0.486 Intervalo: L₁ 0.095 L_s 2.491

Tabla N° 21. Mensajes transmitidos por los medios de comunicación.

Mensajes Medios de Comunicación	Casos	Control	Cantidad	%
No Entendible	33	80	114	67.9
Entendible	23	32	54	32.1
Total	56	112	168	100

Fuente: entrevista

X²: 2.679 OR: 0.583 Intervalo: L_i 0.304 L_s 1.116

Tabla N° 22. Consumo de Comida Chatarra.

Consumo de comida chatarra	Casos	Control	Cantidad	%
Si	53	105	158	94
No	3	7	10	6
Total	56	112	168	100

Fuente: Entrevista

X²: 0.053 OR: 1.178 Intervalo: L_i 0.293 L_s 4.739

Tabla N° 23 Frecuencia del consumo de comida chatarra.

Frecuencia de Consumo de Golosinas	Caso s	Contr ol	Cantidad	%
De 2 veces a más	42	35	77	45.9
Menos de 2 veces al día	14	77	91	54.1
Total	56	112	168	100

Fuente: Entrevista

X²: 28.783 OR: 0.152 Intervalo: L_i 0.073 L_s 0.313

Tabla N° 24 Edad que recibió su hijo los primeros alimentos

Edad de Primeros Alimentos	Casos	Control	Cantidad	%
Menor de 6 meses	49	91	140	83.3
Mayor de 6 meses	7	21	28	16.7
Total	56	112	168	100

Fuente: Entrevista

X^2 : 1.050 **OR**: 1.615 Intervalo: L_i 0.642 L_s 4.067

Tabla N° 25 Número de veces que come el niño al día.

Veces de Comida del Niño	Casos	Control	Cantidad	%
De 3 veces a más	54	109	163	97
Menos de 3 veces al día	2	3	5	3
Total	56	112	168	100

Fuente: Entrevista

X^2 : 0.103 **OR**: 1.346 Intervalo: L_i 0.218 L_s 8.294

Tabla N° 26 Acompaña al niño a la hora de comer

Acompañar a comer al niño	Casos	Control	Cantidad	%
No	36	63	99	59
Si	20	49	69	41
Total	56	112	168	100

Fuente: Entrevista

X^2 : 0.996 **OR**: 0.714 Intervalo: L_i 0.368 L_s 1.385

Factores de Riesgo Personales relacionados al estado nutricional de niños menores de 5 años del Centro de Salud Perla María Norori III Trimestre 2015.

Tabla N° 27 Peso al nacer de su hijo.

Peso al Nacer	Casos	Control	Cantidad	%
Inadecuado	14	29	43	25.6
Adecuado	42	83	125	74.4
Total	56	112	168	100

Fuente: Entrevista

X^2 : 0.016 **OR**: 1.048 **Intervalo**: L_i 0.501 L_s 2.192

Tabla N° 28 Gestación a término.

Gestación a Termino	Casos	Control	Cantidad	%
Si	43	81	124	73.8
No	13	31	44	26.2
Total	56	112	168	100

Fuente: Entrevista

X^2 : 0.385 **OR**: 1.266 **Intervalo**: L_i 0.601 L_s 2.669

Tabla N° 29 Edad Materna.

Edad Materna	Casos	Control	Cantidad	%
Menor de 25 años	45	85	130	77.3
De 25 a más	11	27	38	22.7
Total	56	112	168	100

Fuente: Entrevista

X^2 : 0.425 **OR**: 1.299 **Intervalo**: L_i 0.591 L_s 2.860

Tabla N° 30 Estado Civil.

Estado Civil	Casos	Control	Cantidad	%
Soltera	10	25	35	20.8
Casada	46	87	133	79.2
Total	56	112	168	100

Fuente: Entrevista

X^2 : 0.451 OR: 0.757 Intervalo: L_i 0.335 L_s 1.710

Tabla N° 31 Esquema de Vacunación Completo.

Vacunas Completas	Casos	Control	Cantidad	%
Si	48	95	143	85.2
No	8	8	17	14.8
Total	56	112	168	100

Fuente: Entrevista

X^2 : 0.023 OR: 1.074 Intervalo: L_i 0.433 L_s 2.665

Tabla N° 32 Enfermedades Diarreicas Agudas

Presencia de EDA	Casos	Control	Cantidad	%
Si	34	90	124	73.8
No	22	22	44	26.2
Total	56	112	168	100

Fuente: Entrevista

X^2 : 0.006 OR: 0.378 Intervalo: L_i 0.186 L_s 0.769

Tabla N° 33 Episodios de Diarrea ha presentado su hijo/a.

Episodio de EDA	Casos	Control	Cantidad	%
De 2 veces a más	18	68	86	51.2
Menos de 2 veces	38	44	82	48.8
Total	56	112	168	100

Fuente: Entrevista

X^2 : 0.001 OR: 3.263 Intervalo: L_i 1.658 L_s 6.421

Tabla N° 34 Infecciones Respiratorias Agudas.

Presencia de IRA	Casos	Control	Cantidad	%
Si	39	82	121	72
No	17	30	47	28
Total	56	112	168	100

Fuente: Entrevista

X^2 : 0.236 **OR**: 0.839 Intervalo: L_i 0.414 L_s 1.701

Tabla N° 35. Episodios de IRA ha presentado su hijo/a.

Episodio de IRA	Casos	Control	Cantidad	%
De 2 veces a más	39	80	119	70.8
Menos de 2 veces	17	32	49	29.2
Total	56	112	168	100

Fuente: Entrevista

X^2 : 0.058 **OR**: 1.090 Intervalo: L_i 0.540 L_s 2.198

Tabla N° 36 Consulta en episodios de Diarrea e IRA.

Consulta médica	Casos	Control	Cantidad	%
Si	37	73	110	65.5
No	19	39	58	34.5
Total	56	112	168	100

Fuente: Entrevista

X^2 : 0.013 **OR**: 1.040 Intervalo: L_i 0.529 L_s 2.046

Tabla N° 37 Da Pecho Materno a su hijo/a.

Pecho materno	Casos	Control	Cantidad	%
Si	52	80	132	78.6
No	4	32	36	21.4
Total	56	112	168	100

Fuente: Entrevista

X^2 : 0.001 **OR**: 5.200 **Intervalo**: L_i 1.737 L_s 15.567

Tabla N 38 Tipo de Lactancia Materna le dio a su niño.

Tipo de Lactancia	Casos	Control	Cantidad	%
Exclusiva hasta los 6 meses	13	27	40	23.8
Complementaria antes de los 6 meses	43	85	128	76.2
Total	56	112	168	100

Fuente: Entrevista

X^2 : 0.016 **OR**: 0.952 **Intervalo**: L_i 0.447 L_s 2.028

Tabla N° 39 Edad que inicio el Destete.

Destete	Casos	Control	Cantidad	%
Menor de 6 Meses	26	31	57	44
Mayor de 6 Meses	30	81	111	66
Total	56	112	168	100

Fuente: Entrevista

X^2 : 0.013 **OR**: 2.265 **Intervalo**: L_i 1.160 L_s 4.420