

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

FACULTAD DE MEDICINA

MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD

HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTOBAL - TACHIRA

POSTGRADO EN PUERICULTURA Y PEDIATRÍA

FACTORES SOCIALES Y CULTURALES INFLUYENTES EN EL

ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS DE 2 MESES A 4

**AÑOS: SERVICIO DE PEDIATRIA. HOSPITAL CENTRAL DE SAN
CRISTÓBAL**

AUTOR: DRA. LUDEIMAR SÁNCHEZ ARELLANO

TUTOR METODOLÓGICO: DR. MARCO LABRADOR.

TUTOR CIENTÍFICO: DRA. CARMEN MORA.

SAN CRISTÓBAL – ESTADO TÁCHIRA

2014

**FACTORES SOCIALES Y CULTURALES INFLUYENTES EN EL
ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS DE 2 MESES A 4
AÑOS: SERVICIO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL CENTRAL DE SAN
CRISTÓBAL**

TRABAJO ESPECIAL DE GRADO PRESENTADO POR EL MÉDICO CIRUJANO
LUDEIMAR ANGÉLICA SÁNCHEZ ARELLANO, C.I.17.861.418 ANTE EL
CONSEJO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE LOS
ANDES, COMO CREDENCIAL DE MÉRITO PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO
DE ESPECIALISTA EN PUERICULTURA Y PEDIATRÍA.

Autor: Dra. Ludeimar Angélica Sánchez Arellano. Médico Cirujano egresado de la Universidad de Los Andes. Residente de tercer año del Posgrado de Puericultura y Pediatría de la Universidad de Los Andes.

Tutor Metodológico Dr. Marco Labrador. Médico cirujano. Pediatra puericultor. Docente jubilado Universidad de Los Andes, extensión San Cristóbal. Profesor de la Cátedra de Metodología de la Investigación en el Hospital Central de San Cristóbal. Director del área de Docencia e Investigación del Hospital Central de San Cristóbal.

Tutor Científico: Dra. Carmen Mora. Médico Cirujano. Pediatra Puericultura. Profesora asistente de pregrado y posgrado de la Universidad de los Andes. Coordinadora del Posgrado de Puericultura y Pediatría de la ULA, Extensión Táchira. Médico adjunto del Departamento de Pediatría Hospital Central de San Cristóbal. Disertación académica de Maestría en Puericultura y Pediatría-ULA, Núcleo Táchira 2014.

AGRADECIMIENTOS

Le agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi camino, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.

A mis padres, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento. Depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad. Es por ellos que soy lo que soy ahora. Los amo con mi vida.

A mis hermanas por estar siempre presentes, acompañándome para poderme realizar. A mi sobrinos Gabriel, Samuel y Angel Santiago, quienes han sido una motivación, inspiración y me llenan de felicidad.

A Luis Adrian, gracias por tu infinita paciencia, por tu tierna compañía y tu inagotable apoyo.

Gracias por compartir mi vida y mis logros, te amo.

A la Dra. Carmen Mora mi tutora de tesis por brindarme su apoyo, paciencia, su valiosa guía y asesoramiento a la realización de la misma.

INDICE

Resumen.....	1
Abstract.....	2
Introducción.....	3
• Planteamiento del problema.....	5
• Justificación e importancia	8
• Antecedentes	10
• Marco Teórico.....	16
• Objetivos Generales y Específicos.....	28
Marco metodológico	
• Tipo de Investigación	30
• Población y muestra.....	30
• Sistema de variables	31
Resultados	
• Presentación de resultados.....	36
• Discusión.....	65
Conclusiones	70
Recomendaciones	71
Referencias bibliográficas.....	72
Anexos	77

RESUMEN

La adecuada nutrición en los seres humanos en el periodo comprendido entre el nacimiento y los seis primeros años de vida, van a ser el reflejo de una vida saludable en las edades posteriores.

Objetivo: Analizar los factores sociales y culturales que influyen en el estado nutricional de los niños de dos meses a cuatro años de edad ingresados en el servicio de pediatría del Hospital Central de San Cristóbal durante el período Abril – Julio del 2014.

Materiales y métodos: se realizó un estudio no experimental, transversal y descriptivo; la muestra estuvo representada por 65 binomios madre-hijo. Se clasificó el estado nutricional utilizando el programa WHO Anthro software. La información obtenida al entrevistar la madre se procesó a través del SPSS versión 19.

Resultados: la mayoría de los niños hospitalizados se encuentran eutróficos y se evidencia presencia de niños desnutridos. No se encontraron niños obesos pero si con sobrepeso y con riesgo de sobrepeso. Los factores que contribuyen significativamente en el estado nutricional son: educación de la madre, número de hermanos, proceder de zona rural, hacinamiento, control del embarazo y el cumplimiento de las inmunizaciones.

Conclusiones: existen problemas nutricionales tanto de déficit como de exceso, situación que amerita elaborar un plan integral con participación de diferentes actores sociales y de personal de salud, que permita revertir conductas maternas de riesgo y superar deficiencias en la calidad de los servicios institucionales con el fin de disminuir la prevalencia de trastornos nutricionales.

Palabras Clave: Riesgo Nutricional; Nutrición; Infantes; Pediatría.

ABSTRAC

Adequate nutrition in humans in the period between the birth and the first six years of life will be the reflection of a healthy life in the later middle ages.

Objective: To analyze the social and cultural factors that influence the nutritional status of children aged two months to four years of age admitted to the pediatric ward of the Central Hospital of San Cristobal during the period from April to July 2014.

Materials and methods: a non-experimental, cross-sectional descriptive study was conducted; sample was represented by 65 mother-child pairs. Nutritional status was classified using the WHO Anthro software program. Information obtained by interviewing the mother was processed through the SPSS version 19.

Results: The majority of hospitalized children are well nourished and malnourished children present evidence. No children were found obese but overweight and risk for overweight. Factors contributing significantly in nutritional status were found: mother's education, number of siblings, come from rural areas, overcrowding, birth control and compliance with immunizations.

Conclusions: There are nutritional problems both deficit and excess, situation requires a comprehensive plan involving different stakeholders and health personnel, in order to reverse maternal risk behaviors and overcome deficiencies in the quality of institutional services in to reduce the prevalence of nutritional disorders.

Keywords: Nutritional Risk; nutrition; infants; Pediatrics.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la Salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”

(1). Uno de los aspectos que van a contribuir a mantener la salud es la alimentación, alterada en la actualidad por la influencia de los nuevos estilos de vida de la sociedad y sólo una correcta educación nutricional podría modificar conductas y actitudes erróneas, con el objetivo de recuperar hábitos saludables que ayuden a mejorar la calidad de vida.

El periodo que transcurre entre el nacimiento y los primeros seis años de la vida es de singular importancia, de manera incluso irreversible, para el crecimiento, el desarrollo físico y mental del niño, así como para el establecimiento de bases firmes para lograr una vida sana, útil y productiva en la edad adulta. Por tanto, una buena alimentación en la infancia es indispensable para que el crecimiento y desarrollo del pequeño sean óptimos, ya que implica un conjunto de cambios somáticos y funcionales como resultado de la interacción de factores genéticos y las condiciones del medio ambiente en las que vive el individuo. (2)

El estado nutricional es, primariamente, el resultado del balance entre las necesidades y el gasto de energía alimentaria y otros nutrientes esenciales, y secundariamente, el resultado de una gran cantidad de determinantes: factores económicos, sociales y culturales, y por la disponibilidad, el acceso, el consumo y el aprovechamiento biológico de los alimentos. Estudios realizados en América Latina y en los países en desarrollo coinciden en que el bajo poder adquisitivo, el limitado nivel educativo y las malas condiciones de higiene de

los alimentos se relacionan con las altas tasas de desnutrición, además de la interacción entre la desnutrición y las infecciones, que se agravan mutuamente. (3-5)

Un aspecto de trascendental importancia en el estado nutricional son los hábitos y las costumbres alimenticias, los cuales se ven influenciados por el ambiente donde el niño se desarrolla. En la infancia se imitan algunas preferencias alimentarias de familiares, amigos y de personas que ellos consideren modelo para la alimentación, con variados efectos en el patrón de alimentación que pueden contribuir a riesgos para la nutrición y a un compromiso del estado de salud. La influencia de la madre es bastante fuerte en esa etapa, porque es ella quien decide los alimentos que compra y prepara de acuerdo con su capacidad económica, la disponibilidad de tiempo, los conocimientos y preferencias que tenga para la selección de alimentos. Por lo tanto, cuando las condiciones de vida son favorables (físicas, biológicas, nutricionales y psicosociales), el potencial genético puede expresarse de manera integral; por el contrario, si éstas son desfavorables, la expresión se verá disminuida. (5)

En los dos últimos decenios, los perfiles sanitarios, demográficos y nutricionales del país han tenido un cambio gradual, aunque no siempre al mismo ritmo ni al mismo tiempo. En el país coexisten varias formas y grados de desnutrición y carencias nutricionales, junto a la obesidad y el exceso de peso. (6)

Pediatras, nutricionistas y especialistas en salud pública por muchos años le dedicaron más atención a la detección y tratamiento de la desnutrición severa, y no a las formas leves y moderadas de desnutrición, olvidando que la antropometría nutricional, así como el conocimiento de los factores sociales, económicos, y culturales que influyen en el estado nutricional, es una herramienta de tamizaje de la población, de uso fácil y de bajo costo.

Además, sirve para evaluar intervenciones, vigilar tendencias en el tiempo y orientar actividades de promoción de salud. (4)

www.bdigital.ula.ve

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El estado nutricional, como resultado directo del consumo y la utilización de los alimentos, es un indicador importante del nivel de salud y de la calidad de vida de la población, así como del grado de satisfacción de sus necesidades básicas. Por esta razón, la valoración nutricional de la población, es un elemento de gran importancia en Salud Pública. (7)

El pediatra de atención primaria mediante el seguimiento periódico del niño en los exámenes de salud, y a través de la exploración ante cualquier circunstancia patológica, resulta ser el mejor conocedor de su desarrollo y estado de nutrición. Entendiendo bien las bases fisiológicas del crecimiento y valorando la progresión individual en el tiempo, dispone de la mejor herramienta para detectar precozmente cualquier desviación de la normalidad. En nuestra sociedad, determinados hábitos han propiciado la tendencia a la sobrenutrición y obesidad de la población infantil, con la consiguiente predisposición a padecer en la edad adulta enfermedades nutricionales (obesidad, hipertensión arterial, arterosclerosis, diabetes mellitus). No obstante, también se sufre desnutrición como consecuencia de una alimentación inadecuada en cantidad y/o calidad (desnutrición primaria) o por enfermedades que desencadenan un balance energético negativo (desnutrición secundaria). (8)

Numerosos factores sociales y culturales contribuyen en el estado nutricional de los niños en Venezuela. Sin embargo, estos factores no son los mismos en todas las regiones, pues las prácticas de alimentación del menor están determinadas por la forma que el grupo familiar concibe la alimentación, es decir no solo como proceso de crecimiento sino como hecho cultural y social. La dinámica de la familia asociada a las concepciones culturales

sobre la crianza de los niños determina en muchos casos la cantidad y calidad de los alimentos que recibe el niño durante los primeros años de vida. La presencia o no de un cuidador, la disponibilidad de tiempo para atender al bebe y preparar sus alimentos, así como el nivel de escolaridad materna o condiciones de vivienda, etc., pueden estar condicionando o no en el tipo y cantidad de alimento que el niño recibe, y, por lo tanto, tiene un peso de gran importancia en el crecimiento. (9)

La influencia de estos factores genera una elevada morbilidad, que frecuentemente se asocia con problemas nutricionales. El niño de cero a dos años está en un periodo de transición en el proceso de alimentación y es el más vulnerable a la desnutrición, la enfermedad y la muerte. Por otra parte, la obesidad constituye actualmente un importante problema para la salud de los niños. También es un problema creciente en algunos sectores de la población de América Latina, aunque el principal problema de esta región sigue siendo la desnutrición y no la nutrición excesiva. Sin embargo, en el nivel nutricional de un individuo la carencia (desnutrición) o el exceso (obesidad) constituyen serios riesgos para la salud. (2)

Generalmente el origen del problema radica principalmente en la familia y en la escuela, siendo necesario para resolverlo descubrir y analizar los factores que, directa o indirectamente, inciden en él y, a ser posible, proponer medidas adecuadas aplicables a la comunidad que se dirijan especialmente al aspecto educacional. Al respecto, el Estado Venezolano ha implementado el Programa de Alimentación Escolar (PAE), con la finalidad de garantizar la atención alimenticia y nutricional a la población de niños, niñas, adolescentes y jóvenes estudiantes dependientes de las instituciones nacionales.

Por todo lo anterior, surge la necesidad de investigar sobre esta materia y en este sentido se plantea las siguientes interrogantes:

¿Cuáles son los factores sociales y culturales que influyen en el estado nutricional de los niños de dos meses a cuatro años de edad ingresados en el servicio de Pediatría del Hospital Central de San Cristóbal durante el período Abril – Julio 2014?

¿Cómo se clasifica el estado nutricional de los niños de 2 meses a 4 años de edad ingresados en el servicio de pediatría durante el período Abril – Julio de 2014, utilizando los indicadores antropométricos P/E (peso/edad), T/E (talla/edad) y P/T (peso/talla), según los nuevos estándares de la Organización Mundial de la Salud (OMS)?

www.bdigital.ula.ve

JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

La nutrición es considerada uno de los principales componentes para alcanzar el estado de salud óptima y garantizar una buena calidad de vida. Sin embargo, el estado nutricional infantil es expresión no sólo del balance alimentario sino también de las condiciones de vida y de diversos factores económicos, sociales y culturales, y por la disponibilidad, el acceso, el consumo y el aprovechamiento biológico de los alimentos.

El Hospital Central de San Cristóbal, es un centro de referencia regional, al cual acude un importante porcentaje de población infantil y al momento de realizar la evaluación antropométrica se observa que presentan algún grado de compromiso nutricional.

Los estudios prospectivos y retrospectivos sobre los factores que influyen en el estado nutricional en países de bajos ingresos son relativamente escasos, más aun lo son los estudios locales, surgiendo a raíz de esto el interés personal para realizar esta investigación, pues aporta información reciente respecto a la condición nutricional que presentan los niños que acuden a nuestra institución.

El interés para el personal de salud, en especial para el pediatra radica en reconocer estos factores y constituirse en actores locales activos para contribuir oportunamente al mejoramiento del estado de salud y de una buena nutrición en los niños.

Para las autoridades, el conocimiento de estos factores es de suma importancia ya que con esta herramienta se pueden elaborar estrategias y planificar programas de prevención, acción y evaluación que reduzcan la prevalencia de los problemas nutricionales, ya que al mejorar la situación nutricional de los niños mejoraremos el capital humano del adulto y

como consecuencia habrá mejoramiento en la productividad, desarrollo económico y social.

Al no existir estudios relacionados con los factores sociales y culturales que influyen en el estado nutricional de los niños en este sector, se hace necesario realizar un diagnóstico que permita obtener esta información.

www.bdigital.ula.ve

ANTECEDENTES

Córdova, Espinoza y Morán, realizaron en el año 2002, en Perú, un estudio sobre los factores sociales y culturales que influyen en el estado nutricional de los niños menores de 3 años en comunidades pobres de la provincia de Satipo, con el fin de contar con elementos importantes para orientar el componente educativo de la estrategia AIEPI (Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia). Para este fin se seleccionó una muestra representativa conformada por 120 madres de niños menores de 3 años. Se concluyó, que los factores que significativamente contribuyen a la presencia de desnutrición crónica en las comunidades de estudio son: bajo nivel educativo de la madre y del cuidador, carencia de un ambiente específico en el hogar para el consumo de alimentos y ausencia de control del embarazo. La mayoría de madres de los niños con desnutrición crónica no reconoce esta condición en sus hijos, y las que sí lo logran no la relacionan a prácticas alimentarias o a disponibilidad de alimentos. Además, un alto número de madres pertenecientes al grupo de estudio refiere haber recibido poca o ninguna información acerca de la alimentación del menor antes del nacimiento del niño, durante su estancia para el parto y durante el control de crecimiento del niño. (9)

Alcaraz G, y cols. Realizaron un estudio del estado nutricional y condiciones de vida de los niños menores de cinco años del área urbana del municipio de Turbo, Antioquia, Colombia, en el año 2004. Evaluaron el estado nutricional de los niños en el área urbana de Turbo por indicadores antropométricos y alimentarios, e identificaron los factores socio demográficos, ambientales, alimentarios y de salud asociados con el riesgo de desnutrición. La muestra estuvo conformada por 606 niños. Se realizó evaluación antropométrica y aplicación de un

cuestionario sobre aspectos socioeconómicos y antecedentes nutricionales a la madre. Resultados. Utilizando un punto de corte de -2 unidades Z, las prevalencias de desnutrición global (insuficiencia ponderal), crónica y aguda fueron 11,1% (IC95% 8,5-13,6), 11,7% (IC95% 9,1-14,4) y 2,8% (IC95% 1,4-4,2), respectivamente. Tomando como punto de corte -1 unidades Z, las prevalencias aumentaron a 41,7% (IC95% 37,7-45,8), 36,9% (IC95% 33,0-40,9) y 24,6% (IC95% 21,1-28,1), respectivamente. En el análisis bivariado se encontraron que los factores asociados con el riesgo de desnutrición en los menores de cinco años de este municipio son: ser hombre, ser mayor de un año, pertenecer a familia numerosa y ser hijo de madre con baja escolaridad. En este estudio no se encontró asociación entre ingresos económicos y desnutrición. Llama la atención que la emaciación y la insuficiencia ponderal fueron ligeramente superiores en los niños de familias con mayores ingresos económicos. A pesar de que la desnutrición, generalmente, está asociada con la pobreza y con la presencia de enfermedades infecciosas, otros factores, como el medio ambiente, la cultura, son también factores determinantes.

Restrepo M, Maya Maryori, en el año 2005 desarrollaron un estudio denominado “La familia y su papel en la formación de los hábitos alimentarios en el escolar. Un acercamiento a la cotidianidad”, en la ciudad de Medellín - Colombia. Realizaron un estudio cualitativo en el cual se analizaron las percepciones de padres, profesores y niños acerca de la alimentación y nutrición de los escolares. Los informantes fueron 29 escolares, 16 madres de familia y 12 profesores de la Escuela Tomas Carrasquilla (Medellín, Colombia). Se encontró que en un medio con carencias y violencia social se desarrollan diferentes estrategias de vida para afrontar la situación alimentaria, tanto en el orden familiar como escolar. En la familia se desarrollan las pautas culturales y los hábitos

alimentarios que la madre socializa a través de la cocina, donde se recrean las identidades familiares y sociales, los roles y vínculos domésticos, el placer, el gusto y el rechazo por distintos alimentos. Los niños son innovadores de por sí y forman sus gustos y preferencias individuales, que van muy asociados a la formación de su personalidad, lo que hace que muchas veces el acto alimentario se convierta en algo impositivo: las mamás no pueden dar a los niños lo que les gusta sino lo que ellas piensan que es bueno, saludable, culturalmente aceptable y económicamente posible. Tener acceso a alimentos en cantidad, variedad y frecuencia depende de los ingresos que genera un empleo estable, y si bien es verdad que ése es un factor determinante que incide en la dieta de la familia y de los escolares, no es suficiente para explicar sus condiciones nutricionales, pues en muchos casos las familias pobres encuentran en la conformación familiar, en las redes de apoyo social y en sus estrategias de vida una forma de minimizar su situación de precariedad económica y de marginalidad. Así, la familia de tipo patriarcal, que posibilita la complementariedad de los sexos (el padre proveedor y la madre dedicada al cuidado de sus hijos) y la existencia de redes parentales como la familia extensa y las redes de apoyo extra familiares —vecinos y amigos— desempeñan un papel fundamental en la alimentación de los niños, que se ve favorecida en un ambiente de protección y cuidado. Este trabajo, en su exploración, encontró que algunos niños que viven en las mismas circunstancias de precariedad tienen diferencias en su estado nutricional marcadas por el cuidado no sólo de la madre sino de la red familiar y de apoyo que velan por su bienestar. (5)

Merchán J, realizó un estudio en el año 2009 en un centro escolar de Loja – Ecuador, para determinar los factores que influyen en el estado nutricional de niños y niñas de 6 a 12 años. El universo estuvo conformado por 34 niños y niñas, 32 componen la muestra porque

cumplen con el criterio de inclusión de estar entre 6 y 12 años. También lo formó 20 madres de familia que proveen información sobre alimentación y nivel socio-económico. El tipo de estudio fue descriptivo, basado en: medidas antropométricas, lista de alimentos y encuesta socioeconómica, para el análisis posterior. Los resultados demostraron 1 niño de 11 años obeso ubicado en P97. El resto de niños y niñas se encuentran entre P5 y P95, gozando de un buen estado nutricional. Los alimentos más consumidos son: arroz, atún, sardina, panela, frutas y café lo que garantiza los nutrientes básicos para su desarrollo. Del análisis socioeconómico se concluye que el 50% de madres están en el rango entre 31 y 40 años; 55% de madres tienen entre 2 y 4 hijos; el nivel de escolaridad entre primaria completa e incompleta suma el 90% de las madres; 40% ha recibido talleres sobre alimentación infantil según los requerimientos para la edad; 95% de madres alimenta a sus hijos de acuerdo a la tradición. 65% de niños se alimenta 3 veces al día, el 100% de niños es beneficiado con el programa de alimentación escolar. (11)

Asencio B, Muñoz K, realizaron un estudio en el año 2012 en Ecuador, acerca de la influencia de los factores socioeconómicos y culturales en el estado nutricional de los preescolares según su alimentación en las guarderías. Se encontró una distribución de menores de 2 a 5 años donde el 57% corresponden al género femenino y el 43% corresponden al género masculino. En la evaluación antropométrica mediante indicadores antropométricos, se encontró el 77% de los niños/as con peso normal, el 12% niños/as con desnutrición o bajo peso, el 7% con riesgo de sobrepeso y el 4% con obesidad. Analizando a la madres y cuidadoras en el momento de la encuesta a nivel cultural existen mucho desconocimiento sobre nutrición, y a nivel socioeconómico existe un promedio medio ya que tienen un sueldo indefinido por lo tanto esto afecta a la alimentación de los niños/as.

La cantidad y calidad de alimentos que ingieren los niños en su mayoría es la adecuada pero las madres desconocen las porciones adecuadas que deben dar a sus hijos, y las cuidadoras de la misma manera ya que para todas las edades no es la misma cantidad. (12)

En Venezuela, en el año 2012, Rodríguez y cols., realizaron un estudio en Carabobo con el objetivo de evaluar el estado nutricional en los niños de 1 a 14 años de la comunidad "Los Naranjos", Municipio de Miranda. Se desarrolló un estudio transversal donde se aplicó un cuestionario y se realizaron mediciones antropométricas a los niños. Se evaluó la relación entre el estado nutricional y las variables seleccionadas. Se obtuvo como resultados: la tasa de prevalencia de malnutrición fue de 47 %, y predominó la malnutrición por defecto con talla muy baja. En el análisis efectuado sobre el comportamiento de variables demográficas y socioeconómicas en niños desnutridos, se identificó que el mayor porcentaje de estos tenía madres con las siguientes características: bajo nivel de escolaridad, jóvenes, no casadas y no trabajaban y padres con bajo nivel de escolaridad y que eran obreros o estudiantes. La mayor proporción de estos niños tenían hermanos y vivían en núcleos familiares medianos y grandes, donde pocos de sus integrantes realizaban un aporte económico. En conclusión, no se detectó asociación del estado nutricional de los niños con el sexo ni la edad. La mayor parte de los niños malnutridos por defecto fueron clasificados como "normal con talla muy baja". Los factores asociados al estado nutricional de los niños fueron la escolaridad de las madres, la cantidad de integrantes del núcleo familiar y el porcentaje de integrantes que aportaban ingresos económicos al hogar. La malnutrición por defecto fue más frecuente en los niños cuyas madres y/o padres tenían un bajo nivel de escolaridad; las madres eran jóvenes, amas de casa y que no tenían vínculo conyugal estable y en los de padres obreros o estudiantes; también en los que tenían hermanos,

procedían de núcleos familiares medianos o grandes y en los que un bajo porcentaje de los integrantes aportaba económicamente al hogar. La mayor parte de los niños con malnutrición por defecto no tenían antecedentes de bajo peso al nacer o prematuridad, ni padecían enfermedades crónicas. (13)

Las investigaciones mencionadas anteriormente, como puede observarse, están ligadas epistemológicamente al presente trabajo de investigación. El abordaje del conocimiento puesto de manifiesto por los investigadores y los resultados mostrados, pasaran a enriquecer el proceso de recolección y análisis de la data de esta investigación. Los factores sociales, culturales, económicos, educativos, demográficos y antropométricos, analizados en los trabajos mencionados se transforman en datos de un valor investigativo altamente ponderable. Se pretende reconocer a los investigadores y los resultados de sus trabajos. Convergen además, la presente investigación con los trabajos analizados, en la propuesta sobre los factores sociales y culturales que influyen en el estado nutricional de infantes de 2 meses a 4 años, que son atendidos en el servicio de pediatría del hospital central de San Cristóbal.

MARCO TEÓRICO

El estado nutricional es principalmente el resultado del balance entre la necesidad y el gasto de energía alimentaria y otros nutrientes esenciales. Es una condición interna del individuo que se refiere a la disponibilidad y utilización de la energía y los nutrientes a nivel celular.

(15)

La valoración del estado de nutrición tiene como objetivos (8):

- Conocer el estado de nutrición de un individuo o población en un momento dado.
- Medir el impacto de la nutrición sobre la salud, el rendimiento o la supervivencia.
- Identificar individuos en riesgo, prevenir la mala nutrición aplicando acciones profilácticas, planeación e implementación del manejo nutricional.
- Monitoreo, vigilancia, confirmar la utilidad y validez clínica de los indicadores.

Controlar el crecimiento y estado de nutrición del niño sano identificando las alteraciones por exceso o defecto.

- Distinguir el origen primario o secundario del trastorno nutricional. (8)

Para conocer el estado nutricional de una población, podemos recurrir a los indicadores directos e indirectos; los indicadores directos evalúan a los individuos y los indirectos permiten sospechar la prevalencia de problemas nutricionales. Los indicadores directos más comunes son los antropométricos, pruebas bioquímicas, datos clínicos. Los indirectos son el ingreso per cápita, consumo de alimentos, tasas de mortalidad infantil, entre otros. (16)

La sistemática de la valoración nutricional incluirá los siguientes aspectos:

Anamnesis

Se obtendrán datos acerca de la familia y el medio social (trabajo de los padres, personas que cuidan del niño, número de hermanos, afecciones de los padres y hermanos).

Antecedentes personales: Se deben conocer circunstancias ocurridas durante la gestación, medidas al nacimiento y progresión en el tiempo.

Encuesta dietética: es fundamental para orientar el origen de un trastorno nutricional. Una encuesta detallada (recuerdo de 24 horas, cuestionario de frecuencia, registro de ingesta con pesada de alimentos durante varios días), es prácticamente inviable en la consulta porque requiere mucho tiempo. Sin embargo, siempre se puede hacer una aproximación con la historia dietética preguntando qué consume habitualmente en las principales comidas del día, cantidad aproximada, tipo y textura del alimento y tomas entre horas, completándolo con la frecuencia diaria o semanal de los principales grupos de alimentos, alimentos preferidos o rechazados y suplementos vitamínicos y minerales. Al tiempo que nos informa sobre la ingesta aproximada, nos da una idea de la conducta alimentaria y permite establecer recomendaciones dietéticas. (8)

Indicadores Antropométricos.

La antropometría es una de las mediciones cuantitativas más simples del estado nutricional; su utilidad radica en que las medidas antropométricas son un indicador del estado de las reservas proteicas y de tejido graso del organismo. Los indicadores antropométricos nos permiten evaluar a los individuos directamente y comparar sus mediciones con un patrón de referencia generalmente aceptado a nivel internacional y así identificar el estado de

nutrición, diferenciando a los individuos nutricionalmente sanos de los desnutridos, con sobre peso y obesidad. (16)

Los indicadores antropométricos más comunes que conocemos son:

Peso para la edad (P/E): refleja la masa corporal alcanzada en relación con la edad cronológica. Es un índice compuesto, influenciado por la estatura y el peso relativo. (17)

Talla para la edad (T/E): refleja el crecimiento lineal alcanzado en relación con la edad cronológica y sus déficits. Se relaciona con alteraciones del estado nutricional y la salud a largo plazo. (17)

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. (17)

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. Se calcula con la división del peso sobre la talla² o bien más prácticamente el peso dividido por la talla, a su vez dividido por la talla. Su interpretación es similar a la mencionada para el peso talla, pero con más precisión (17)

Patrones de crecimiento

Los estándares de crecimiento representan la distribución de una medida antropométrica en una población y reflejan su estado de nutrición. Constituyen una herramienta muy útil para el seguimiento longitudinal de niños y permiten detectar individuos y/o grupos de riesgo nutricional. Un patrón puede constituir la “norma” a alcanzar si se elabora de una población normo nutrida o puede ser solo una “referencia” del estado de salud de una población (OMS, 1983). (8)

Los estudios locales es decir, los realizados en los distintos países, son muy útiles para conocer la situación de ese entorno determinado, sin embargo, su uso como patrón comparativo no es deseable pues los datos estadísticos obtenidos (percentiles, etc.) dependen de la situación nutricional de la población estudiada. Así, en los países con gran prevalencia de desnutrición, ésta se infravaloraría y el sobrepeso se sobrevalorará, y en los países con gran número de niños con sobrepeso, obesidad, ocurrirá lo contrario. (8)

Recientemente en el 2007, la OMS ha desarrollado y propuesto unos nuevos patrones de referencia internacional que incluyen las medidas de peso, longitud/estatura, perímetro craneal, perímetro del brazo y pliegues tricípital y subescapular y los cálculos de la relación peso/talla y del índice de masa corporal (IMC), como se muestra en el cuadro 1. Incluyen datos de niños de 0- 5 años alimentados con lactancia materna, procedentes de diversos países del mundo. Los datos se presentan en tablas o en gráficos tanto de percentiles como de puntuaciones Z. Para el resto de edades (5- 19 años) ha creado unas nuevas tablas tomando como base los datos de NCHS (National Center for Health Statistics) de 1979 en las que la obesidad era muy poco prevalente y en las que se conoce que se ha alcanzado la talla máxima por el fenómeno de la aceleración secular del crecimiento (debido a las mejoras nutricionales y del medio ambiente). Incluyen peso, talla e IMC. (8)

Cuadro 1. Clasificación del Estado nutricional >29 días a <5 años según OMS 2007

Desviación Estándar	P/E	P/T	T/E
+3		Obesidad	
>+2	Sobrepeso	Sobrepeso	Alta
+2 a -2	Normal	Normal	Normal
<-2 a -3	Desnutrición	Desnutrición/ Bajo Peso	Talla Baja
<-3		Desnutrición Severa	Talla Baja Severa

Indicadores bioquímicos.

Las pruebas bioquímicas permiten medir el nivel sérico de vitaminas, minerales y proteínas e identificar la carencia específica de éstos. Su importancia radica en detectar estados de deficiencias subclínicas por mediciones de las consecuencias de un nutrimento o sus metabolitos, que reflejen el contenido total corporal o el tejido específico más sensible a la deficiencia y en el apoyo que representan para otros métodos de evaluación nutricia. (16)

Se deben seleccionar cuidadosamente. Habitualmente se precisa la determinación de hemograma, y bioquímica con metabolismo del hierro, cinc, prealbúmina, albúmina, inmunoglobulinas y función hepática del crecimiento. (8)

Indicadores Clínicos

Demuestran los cambios físicos que responden a una mala nutrición, y permiten identificar signos y síntomas de las deficiencias o exceso de nutrimentos y aquellos relacionados con una enfermedad. (16)

Factores Determinantes Del Estado Nutricional

El estado nutricional está determinado por factores económicos, sociales y culturales, y por la disponibilidad, el acceso, el consumo y el aprovechamiento biológico de los alimentos.

(3)

Factores inherentes al niño

- Bajo peso al nacer (menor de 2500 g).
- Internaciones previas o enfermedades de base.
- Episodios de diarrea e infecciones respiratorias agudas (más de 1 en el último mes).
- Retraso en el desarrollo motor, del lenguaje y/o integración con otros niños, no juega. (17)

Factores socio demográficos y económicos

Disponibilidad de alimentos:

El modelo de consumo alimentario en los países pobres se caracteriza por una alimentación monótona donde el alimento base proporciona el 60-90% del aporte energético, con una pequeña cantidad de productos animales en la composición de la ración, con un aporte glucídico elevado (en forma de azúcares complejos, generalmente), un aporte proteico discreto (y esencialmente vegetal) y un aporte elevado de fibras. Las consecuencias que este modelo tiene para la salud pública van en la línea de carencias en energía y proteínas o carencias específicas de minerales o vitaminas. Las características de cada modelo de consumo alimentario se ve influenciado por muchos factores, entre ellos el nivel educativo y social de las mujeres (alfabetización de las mujeres) como las principales gestoras de la alimentación en una sociedad, la situación económica del país (el producto nacional bruto),

las comunicaciones y los transportes, las políticas agrarias, las características geográficas, el clima, el acceso a agua potable, etc. (18)

Ambiente Familiar:

- Presencia de 2 o más niños menores de 6 años.
- Ausencia de padre o madre.
- Alcoholismo, drogadicción y/o violencia.
- Discapacidad o enfermedad crónica de algún miembro de la familia.
- Analfabetismo de la persona a cargo del niño o niña.
- Desempleo y/o ingreso inestable.
- Falta de capacidad para conocer, gestionar, recibir y utilizar los beneficios sociales (17).

Seguridad alimentaria:

- Propiedad de la tierra y vivienda.
- Recursos insuficientes para adquirir alimentos en el último mes.
- Miembro de la familia sin acceso a los alimentos, algún día en el último mes.
- Número de comidas por día.
- Producción de alimentos: huertas, granjas, recolección de frutos, pesca, caza.
- Lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes.
- Lactancia materna combinada (prolongación de la lactancia luego del sexto mes).
- Modo de provisión de agua (grifo, pozo, lluvia, río, laguna).
- Potabilización del agua.
- Eliminación de excretas.

- Eliminación de basura.
- Vivienda inadecuada (17)

Factores culturales

Hábitos alimentarios:

La alimentación es una de las manifestaciones socioculturales más importante en la vida de los pueblos. El alimento es una forma de comunicación, vehículo de conductas, normas y prohibiciones religiosas. Cada comunidad selecciona sus alimentos entre lo que encuentra en su entorno, según sus hábitos alimentarios, dando respuesta a realidades históricas, medioambientales, socioeconómica. Cada cultura va a definir lo que es o no válido como alimento, condicionando así su utilización más allá de su disponibilidad. Debido al papel central del alimento en el día a día, y más en concreto en las relaciones sociales, las creencias y las prácticas alimentarias son difíciles de cambiar, aun cuando interfieren con una correcta nutrición. (18)

Los factores que afectan a la elección de los alimentos y que pueden condicionar el estado nutricional son, entre otros, las pautas de crianza, los cuidados y la alimentación del niño, el marco familiar, las preferencias alimentarias, los tabúes, la religión, el marco social, el costumbrismo, el nivel cultural, el marco educativo, los hábitos de higiene, el estado de salud, la educación nutricional, la publicidad, el marketing, la disponibilidad económica, etc. Todos estos factores son importantes a la hora de decidir lo que comemos, cómo lo comemos, generando modelos de consumo alimentario diferentes según países o grandes regiones mundiales. (18)

Los modos de alimentarse, preferencias y rechazos hacia determinados alimentos están fuertemente condicionados por el contexto familiar durante la etapa infantil en la que se

incorporan la mayoría de los hábitos y prácticas alimentarias de la comunidad. En la infancia, la madre es la principal responsable de la transmisión al hijo de las pautas alimentarias saludables que podrían prevenir enfermedades relacionadas con la alimentación. Los progenitores influyen el contexto alimentario infantil usando modelos autoritarios o permisivos para la elección de la alimentación de los niños, en aspectos como el tipo, cantidad y horarios de alimentación, así como edad de introducción de los mismos. Los modelos de alimentación infantil aplicados por los progenitores, están basados en la disponibilidad de alimentos en el hogar, las tradiciones familiares, el acceso a medios de comunicación y la interacción con los niños durante la comida. La exposición repetida del niño a estos modelos familiares, genera un estímulo condicionado que asocia determinados alimentos con eventos específicos (fiestas, castigos, estaciones, entre otros), ejerciendo un efecto modulador sobre su comportamiento alimentario. Como consecuencia del reforzamiento positivo de la conducta derivado de las experiencias de alimentación, los niños adoptan las preferencias alimentarias y costumbres familiares que le resultan agradables, seleccionando las conductas que repetirán en el futuro. (19)

El contexto social en el que funciona la familia moderna, ha hecho que en la actualidad las decisiones sobre alimentación sean discutidas y negociadas frecuentemente con los niños, quienes influyen las decisiones del hogar por medio de la insistencia y la manipulación. Se ha sugerido que esta forma democrática de funcionamiento familiar está determinada por el estatus laboral de los progenitores y el poco tiempo que están en casa. (19)

Al estudiar la relación entre padres e hijos a la hora de la comida, se encontró que un alto porcentaje de progenitores inducen a sus hijos a comer más allá de las señales de autorregulación innatas, en un intento por entregar una buena nutrición a sus hijos. En este

sentido, se ha propuesto que los niños poseen una destacable capacidad para modular su ingesta, que se manifiesta en grandes variaciones de consumo al comparar diferentes días, y que es consecuencia de una menor adherencia a las reglas familiares y una mayor respuesta a las señales internas de saciedad y hambre. La conducta alimentaria infantil está configurada a partir de las estrategias usadas por los padres para “controlar lo que come el niño”, a las que el niño responde usando diferentes mecanismos de adaptación y que finalmente se reflejarán en indicadores de salud tangibles como el peso y la adiposidad. (19)

Los estudios sobre la influencia de los progenitores en la conducta alimentaria infantil indican que éstos usan variadas estrategias a la hora de la comida en relación a la alimentación de los niños: actitud neutral, presión, exigencia, razonamiento, alabanza y adulación, restricción, amenazas y recompensas con alimentos o juegos, que están íntimamente relacionadas con el grado de responsabilidad de los progenitores hacia la alimentación de sus hijos. Estas estrategias de los progenitores son recibidas, interpretadas y traducidas por los niños en una amplia gama de conductas relacionadas con la alimentación. (19)

Factores sanitarios

Nutrición e infecciones

Existe una relación estrecha entre la malnutrición y la mortalidad por enfermedades infecciosas. El estado nutricional está estrechamente relacionado con el sistema inmunitario, de manera que un estado nutricional deficitario limita la capacidad de reacción del sistema inmune, disminuyendo la resistencia del individuo a las infecciones. A la vez, las infecciones van a agravar la malnutrición preexistente, estableciéndose un círculo

vicioso difícil de romper. Los efectos de la nutrición y la infección sobre el organismo no sólo se suman sino que se potencian, estableciéndose un efecto sinérgico. (18)

El estado inmunitario se agrava considerablemente en la malnutrición. Por eso, los episodios de infecciones son mucho más severos en niños malnutridos. De manera que si no se trabaja por mejorar el estado nutricional de la población, las medidas encaminadas a disminuir la prevalencia de determinadas enfermedades infecciosas serán siempre menos efectivas de lo que podrían resultar. (18)

Situación nutricional en América latina y Venezuela

En general, en Latinoamérica la situación ha mejorado, según un documento presentado en Abril de 2013 por UNICEF, denominado “*Mejorar la Nutrición Infantil*” refleja que el porcentaje de niños con desnutrición, sea moderada o severa, pasó de 22 % en 1990 a 12 % en 2011. (26) El caso más destacado es el de Perú, donde en tan sólo unos pocos años se redujo un tercio la desnutrición crónica infantil. (27) Haití también ha mejorado. Los resultados de la investigación indican que la prevalencia de la desnutrición crónica disminuyó de 29 % en 2006 a 22 % en 2012. (26) Guatemala es de los 24 países latinoamericanos y caribeños el de mayor prevalencia, con 48 % de niños desnutridos, lo que equivale a 1.052.000 chicos. Ese país se sitúa en el puesto 25 de una clasificación de 81 países, encabezada por India, el país con peores indicadores de nutrición infantil. (26) Colombia se encuentra en el puesto 37 del ranking; Perú, en el 38; Venezuela en el 43; Bolivia, 47; Nicaragua, 52; El Salvador, 53; República Dominicana, 57; Panamá, 62 y Costa Rica, 74. (26)

El índice de desnutrición infantil (niños menores de cinco años) en Venezuela se redujo 62% en 13 años, al pasar de 7,66% en 1990 a 2,90% en 2011, refleja un estudio realizado por el Instituto Nacional de Nutrición. El estudio indica que el déficit nutricional en 1999 se ubicó en 4,66%; para el año 2000, en 4,3%; en 2001, 4,52%; en 2002 llegó a 4,80%; en 2003 se ubicó en 5,28%; en 2004 alcanzó 5,19%; en 2005, en 4,64%; en 2006 llegó a 4,47%; en 2007 se estableció en 4,19%. En 2008 se ubicó en 3,63%; en 2009, llegó a 3,27%; en 2010, a 2,91% y en 2011, a 2,90%. (27)

El resultado del estudio es producto de diversas políticas sociales ejecutadas por el Estado venezolano, orientadas a procurar el bienestar de la población infantil, garantizar el acceso a los alimentos y a erradicar el hambre. (27) De acuerdo a los datos estadísticos y los análisis de resultados suministrados por el Departamento de Nutrición y Dietética del Hospital Central de San Cristóbal durante el año 2012 en niños de 0 a 12 años se encontró que de un total de 220 niños a quienes se les realizó evaluación antropométrica, 72 presentan desnutrición con talla normal, 63 desnutrición con talla baja y 7 desnutrición con talla muy baja.

De igual manera, la Organización Mundial de la Salud calcula que, en 2010 el mundo registró 42 millones de niños con sobrepeso, de los que cerca de 35 millones viven en países en desarrollo. En Venezuela, el 6.4% de la población infantil sufre de obesidad. Peor aún, esta organización advirtió en su último informe de estadísticas de salud que 200 adultos, entre los 30 y 70 años, murieron en 2008 por problemas cardiovasculares o diabetes. Muchos comenzaron a desarrollar esas enfermedades desde la niñez. (28)

OBJETIVO GENERAL

Analizar los factores sociales y culturales que influyen en el estado nutricional de los niños de dos meses a cuatro años de edad ingresados en el servicio de pediatría del Hospital Central de San Cristóbal durante el período Abril – Julio del 2014.

Objetivos Específicos:

1. Realizar la clasificación del estado nutricional de los niños de 2 meses a 4 años de edad ingresados en el servicio de pediatría durante el período Abril – Julio de 2014 utilizando los indicadores antropométricos P/E (peso/edad), T/E (talla/edad) y P/T (peso/talla), según los nuevos estándares de la Organización Mundial de la Salud (OMS).
2. Reconocer la relación existente entre el nivel de educación de la madre o del responsable del cuidado del niño y su estado nutricional.
3. Relacionar la información sobre núcleo familiar, el hacinamiento y el lugar de procedencia con el estado nutricional del niño.
4. Relacionar la información sobre el control del embarazo de la madre, número de controles realizados y el control prenatal precoz con el estado nutricional del niño.
5. Relacionar la información recibida por la madre sobre la alimentación del niño previo al nacimiento y el estado nutricional del paciente.
6. Reconocer la relación existente entre el amamantamiento inmediato y el apego materno inmediato con el estado nutricional del niño.
7. Relacionar la práctica de la lactancia materna con el estado nutricional del niño.

8. Examinar el cumplimiento del esquema de inmunización y su influencia en el estado nutricional del niño.
9. Relacionar la percepción del tiempo dedicado por la madre al cuidado del niño y su influencia en el estado nutricional del paciente.
10. Reconocer la relación existente entre las características del momento de la alimentación del niño, la ayuda que recibe la madre para alimentarlo y la influencia de estos factores en el estado nutricional.

www.bdigital.ula.ve

MARCO METODOLÓGICO

Diseño, Tipo y Nivel de la Investigación: No Experimental Transversal Descriptivo.

Se realizó un estudio no experimental, de tipo transversal y descriptivo que incluyó a los pacientes ingresados en el área de Pediatría Médica del Hospital Central de San Cristóbal durante el período Abril- Julio 2014. Se tomó como población a los niños de dos meses a cuatro años que cumplieron los criterios de inclusión, seleccionándose una muestra probabilística, aleatoria estratificada de 65 binomios madre-hijo. De manera alterna se realizó previamente obtenido el consentimiento informado de los padres la medición de peso, Talla y Longitud según edad del niño, posteriormente se entrevistó a la madre y se registró la información obtenida en una ficha de observación extraída de la publicación de la Organización Panamericana de la Salud sobre Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (Anexo 2) que incluye los factores sociales y culturales que influyen en el estado nutricional de los niños de 2 meses a 4 años y a los cuales se anexa los indicadores antropométricos P/E, T/E, P/T e IMC. Los datos antropométricos se procesaron en el programa WHO Anthro software ofertado por la OMS para realizar la clasificación antropométrica de los niños según los nuevos estándares, y una vez obtenida la información de cada paciente participante en el estudio, se transcribió en la base de datos creada a través del paquete estadístico SPSS versión 19, con la cual simultáneamente se estimaron los cálculos estadísticos concernientes.

Criterios de inclusión:

Edad: niños con edades comprendidas entre 2 meses y 4 años que ingresen durante el período Abril – Julio 2014

Pacientes sin enfermedades crónicas diagnosticadas

Criterios de exclusión

- Pacientes que estén fuera del grupo etario
- Niños que presentaron enfermedades crónicas diagnosticadas, que pudieran asociarse con el deterioro del estado nutricional como cardiopatías congénitas, enfermedades renales, parálisis cerebral, alteraciones neurológicas
- Niños cuyo representante no firmó el consentimiento informado

Sistema de variables:

Variable Dependiente

- **Estado Nutricional:**

Según P/E y T/E:

Normal	Peso y/o Talla entre Percentil 10-90
En riesgo	Peso y/o Talla entre Percentil 3 y 10
Bajo peso	Peso < del percentil 3
Talla baja	Talla < del percentil 3
Sobrepeso	Peso entre Perc 90 y 97
Obesidad	Peso > del Perc. 97

Según P/T:

Normal	> Percentil 10 y < percentil 90 ó entre +/- 1 DS
--------	--

Desnutrido < 2 DS

Desnutrido severo < 3 DS

En riesgo sobrepeso > 1 DS

Sobrepeso > 2 DS

Obesidad > 3 DS

Variables Independientes:

- Edad
- Educación de la madre o del responsable del cuidado del niño
- Características de la vivienda
- Numero de hermanos
- Control del embarazo
- Información sobre alimentación del niño que recibió antes de nacer
- Práctica de la lactancia materna
- Vacunación del niño
- Percepción del tiempo que tiene la madre para atender al niño
- Responsable del cuidado del niño
- Características del momento de la comida del niño
- Ayuda que recibe la madre para la alimentación del niño

Variable	Valores de la variable	Naturaleza de la variable	Definición operacional
Estado Nutricional	<p><i>Según P/E y T/E:</i></p> <p>Normal: Percentil 10-90 En riesgo: p3 y 10 Bajo peso: < p3 Talla baja < del p3 Sobrepeso p 90 y 97 Obesidad >p97</p> <p><i>Según P/T:</i></p> <p>Normal: > p10 y < p90 ó +/- 1 DS Desnutrido < 2 DS Desnutrido severo < 3 DS En riesgo sobrepeso > 1 DS Sobrepeso > 2 DS Obesidad > 3 DS</p>	Cuantitativa	Valor de percentil P/T, T/E, P/T en tablas OMS
Edad	Meses y años	Cuantitativo	Preguntar al representante del paciente
Educación de la madre o del responsable del cuidado del niño	Número promedio de años de estudio del responsable del cuidado del niño	Cuantitativa	Ficha de registro
Control del embarazo	<p>Embarazo con control (SI/NO)</p> <p>Número de promedio de controles durante el embarazo</p> <p>Primer control realizado antes del quinto mes (SI/NO)</p> <p>Por lo menos 5 controles</p>	<p>Cualitativa</p> <p>Cuantitativa</p> <p>Cualitativa</p> <p>Cualitativa</p>	Ficha de registro

	antes del parto (SI/NO)		
Información sobre alimentación del niño que recibió antes de nacer	<p>Recibió información del personal de salud sobre cómo alimentar al niño durante el control del embarazo (SI/NO)</p> <p>Se le recomendó que practique la lactancia materna exclusiva durante por lo menos 4 a 6 meses (SI/NO)</p>	<p>Cualitativa</p> <p>Cualitativa</p>	Ficha de registro
Práctica de la lactancia materna	<p>El niño fue amamantado hasta la primera hora después del parto (SI/NO)</p> <p>El niño recibió cualquier otro líquido o alimento antes del pecho (SI/NO)</p> <p>El niño y la madre se quedaron juntos todo el tiempo en la maternidad (SI/NO)</p> <p>Lactancia materna exclusiva hasta 4to/6to mes (SI/NO)</p>	<p>Cualitativa</p> <p>Cualitativa</p> <p>Cualitativa</p> <p>Cualitativa</p>	Ficha de registro
Vacunación del niño	Esquema de vacunación completo para la edad del niño (SI/NO)	Cualitativa	Ficha de registro
Percepción del tiempo que tiene la madre para	Tiempo suficiente para atender al niño (SI/NO)	Cualitativa	Ficha de registro

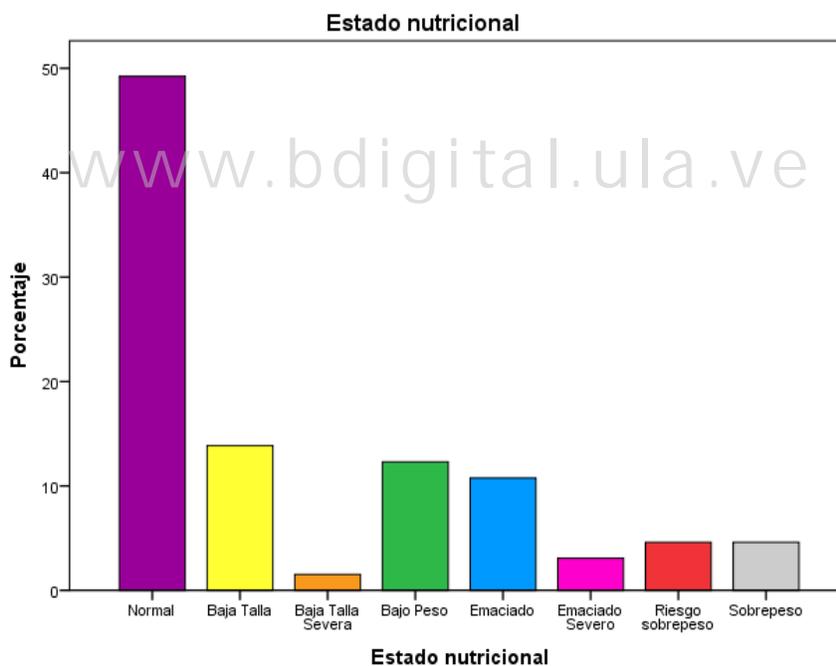
atender el niño			
Características del momento de la comida del niño	Niño que come solo (SI/NO) Niño que come junto con la familia (SI/NO)	Cualitativo Cualitativo	Ficha de registro
Ayuda que recibe la madre para la alimentación del niño	Apoyo de una abuela para la alimentación del niño (SI/NO) Apoyo del padre para alimentación del niño (SI/NO) Niño que es alimentado indistintamente por su madre o por su padre (SI/NO)	Cualitativo Cualitativo Cualitativo	Ficha de registro

www.bdigital.ula.ve

RESULTADOS

Tabla 1. Estado nutricional de niños de 2 meses a 4 años de edad. Abril-Julio 2014.

Estado Nutricional	Frecuencia	Porcentaje
Normal	32	49,2
Baja Talla	9	13,8
Baja Talla Severa	1	1,5
Bajo Peso	8	12,3
Emaciado	7	10,8
Emaciado Severo	2	3,1
Riesgo sobrepeso	3	4,6
Sobrepeso	3	4,6
Total	65	100,0



En el periodo de estudio de los 105 pacientes ingresados al servicio de Pediatría médica, se evaluaron un total de 65 niños que cumplieron los criterios de inclusión, en donde se puede apreciar que la mayoría se encuentran eutróficos (49,2%) , el 13,8% presentan talla baja seguido del 12,3% que se encuentran con bajo peso. El 10,8% presentan desnutrición y

existe igualdad de porcentajes para aquellos niños con riesgo de sobrepeso y sobrepeso con 4.6%; solo una pequeña proporción presenta desnutrición severa (3.1%) y baja talla severa (1.5%).

Tabla 2. Relación entre nivel de instrucción de la madre y estado nutricional en los niños de 2 meses a 4 años de edad. Hospital Central de San Cristóbal. Abril-Julio 2014.

Estado Nutricional	Educación de la madre					Total
	Primaria Completa	Primaria incompleta	Secundaria Completa	Secundaria Incompleta	Superior	
Normal	1 3,1%	0 0,0%	15 46,9%	8 25,0%	8 25,0%	32 100,0%
Baja Talla	0 0,0%	0 0,0%	4 44,4%	1 11,1%	4 44,4%	9 100,0%
Baja Talla Severa	1 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 100,0%
Bajo Peso	3 37,5%	0 0,0%	3 37,5%	2 25,0%	0 0,0%	8 100,0%
Emaciado	2 28,6%	1 14,3%	1 14,3%	3 42,9%	0 0,0%	7 100,0%
Emaciado Severo	1 50,0%	1 50,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	2 100,0%
Riesgo sobrepeso	0 0,0%	0 0,0%	3 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	3 100,0%
Sobrepeso	0 0,0%	0 0,0%	3 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	3 100,0%
TOTAL	8 12,3%	2 3,1%	29 44,6%	14 21,5%	12 18,5%	65 100,0%

Valor

Chi-cuadrado de Pearson 56,708
 GI 28
 Sig. Asintótica bilateral 0.001

Consideraciones:

Se parte de la hipótesis de que la variable dependiente Estado Nutricional y la variable independiente nivel de instrucción de la madre, tienen relación entre ellas y por lo tanto una ejerce influencia sobre la otra.

Interpretación:

El valor de significación es de $p: 0,001$ el cual es mayor que el valor de $p: 0,05$; razón por la cual se acepta la hipótesis de relación y se puede concluir que el nivel de instrucción de la madre está asociado con el estado nutricional de los niños de dos meses a cuatro años de edad ingresados en el servicio de pediatría médica durante el período Abril – Julio 2014.

Tabla 3. Relación entre Número de Hermanos y Estado Nutricional en los niños de 2 meses a 4 años de edad. Hospital Central de San Cristóbal. Abril-Julio 2014.

www.bdigital.ula.ve

Estado Nutricional	Número de hermanos					Total
	<1	1 - 2	3 - 4	5 - 6	7 o más	
Normal	11 34,40%	13 40,60%	4 12,50%	4 12,50%	0 0,00%	32 100,00%
Baja Talla	4 44,40%	4 44,40%	1 11,10%	0 0,00%	0 0,00%	9 100,00%
Baja Talla Severa	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	1 100,00%	1 100,00%
Bajo Peso	1 12,50%	4 50,00%	2 25,00%	1 12,50%	0 0,00%	8 100,00%
Emaciado	0 0,00%	0 0,00%	5 71,40%	1 14,30%	1 14,30%	7 100,00%
Emaciado Severo	0 0,00%	0 0,00%	1 50,00%	1 50,00%	0 0,00%	2 100,00%
Riesgo sobrepeso	1 33,30%	2 66,70%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	3 100,00%
Sobrepeso	1 33,30%	2 66,70%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	3 100,00%
TOTAL	18 27,70%	25 38,50%	13 20,00%	7 10,80%	2 3,10%	65 100,00%

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	63,248
Gl	28
Sig. Asintótica bilateral	0.000

Consideraciones:

Se plantea la hipótesis de que el Estado Nutricional y el Número de Hermanos están asociados.

Interpretación:

Como el valor de significación es de $p: 0,000$ el cual es mayor que el valor de $p: 0,05$ se acepta la hipótesis de relación y se concluye que el número de hermanos está asociado con el estado nutricional de los niños de dos meses a cuatro años de edad ingresados en el servicio de pediatría médica durante el período Abril – Julio 2014.

Tabla 4. Relación entre el Lugar de Procedencia y el Estado Nutricional en los niños de 2 meses a 4 años de edad. Hospital Central de San Cristóbal. Abril-Julio 2014.

Estado Nutricional	Lugar de procedencia		Total
	Urbana	Rural	
Normal	27 84,4%	5 15,6%	32 100,0%
Baja Talla	8 88,9%	1 11,1%	9 100,0%
Baja Talla Severa	1 100,0%	0 0,0%	1 100,0%
Bajo Peso	7 87,5%	1 12,5%	8 100,0%
Emaciado	2 28,6%	5 71,4%	7 100,0%
Emaciado Severo	0 0,0%	2 100,0%	2 100,0%
Riesgo sobrepeso	3 100,0%	0 0,0%	3 100,0%
Sobrepeso	3 100,0%	0 0,0%	3 100,0%
TOTAL	51 78,5%	14 21,5%	65 100,0%

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	21,145
G1	7
Sig. Asintótica bilateral	0.004

Consideraciones:

Hipótesis nula (H_0): El lugar de procedencia no está asociado al estado nutricional de los niños

Hipótesis alterna (H_A): El lugar de procedencia está asociado al estado nutricional de los niños

Interpretación:

El valor de significación es de $p: 0,004$ el cual es mayor que $p: 0,05$; por lo tanto se acepta la hipótesis de relación. Se concluye que el lugar de procedencia está asociado con el estado nutricional de los niños de dos meses a cuatro años de edad ingresados en el servicio de pediatría médica durante el período Abril – Julio 2014.

Tabla 5. Relación entre Hacinamiento y Estado Nutricional en los niños de 2 meses a 4 años de edad. Hospital Central de San Cristóbal. Abril-Julio 2014.

Estado Nutricional	Hacinamiento		Total
	SI	NO	
Normal	2 6,3%	30 93,8%	32 100,0%
Baja Talla	1 11,1%	8 88,9%	9 100,0%
Baja Talla Severa	0 0,0%	1 100,0%	1 100,0%
Bajo Peso	1 12,5%	7 87,5%	8 100,0%
Emaciado	6 85,7%	1 14,3%	7 100,0%
Emaciado Severo	2 100,0%	0 0,0%	2 100,0%
Riesgo sobrepeso	0 0,0%	3 100,0%	3 100,0%
Sobrepeso	0 0,0%	3 100,0%	3 100,0%
TOTAL	12 18,5%	53 81,5%	65 100,0%

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	35,132
Gl	7
Sig. Asintótica bilateral	0.000

Consideraciones:

H₀: El hacinamiento no está asociado al estado nutricional de los niños

H_A: El hacinamiento está asociado al estado nutricional de los niños

Interpretación:

Como el valor de significación es de p: 0,000 mayor que el valor de p: 0,05; se acepta la hipótesis de relación y se concluye que el hacinamiento está asociado con el estado

nutricional de los niños de dos meses a cuatro años de edad ingresados en el servicio de pediatría médica durante el período Abril – Julio 2014.

Tabla 6. Relación entre Control del Embarazo y el estado nutricional de los niños de 2 meses a 4 años de edad. Hospital Central De San Cristóbal. Abril – Julio 2014.

Estado Nutricional	Embarazo Controlado		Total
	SI	NO	
Normal	31 96,9%	1 3,1%	32 100,0%
Baja Talla	9 100,0%	0 0,0%	9 100,0%
Baja Talla Severa	1 100,0%	0 0,0%	1 100,0%
Bajo Peso	8 100,0%	0 0,0%	8 100,0%
Emaciado	7 100,0%	0 0,0%	7 100,0%
Emaciado Severo	2 100,0%	0 0,0%	2 100,0%
Riesgo sobrepeso	3 100,0%	0 0,0%	3 100,0%
Sobrepeso	3 100,0%	0 0,0%	3 100,0%
TOTAL	64 98,5%	1 1,5%	65 100,0%

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	1,407
Gl	7
Sig. Asintótica bilateral	0,994

Consideraciones:

H₀: El control del embarazo no se relaciona con el estado nutricional de los niños

H_A: El control del embarazo está relacionado al estado nutricional de los niños

Interpretación:

El valor de significación es de $p: 0,994$ el cual es mayor que el valor de $p: 0,05$; razón por el cual se rechaza la hipótesis de relación y se acepta que el control del embarazo de la madre no está asociado con el estado nutricional de los niños de dos meses a cuatro años de edad ingresados en el servicio de pediatría médica durante el período Abril – Julio 2014.

Tabla 7. Relación entre el Número de Controles en el Embarazo y el Estado Nutricional de los niños de 2 meses a 4 años. Hospital Central De San Cristóbal. Abril – Julio 2014

Estado Nutricional	Número de controles		Total
	<5	≥5	
Normal	1 3,1%	31 96,9%	32 100,0%
Baja Talla	0 0,0%	9 100,0%	9 100,0%
Baja Talla Severa	0 0,0%	1 100,0%	1 100,0%
Bajo Peso	1 12,5%	7 87,5%	8 100,0%
Emaciado	4 57,1%	3 42,9%	7 100,0%
Emaciado Severo	2 100,0%	0 0,0%	2 100,0%
Riesgo sobrepeso	0 0,0%	3 100,0%	3 100,0%
Sobrepeso	0 0,0%	3 100,0%	3 100,0%
TOTAL	8 12,3%	57 87,7%	65 100,0%

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	32,034
Gl	7
Sig. Asintótica bilateral	0,001

Consideraciones:

H_0 : El número de controles del embarazo no está asociado con el estado nutricional de los niños

H_A : El número de controles del embarazo está asociado con el estado nutricional de los niños

El valor de significación es de $p: 0,001$ el cual es mayor que el valor de $p: 0,05$; razón por la que se acepta la hipótesis de relación y se puede concluir que el número de controles prenatales está asociado con el estado nutricional de los niños de dos meses a cuatro años de edad ingresados en el servicio de pediatría médica durante el período Abril – Julio 2014.

www.bdigital.ula.ve

Tabla 8. Relación entre el Control Prenatal Precoz y el Estado Nutricional de los niños de 2 meses a 4 años. Hospital Central de San Cristóbal. Abril – Julio 2014.

Estado Nutricional	Control prenatal precoz		Total
	SI	NO	
Normal	30 93,8%	2 6,3%	32 100,0%
Baja Talla	8 88,9%	1 11,1%	9 100,0%
Baja Talla Severa	1 100,0%	0 0,0%	1 100,0%
Bajo Peso	7 87,5%	1 12,5%	8 100,0%
Emaciado	3 42,9%	4 57,1%	7 100,0%
Emaciado Severo	0 0,0%	2 100,0%	2 100,0%
Riesgo sobrepeso	3 100,0%	0 0,0%	3 100,0%
Sobrepeso	3 100,0%	0 0,0%	3 100,0%
TOTAL	55 84,6%	10 15,4%	65 100,0%

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	23,878
Gl	7
Sig. Asintótica bilateral	0.001

Consideraciones:

H₀: El control prenatal precoz no está asociado con el estado nutricional de los niños

H_A: El control prenatal precoz está asociado con el estado nutricional de los niños

Interpretación:

Como el valor de significación es de $p:0,001$ mayor que el valor de $p: 0,05$ se acepta la hipótesis de relación y se concluye que el control prenatal precoz (primera consulta durante el primer trimestre de la gestación) está asociado al estado nutricional de los niños de dos meses a cuatro años de edad ingresados en el servicio de pediatría médica durante el período Abril – Julio 2014.

Tabla 9. Relación entre Información de la alimentación del niño ofrecida por personal de salud en el control prenatal y el estado nutricional de los niños de 2 meses a 4 años de edad. Hospital Central de San Cristóbal. Abril – Julio 2014

Estado Nutricional	información del personal de salud sobre cómo alimentar al niño durante el control del embarazo		Total
	SI	NO	
Normal	21 65,6%	11 34,4%	32 100,0%
Baja Talla	4 44,4%	5 55,6%	9 100,0%
Baja Talla Severa	0 0,0%	1 100,0%	1 100,0%
Bajo Peso	7 87,5%	1 12,5%	8 100,0%
Emaciado	4 57,1%	3 42,9%	7 100,0%
Emaciado Severo	1 50,0%	1 50,0%	2 100,0%
Riesgo sobrepeso	3 100,0%	0 0,0%	3 100,0%
Sobrepeso	3 100,0%	0 0,0%	3 100,0%
TOTAL	43 66,2%	22 33,8%	65 100,0%

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	9,038
Gl	7
Sig. Asintótica bilateral	0,250

Consideraciones:

Se plantea la hipótesis de relación entre la información sobre la alimentación del niño antes de nacer por parte del personal de salud y el estado nutricional.

Interpretación:

Como el valor de significación es de $p: 0,250$ el cual es mayor que el valor de $p: 0,05$ se rechaza la hipótesis de relación y se concluye que la información sobre la alimentación del niño antes de nacer por personal de salud no está asociado con el estado nutricional de los niños de dos meses a cuatro años de edad ingresados en el servicio de pediatría médica durante el período Abril – Julio 2014.

Tabla 10. Relación entre Recomendación de Lactancia Materna Exclusiva durante 4-6 meses por personal de salud en control prenatal y el estado nutricional de los niños de 2 meses a 4 años de edad. Hospital Central de San Cristóbal. Abril-Julio 2014

Estado Nutricional	Qué información dio el personal de salud?				Total
	Lactancia materna exclusiva	LM y fórmula láctea	Fórmula láctea	ninguna	
Normal	20 62,5%	0 0,0%	1 3,1%	11 34,4%	32 100,0%
Baja Talla	4 44,4%	0 0,0%	0 0,0%	5 55,6%	9 100,0%
Baja Talla Severa	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 100,0%	1 100,0%
Bajo Peso	6 75,0%	1 12,5%	0 0,0%	1 12,5%	8 100,0%
Emaciado	4 57,1%	0 0,0%	0 0,0%	3 42,9%	7 100,0%
Emaciado Severo	1 50,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 50,0%	2 100,0%
Riesgo sobrepeso	2 66,7%	1 33,3%	0 0,0%	0 0,0%	3 100,0%
Sobrepeso	3 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	3 100,0%
TOTAL	40 61,5%	2 3,1%	1 1,5%	22 33,8%	65 100,0%

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	21,988
GI	21
Sig. Asintótica bilateral	0,400

Consideraciones:

H₀: La recomendación de lactancia materna exclusiva en el control prenatal no está asociado al estado nutricional

H_A: La recomendación de lactancia materna exclusiva en el control prenatal está asociado al estado nutricional

Interpretación:

Como el valor de significación es de $p: 0,400$ el cual es mayor que el valor de $p: 0,05$ se rechaza la hipótesis de relación y se concluye que la recomendación de lactancia materna exclusiva durante 4-6 meses por parte del personal de salud en el control prenatal no está asociado con el estado nutricional de los niños de dos meses a cuatro años de edad ingresados en el servicio de pediatría médica durante el período Abril – Julio 2014.

www.bdigital.ula.ve

Tabla 11. Relación entre el amamantamiento inmediato y el estado nutricional de los niños de 2 meses a 4 años. Hospital Central de San Cristóbal. Abril-Julio 2014.

Estado Nutricional	Amamantamiento Inmediato		Total
	SI	no	
Normal	24 75,0%	8 25,0%	32 100,0%
Baja Talla	6 66,7%	3 33,3%	9 100,0%
Baja Talla Severa	1 100,0%	0 0,0%	1 100,0%
Bajo Peso	6 75,0%	2 25,0%	8 100,0%
Emaciado	7 100,0%	0 0,0%	7 100,0%
Emaciado Severo	2 100,0%	0 0,0%	2 100,0%
Riesgo sobrepeso	3 100,0%	0 0,0%	3 100,0%
Sobrepeso	2 66,7%	1 33,3%	3 100,0%
TOTAL	51 78,5%	14 21,5%	65 100,0%

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	4,840
G1	7
Sig. Asintótica bilateral	0,679

Consideraciones:

Se plantea la hipótesis de que el amamantamiento inmediato y el estado nutricional están asociados.

Interpretación:

El valor de significación es de $p: 0,679$ que resulta mayor que el valor de $p: 0,05$; razón por la cual se rechaza la hipótesis de relación y se puede concluir que amamantamiento del niño una hora después del parto no está asociado con el estado nutricional de los niños de dos meses a cuatro años de edad ingresados en el servicio de pediatría médica durante el período Abril – Julio 2014.

Tabla 12. Relación entre apego materno inmediato y el estado nutricional de los niños de 2 meses a 4 años. Hospital Central de San Cristóbal. Abril – Julio 2014.

Estado Nutricional	Apego materno hasta alta		Total
	SI	NO	
Normal	27 84,4%	5 15,6%	32 100,0%
Baja Talla	7 77,8%	2 22,2%	9 100,0%
Baja Talla Severa	1 100,0%	0 0,0%	1 100,0%
Bajo Peso	8 100,0%	0 0,0%	8 100,0%
Emaciado	7 100,0%	0 0,0%	7 100,0%
Emaciado Severo	2 100,0%	0 0,0%	2 100,0%
Riesgo sobrepeso	3 100,0%	0 0,0%	3 100,0%
Sobrepeso	2 66,7%	1 33,3%	3 100,0%
TOTAL	57 87,7%	8 12,3%	65 100,0%

Chi-cuadrado de Pearson Valor
 G1 5,322
 7

Sig. Asintótica bilateral 0,621

Consideraciones:

H₀: El apego materno inmediato no está asociado al estado nutricional

H_A: El apego materno inmediato está asociado al estado nutricional

Interpretación:

Como el valor de significación de p: 0,621 es mayor que el valor de p: 0,05 se rechaza la hipótesis de relación y se concluye que el apego materno inmediato no está asociado con el estado nutricional de los niños de dos meses a cuatro años de edad ingresados en el servicio de pediatría médica durante el período Abril – Julio 2014.

Tabla 13. Relación entre Práctica de Lactancia Materna Exclusiva y Estado Nutricional de los niños de 2 meses a 4 años. Hospital Central de San Cristóbal. Abril – Julio 2014

Estado Nutricional	LME 4-6 meses?		Total
	SI	NO	
Normal	13 40,6%	19 59,4%	32 100,0%
Baja Talla	6 66,7%	3 33,3%	9 100,0%
Baja Talla Severa	0 0,0%	1 100,0%	1 100,0%
Bajo Peso	2 25,0%	6 75,0%	8 100,0%
Emaciado	1 14,3%	6 85,7%	7 100,0%
Emaciado Severo	0 0,0%	2 100,0%	2 100,0%
Riesgo sobrepeso	0 0,0%	3 100,0%	3 100,0%
Sobrepeso	0 0,0%	3 100,0%	3 100,0%
TOTAL	22 33,8%	43 66,2%	65 100,0%

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	11,067
Gl	7
Sig. Asintótica bilateral	0,136

Consideraciones:

H₀: La lactancia materna exclusiva no está asociado al estado nutricional

H_A: La lactancia materna exclusiva está asociado al estado nutricional

Interpretación:

El valor de significación es de p: 0,136 que resulta mayor que el valor de p: 0,05; razón por la cual se acepta la hipótesis de relación y se concluye que la práctica de lactancia materna exclusiva no está asociado con el estado nutricional de los niños de dos meses a cuatro años de edad ingresados en el servicio de pediatría médica durante el período Abril – Julio 2014.

Tabla 14. Relación entre el cumplimiento del esquema de inmunizaciones para la edad y el estado nutricional de los niños de 2 meses a 4 años. Hospital Central de San Cristóbal. Abril – Julio 2014

Estado Nutricional	Vacunas completas?		Total
	SI	NO	
Normal	27 84,4%	5 15,6%	32 100,0%
Baja Talla	4 44,4%	5 55,6%	9 100,0%
Baja Talla Severa	0 0,0%	1 100,0%	1 100,0%
Bajo Peso	5 62,5%	3 37,5%	8 100,0%
Emaciado	1 14,3%	6 85,7%	7 100,0%
Emaciado Severo	0 0,0%	2 100,0%	2 100,0%
Riesgo sobrepeso	3 100,0%	0 0,0%	3 100,0%
Sobrepeso	3 100,0%	0 0,0%	3 100,0%
TOTAL	43 66,2%	22 33,8%	65 100,0%

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	24,031
Gl	7
Sig. Asintótica bilateral	0,001

Consideraciones:

H₀: El cumplimiento de esquema de inmunizaciones para la edad no está asociado al estado nutricional

H_A: El cumplimiento de esquema de inmunizaciones para la edad está asociado al estado nutricional

Interpretación:

Como el valor de significación es de p: 0,001 mayor que el valor de p: 0,05; se acepta la hipótesis de relación y se puede concluir que el cumplimiento del esquema de inmunizaciones para la edad está asociado con el estado nutricional de los niños de dos meses a cuatro años de edad ingresados en el servicio de pediatría médica durante el período Abril – Julio 2014.

Tabla 15. Relación entre el tiempo dedicado al cuidado del niño y el estado nutricional de los niños de 2 meses a 4 años. Hospital Central de San Cristóbal. Abril – julio 2014

Estado Nutricional	Tiempo suficiente para atender al niño?		Total
	SI	NO	
Normal	28 87,5%	4 12,5%	32 100,0%
Baja Talla	8 88,9%	1 11,1%	9 100,0%
Baja Talla Severa	1 100,0%	0 0,0%	1 100,0%
Bajo Peso	3 37,5%	5 62,5%	8 100,0%
Emaciado	5 71,4%	2 28,6%	7 100,0%
Emaciado Severo	1 50,0%	1 50,0%	2 100,0%
Riesgo sobrepeso	3 100,0%	0 0,0%	3 100,0%
Sobrepeso	3 100,0%	0 0,0%	3 100,0%
TOTAL	52 80,0%	13 20,0%	65 100,0%

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	13,797
Gl	7
Sig. Asintótica bilateral	0,065

Consideraciones:

H₀: El tiempo dedicado al cuidado del niño no está asociado al estado nutricional

H_A: El tiempo dedicado al cuidado del niño está asociado al estado nutricional

Interpretación:

El valor de significación es de p: 0,065 mayor que el valor de p: 0,05 razón por la que se rechaza la hipótesis de relación y se puede concluir que el tiempo que dedican las madres al cuidado del niño no está asociado con el estado nutricional de los niños de dos meses a cuatro años de edad ingresados en el servicio de pediatría médica durante el período Abril – Julio 2014.

Tabla 16. Relación entre el niño que come junto con la familia y el estado nutricional de los niños de 2 meses a 4 años. Hospital Central de San Cristóbal. Abril – Julio 2014

Estado Nutricional	Come junto con la familia		Total
	SI	NO	
Normal	13 40,6%	19 59,4%	32 100,0%
Baja Talla	5 55,6%	4 44,4%	9 100,0%
Baja Talla Severa	0 0,0%	1 100,0%	1 100,0%
Bajo Peso	1 12,5%	7 87,5%	8 100,0%
Emaciado	3 42,9%	4 57,1%	7 100,0%
Emaciado Severo	0 0,0%	2 100,0%	2 100,0%
Riesgo sobrepeso	2 66,7%	1 33,3%	3 100,0%
Sobrepeso	1 33,3%	2 66,7%	3 100,0%
TOTAL	25 38,5%	40 61,5%	65 100,0%

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	6,426
Gl	7
Sig. Asintótica bilateral	0,491

Consideraciones:

H₀: El niño que come junto con la familia no está asociado al estado nutricional

H_A: El niño que come junto con la familia está asociado al estado nutricional

Interpretación:

Como el valor de significación es de p: 0,491 mayor que el valor de p: 0,05; se rechaza la hipótesis de relación y se puede concluir que el niño coma junto con la familia no está

asociado con el estado nutricional de los niños de dos meses a cuatro años de edad ingresados en el servicio de pediatría médica durante el período Abril – Julio 2014.

Tabla 17. Relación entre la alimentación pasiva y el estado nutricional de los niños de 2 meses a 4 años de edad. Hospital Central de San Cristóbal. Abril – Julio 2014

Estado Nutricional	Niño que come solo		Total
	SI	NO	
Normal	14 43,8%	18 56,3%	32 100,0%
Baja Talla	4 44,4%	5 55,6%	9 100,0%
Baja Talla Severa	0 0,0%	1 100,0%	1 100,0%
Bajo Peso	1 12,5%	7 87,5%	8 100,0%
Emaciado	0 0,0%	7 100,0%	7 100,0%
Emaciado Severo	0 0,0%	2 100,0%	2 100,0%
Riesgo sobrepeso	1 33,3%	2 66,7%	3 100,0%
Sobrepeso	1 33,3%	2 66,7%	3 100,0%
TOTAL	21 32,3%	44 67,7%	65 100,0%

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	8,733
GI	7
Sig. Asintótica bilateral	0,272

Consideraciones:

H₀: La alimentación pasiva no está asociada al estado nutricional

H_A: La alimentación pasiva está asociada al estado nutricional

Interpretación:

Como el valor de significación es de $p: 0,272$ mayor que el valor de $p: 0,05$; se rechaza la hipótesis de relación y se puede concluir que el niño que come solo (alimentación pasiva) no está asociado con el estado nutricional de los niños de dos meses a cuatro años de edad ingresados en el servicio de pediatría médica durante el período Abril – Julio 2014.

Tabla 18. Relación entre el apoyo de la abuela para alimentación del niño y el estado nutricional de los niños de 2 meses a 4 años. Hospital Central de San Cristóbal. Abril – Julio 2014

www.bdigital.ula.ve

Estado Nutricional	Apoyo de abuela para alimentación del niño		Total
	SI	NO	
Normal	18 56,3%	14 43,8%	32 100,0%
Baja Talla	3 33,3%	6 66,7%	9 100,0%
Baja Talla Severa	0 0,0%	1 100,0%	1 100,0%
Bajo Peso	1 12,5%	7 87,5%	8 100,0%
Emaciado	2 28,6%	5 71,4%	7 100,0%
Emaciado Severo	1 50,0%	1 50,0%	2 100,0%
Riesgo sobrepeso	3 100,0%	0 0,0%	3 100,0%
Sobrepeso	3 100,0%	0 0,0%	3 100,0%
TOTAL	31 47,7%	34 52,3%	65 100,0%

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	14,177
G1	7
Sig. Asintótica bilateral	0,480

Consideraciones:

H₀: El apoyo de la abuela para alimentar al niño no está asociado al estado nutricional

H_A: El apoyo de la abuela para alimentar al niño está asociado al estado nutricional

Interpretación:

El valor de significación es de p: 0,480 mayor que el valor de p: 0,05; razón por la cual no se acepta la hipótesis de relación y se puede concluir que el apoyo de la abuela para la alimentación del niño no está asociado con el estado nutricional de los niños de dos meses a cuatro años de edad ingresados en el servicio de pediatría médica durante el período Abril – Julio 2014.

Tabla 19. Relación entre el apoyo del padre para alimentación del niño y el estado nutricional de los niños de 2 meses a 4 años. Hospital Central de San Cristóbal. Abril – Julio 2014.

Estado Nutricional	Apoyo del padre para alimentación del niño		Total
	SI	NO	
Normal	16 50,0%	16 50,0%	32 100,0%
Baja Talla	5 55,6%	4 44,4%	9 100,0%
Baja Talla Severa	1 100,0%	0 0,0%	1 100,0%
Bajo Peso	7 87,5%	1 12,5%	8 100,0%
Emaciado	5 71,4%	2 28,6%	7 100,0%
Emaciado Severo	1 50,0%	1 50,0%	2 100,0%
Riesgo sobrepeso	3 100,0%	0 0,0%	3 100,0%
Sobrepeso	3 100,0%	0 0,0%	3 100,0%
TOTAL	41 63,1%	24 36,9%	65 100,0%

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	9,071
Gl	7
Sig. Asintótica bilateral	0,248

Consideraciones:

H₀: El apoyo del padre para alimentar al niño no está asociado al estado nutricional

H_A: El apoyo del padre para alimentar al niño está asociado al estado nutricional

Interpretación:

Como el valor de significación es de $p: 0,248$ que resulta mayor que el valor de $p: 0,05$; se rechaza la hipótesis de relación y se puede concluir que el apoyo del padre para la alimentación del niño no está asociado con el estado nutricional de los niños de dos meses a cuatro años de edad ingresados en el servicio de pediatría médica durante el período Abril – Julio 2014.

www.bdigital.ula.ve

DISCUSIÓN

El estado nutricional es, primariamente, el resultado del balance entre las necesidades y el gasto de energía alimentaria y otros nutrientes esenciales, y secundariamente, el resultado de una gran cantidad de determinantes en un espacio dado representado por factores físicos, genéticos, biológicos, culturales, psico-socio-económicos y ambientales. Estos factores pueden dar lugar a una ingestión insuficiente o excesiva de nutrientes, o impedir la utilización óptima de los alimentos ingeridos.

El presente estudio tuvo como objetivo principal analizar los factores sociales y culturales que influyen en el estado nutricional de los niños de dos meses a cuatro años de edad ingresados en el servicio de pediatría del Hospital Central de San Cristóbal durante un período de cuatro meses. Se realizó inicialmente la clasificación del estado nutricional según parámetros antropométricos obteniéndose que casi la mitad de los niños son eutróficos el cual resulta un hecho alentador. Sin embargo algunos se ubican con talla baja, bajo peso, baja talla severa y el 10.8% se encuentran desnutridos, observándose también que una igualdad de niños tienen sobrepeso y otros el riesgo de presentarlo. Estos resultados coinciden con otros estudios realizados (11,12) y también con la situación nutricional en América Latina y Venezuela reportada por UNICEF en 2013 donde reflejan la disminución de la tasa de desnutrición infantil (26). A pesar de esto, no deja de llamar la atención el porcentaje de desnutridos encontrados, pues aunque mínimo no deja de ser importante que se tratan de desnutridos primarios.

El nivel de instrucción de la madre es un factor que contribuye significativamente en el estado nutricional, en este caso se evidencia que las madres de los niños clasificados como eutróficos, baja talla, sobrepeso, y riesgo de sobrepeso presentan estudios secundarios y

superiores, y en los niños desnutridos estudios primarios o secundarios incompletos. Además, la instrucción materna no solo nos puede estar reflejando el nivel socioeconómico en que se encuentra la familia, sino la capacidad de cuidado infantil que la madre es capaz de ofrecer. Algunos estudios señalan que la instrucción materna más completa pueda estar asociada a una mayor autonomía y racionalidad para la toma de decisiones referentes a la salud del niño. Estos resultados coinciden con reportes de otros autores (9 -13).

También se encontró como variables asociadas significativamente al estado nutricional el hacinamiento, la vivienda en áreas rurales y el número de hermanos, resultados que concuerdan con otros estudios referenciados (10). Se evidencia que el hacinamiento se presentó en la mayoría de los casos en los niños desnutridos en contraste con los otros grupos, coincidiendo con proceder los mismos de las zonas rurales y tener más de tres hermanos en el núcleo familiar. Cuando existen varios niños en un mismo hogar, las madres deben repartir su tiempo para el cuidado de cada uno de ellos y, en ocasiones, no alcanzan a suplir sus necesidades. A medida que aumenta el número de miembros en una familia, también se debe incrementar la disponibilidad de recursos para adquirir alimentos. En la mayoría de los casos esto no se logra y, por lo tanto, se pone en riesgo el estado nutricional de todos los miembros de la familia. La incidencia de la desnutrición se encuentra estrechamente relacionada con la condición de pobreza de los hogares en los que viven, así como con el lugar de residencia de los hogares. Esto habla de las serias restricciones que enfrentan los hogares pobres para adquirir los alimentos necesarios para satisfacer sus necesidades nutricionales básicas. Las limitaciones se agravan aún más en los hogares que habitan en áreas rurales, principalmente las más aisladas y dispersas, en donde existe un menor abasto de productos alimenticios.

El control del embarazo se presenta como una característica importante asociada al estado nutricional; el peso de la madre, puede estar asociado con enfermedades o con el bajo peso del recién nacido. En este estudio, a pesar de que casi todas las madres refieren haber controlado el embarazo es el número de controles y la consulta precoz lo que determinan un adecuado control prenatal. En tal aspecto, se evidencia que más de la mitad de las madres de los niños desnutridos y la totalidad de los desnutridos severos, no cumplieron con más de cinco controles durante el embarazo ni con un control prenatal precoz, caso contrario ocurrió en los niños eutróficos, por lo que se encontró estas variables asociadas significativamente al estado nutricional. Este hecho puede obedecer a influencia geográfica, económica o cultural, y este último puede estarse produciendo por actitudes negativas de parte del personal de los establecimientos de salud, por percepciones erróneas de la madre acerca de la atención que se brinda o por descuido de su salud personal y de su niño. Resultados semejantes se describen en otros estudios (9)

El obstetra tiene un papel fundamental en la consulta prenatal hacia la preparación psicofísica de la mujer para amamantar; de las madres encuestadas el 55% recibieron información del personal de salud sobre cómo alimentar a su hijo, recomendando lactancia materna exclusiva en su mayoría y solo el 33,8% de madres cumplió con esta práctica. No se obtiene asociación significativa con estas variables y el estado nutricional, pues tanto niños eutróficos como desnutridos no recibieron este importante alimento a pesar de su recomendación. Esto podría indicar que la calidad de la información por dicho personal no es muy adecuada y puede dejar interrogantes a las madres y permitir que crean mitos que son los más frecuentes en la comunidad y ante problemas comunes abandona o complementan la lactancia con otro tipo de alimento. Estos resultados son congruentes con

un estudio realizado en Ecuador donde a pesar de que las madres han recibido talleres sobre alimentación infantil según edad el 95% alimenta a sus hijos de acuerdo a la tradición (11). Con relación a la información asociada al amamantamiento y apego materno inmediato, el estudio tampoco muestra significancia alguna.

La infección afecta el estado nutricional de diversas maneras, muchos autores han demostrado que el niño desnutrido es más susceptible a las infecciones. Éstas constituyen uno de los factores que más contribuye a incrementar la morbilidad y mortalidad cuando se asocia a la desnutrición. Por otro lado, la presencia de las infecciones promueve el desarrollo de la desnutrición, lo que implica que por lo general ésta y las infecciones aparecen juntas y se retroalimentan entre sí; aquí radica la importancia de valorar el cumplimiento del esquema de inmunizaciones para la edad del niño que en este caso se encontró una asociación significativa con el estado nutricional, pues de los niños evaluados casi la totalidad de los desnutridos no poseen las vacunas completas para su edad, caso contrario ocurre con los niños eutróficos y demás grupos estudiados. Estos resultados concuerdan con los hallados en otros países (10)

En cuanto a la dinámica familiar la mayoría de las madres consideran tener tiempo suficiente para el cuidado del niño, generalmente no trabajan o se dedican al trabajo del hogar, sus niños no son cuidados por la abuela ni por otro menor; el estudio tampoco muestra significancia alguna con respecto a estos resultados. A pesar de que se cuenta con menos ingresos económicos en el hogar puesto que la madre no trabaja en la mayoría de los grupos de estudio este hallazgo puede estar asociado al grado de educación nutricional, las preferencias, rechazos y creencias respecto a los alimentos así como la influencia de quien maneja las finanzas y el número de integrantes del núcleo. También podría indicar en el

caso de los niños desnutridos que estas madres no perciben este estado en sus hijos. Estos resultados están acordes a estudios realizados anteriormente (9). Casi la totalidad de las madres reciben ayuda del padre para alimentar al niño y generalmente es de tipo económico. Aquellas que reciben ayuda de la abuela generalmente es en la preparación del alimento. Sin embargo tampoco se encontró asociación significativa entre estas variables y el estado nutricional. Por otro lado podemos notar que es mayor el porcentaje de niños que no comen solos. Esta conducta, llamada también alimentación pasiva, se ha probado que está asociada a consumo inadecuado de alimentos. En este estudio este resultado difiere con respecto a los encontrados en otra investigación (9).

www.bdigital.ula.ve

CONCLUSIONES

En el análisis de los factores sociales y culturales influyentes en el estado nutricional de los niños de dos meses a cuatro años ingresados en el servicio de pediatría médica del Hospital Central de San Cristóbal se pudo concluir lo siguiente:

- La mayoría de los niños hospitalizados se encuentran eutróficos, sin embargo, aún se evidencian presencia de niños desnutridos. No se encontraron niños obesos pero sí con sobrepeso y con riesgo de sobrepeso. Es decir, existen problemas nutricionales tanto de déficit como de exceso.
- Entre los factores que contribuyen significativamente en el estado nutricional deficiente en este estudio se encontraron: educación de la madre, número de hermanos, proceder de zona rural, hacinamiento, control del embarazo y el cumplimiento de las inmunizaciones, resultados que concuerdan con los encontrados en la mayoría de países latinoamericanos.
- El primer paso para hacer frente a los problemas nutricionales es tener una clara visión del carácter y magnitud de esos problemas, así como de los factores y políticas que repercuten en ellos; esta situación amerita la elaboración de estrategias con participación de los diferentes actores sociales y de personal de salud, que permita revertir conductas maternas de riesgo y superar deficiencias en la calidad de los servicios institucionales con el fin de disminuir la prevalencia de trastornos nutricionales. Son necesarios programas claros, coherentes y adaptados a la cultura sobre lactancia materna, alimentación complementaria y cuidado de la salud de la madre y el niño en cualquier entidad de salud.

RECOMENDACIONES

Durante el desarrollo de la presente investigación y según los resultados obtenidos se considera de gran importancia que el médico pediatra y los residentes de pediatría estén a cargo de la evaluación nutricional de los niños ingresados en el área de hospitalización, y que en conjunto con el nutricionista promuevan el desarrollo de proyectos de educación nutricional tanto a personal de salud como a los familiares, de esta manera se corrigen hábitos alimentarios errados y se fomentan buenas prácticas., en especial a aquellos cuyos hijos presentaron déficit o exceso nutricional. Estos proyectos podrían extenderse a diferentes centros educacionales en todos los niveles a través de organización de comisiones donde se involucre padres, representantes y docentes previamente capacitados por personal de salud para velar por el buen funcionamiento de los comedores escolares así como el control de calidad de los alimentos que se consumen.

Vigilancia por parte de personal de salud (licenciados en nutrición, médicos) y trabajadores sociales de los niños egresados con problemas nutricionales a través de consulta intrahospitalaria o en su defecto visitas domiciliarias.

Implementar como norma en cada centro asistencial un programa educativo de promoción de lactancia materna en la consulta prenatal y durante el período postparto. Los distintos niveles de apoyo harán que aumente el porcentaje de lactancia materna a nivel nacional, contribuyendo a mejorar así el estado nutricional de los niños.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bolaños P. La educación nutricional como factor de protección en los trastornos de la conducta alimentaria. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*. 2009. (10): 1069 – 1086.
2. Chávez C, Merino B, Mazo A, Guarneros A, Landero P, Benjamín E et al. Diagnóstico del estado nutricional de los niños de uno a seis años de edad del turno completo de una estancia de desarrollo y bienestar infantil en la Ciudad de México. *Rev Esp Méd Quir [online]*. 2012 [citado 16 Marzo 2014]; 17(4):256-260. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47325181003>
3. Pedraza D. Estado nutricional como factor y resultado de la seguridad alimentaria y nutricional y sus representaciones en Brasil. *Rev. salud pública [online]*. 2004, [citado 2014-01-10]; 6 (2): 140-155. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642004000200002&lng=en&nrm=iso>.ISSN0124-0064
4. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF. Estado nutricional de niños y niñas menores de cinco años República de Panamá. Encuesta de niveles de vida, 2008. Ministerio de Salud Dirección nacional de provisión de servicios de salud Departamento de salud nutricional. Contraloría General de la República Dirección de estadísticas y censos. Abril, 2009.
5. Restrepo M, Maya S. La familia y su papel en la formación de los hábitos alimentarios en el escolar. Un acercamiento a la cotidianidad. *Boletín de Antropología Universidad de Antioquia [online]*. 2005, [citado 2014-01-10]; 19 (36):127-148. Disponible en:

<http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/boletin/article/view/6919/6333>

6. Landaeta M, Macias M, Fossi M, García M, Layrisse M, Méndez H. Tendencia en el crecimiento físico y estado nutricional del niño venezolano. Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría [online]. 2002, [citado 2014-01-10]; 65 (1): 13-20. Disponible en: <http://cania.msinfo.info/bases/biblo/texto/pdf2/landaeta1.pdf>
7. Zafra J, Carvajal N, Alcaraz M, Alcaraz E, Martínez I. Valoración del estado nutricional de una población de escolares gatitanos. Rev San Hig Pub [online]. 1993, [citado 2014-01-10]; 67 (5): 359-367. Disponible en: www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos.../67_5_359.pdf
8. Martínez C, Pedrón C. Valoración del estado nutricional. Hospital Clínico. Universidad de Valencia. Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNPAEP 2002.
9. Izarra C, Rojas M, Córdova E, Cano E, Morán A. Factores sociales y culturales que influyen en el estado nutricional de los niños menores de tres años de edad en comunidades pobres de la provincia de satipo. Perú. 2002.
10. Alcaraz, Gloria et al. Estado nutricional y condiciones de vida de los niños menores de cinco años del área urbana del municipio de Turbo, Antioquia, Colombia, 2004. Biomédica [online]. 2008, [citado 2014-01-10]; 28 (1): 87-96 . Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012041572008000100010&lng=en&nrm=iso. ISSN0120-4157
11. Merchán J. Determinación de factores que influyen en el estado nutricional de niños y niñas de 6 a 12 años del centro escolar del Barrio El Dulce, Parroquia

- Guachanamá del cantón paltas (Tesis Doctoral). Ecuador: Universidad Nacional de Loja; 2009.
12. Asencio L, Muñoz K. Influencia de los factores socioeconómicos y culturales en el estado nutricional de los preescolares según su alimentación en las guarderías “San Pablito” y “Mis primeros pasos” comuna San Pablo. Santa Elena. 2011-2012. Ecuador: Universidad Estatal Península de Santa Elena. 2012.
 13. Rodríguez A, Álvarez Luis, García M, Mariné M. Evaluación del estado nutricional en niños de la comunidad "Los Naranjos", Carabobo, Venezuela. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología [online] 2012. [citado 2014-01-10]; 50 (3): 268-277. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=223225493007>
 14. Franch M, Castellano G. Conceptos Generales de Nutrición. Requerimientos Nutricionales. Ergon S.A. Manual Práctico de Nutrición en Pediatría. 2007. Madrid. 2-10.
 15. Carrión K, Arias N. Evaluación e intervención nutricional en los niños de la escuela fiscal “Padre Juan Carlo” de la Parroquia Sinincay del Cantón Cuenca, durante el año 2011 (Tesis Doctoral). Ecuador: Universidad de Cuenca. 2011.
 16. Castillo J, Zenteno R. Valoración del estado nutricional. Revista Médica de la Universidad Veracruzana [online] 2004 [citado 2014-01-10]; 4 (2). Disponible en: http://www.uv.mx/rm/num_anteriores/revmedica_vol4_num2/articulos/valoracion.htm
 17. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Evaluación del crecimiento de niños y niñas. Primera edición. Julio de 2012.
 18. Montoya, P. Alimentación, Nutrición y Salud. Prosalus. Salud y desarrollo. Disponible en: www.odaalc.org/documentos/1341945107.pdf

19. Domínguez P, Olivares S, Santos J. Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. [online]. 2008 [citado 2014-04-07] 58 (3), 249-255. Disponible en:
<http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000406222008000300006&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0004-0622
20. Organización Mundial de la Salud. Nutrición. Desafíos. 2012. Disponible en:
<http://www.who.int/nutrition/challenges/es/>
21. Pereira N. Alteraciones inmunoinflamatorias en la desnutrición infantil. Efecto biológico de la recuperación nutricional. (Tesis Doctoral). España: Universidad de Alcalá. 2012.
22. Granados C, Granados A, Vásquez E, Romero E, Ramírez O, Morales Elisa. Factores de riesgo de desnutrición primaria y secundaria en lactantes y preescolares hospitalizados. Rev Mex Pediatr [online] 2012 [citado 2014-01-10] 79 (4); 167-173. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/rmp>
23. Arjona R. Factores de riesgo asociados a la desnutrición en menores de 5 años del Centro de Salud de Curundú. Agosto a octubre de 1999. (Tesis Doctoral) Panamá: Universidad de Panamá. 2000.
24. Achor M, Benítez A, Soledad E, Barslund S. Obesidad Infantil. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina [online] 2007 [citado 2014-01-10] 168: 34-38.
Disponible en: med.unne.edu.ar/revista/revista168/6_168.pdf
25. Pérez E, Sandoval M, Schneider S, Azula L. Epidemiología del sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. [online] 2008 [citado 2014-01-10] 179: 16-20. Disponible en:
congreso.med.unne.edu.ar/revista/revista179/5_179.pdf.

26. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Mejorar la nutrición infantil El imperativo para el progreso mundial que es posible lograr. Abril 2013. Disponible en: www.unicef.org/publications/index.html
27. Agencia Venezolana de Noticias. Venezuela redujo 62% la desnutrición infantil en 13 años. 18 mayo 2012. En prensa.
28. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2003: forjemos el futuro. Ginebra. OMS. 2003.
29. Organización Panamericana de la Salud. OMS. Investigaciones Operativas sobre Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia –AIEPI-. Abril 2001. 361-364.

www.bdigital.ula.ve

ANEXO 1

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTOBAL
SERVICIO DE PEDIATRIA

Fecha: _____

**FACTORES SOCIALES Y CULTURALES INFLUYENTES EN EL
ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS DE 2 MESES A 4
AÑOS: SERVICIO PEDIATRIA HOSPITAL CENTRAL, SAN
CRISTÓBAL.**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ mayor de edad, identificado con la CI N° _____, y como responsable del paciente _____, de _____ de edad, autorizo al Doctor (a) _____, a obtener los datos necesarios para la investigación en cuestión; además de la toma de medidas antropométricas para la realización de dicha investigación. Y cumplir con las indicaciones proporcionadas por el personal de salud.

Firma y cédula del representante

ANEXO 2

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTOBAL
SERVICIO DE PEDIATRIA

Datos de identificación del niño:								
Apellido y Nombre:								
Edad:	Sexo:	Peso	Talla	IMC	P/T	T/E	P/E	P. Cefálico:
Estado civil de la madre	Soltera SI (___) NO(___)			Casada SI (___) NO(___)			Viuda SI (___) NO(___)	
	Divorciada SI (___) NO (___)			Concubina SI (___) NO (___)				
Educación de la madre	Primaria (___) Años (___)			Secundaria(___)Años (___)			Superior (___) Años (___)	
Educación del padre	Primaria (___) Años (___)			Secundaria(___)Años (___)			Superior (___) Años (___)	
Educación del que cuida al niño	Primaria (___) Años (___)			Secundaria(___)Años (___)			Superior (___) Años (___)	
Composición de la familia (los que viven en el mismo domicilio):								
Padre	SI (___) NO(___)	Abuela	SI (___) NO(___)		Ambos	SI (___) NO(___)		
Madre	SI (___) NO(___)	Abuelos	SI (___) NO(___)		Ambos	SI (___) NO(___)		
Hermanos	SI (___) NO(___)	Mayores	SI (___) NO(___)		Menores	SI (___) NO(___)		
		Cuántos? (_____)			Cuántos? (_____)			
Características de la vivienda								
Urbana (___)	Rural (___)	Número de habitaciones (___)			Agua en el interior SI (___) NO(___)			
Baño SI (___) NO(___)		Letrina SI (___) NO(___)			Ambiente para comer SI (___) NO(___)			
N° de personas que duermen por cuarto (_____)				N° de personas que duermen con el niño (_____)				
Sobre el control del embarazo del niño								
Control de su embarazo SI (___) NO(___)		Centro de Salud (___)			Hospital (___)			
Otro: _____								

Tiene el carné prenatal SI (___) NO(___)	Control Precoz SI (___) NO(___)	Periódico SI (___) NO(___)	
Información sobre alimentación del niño previa al nacimiento			
Antes de que naciera el niño, pensó alguna vez cómo lo iba a alimentar? SI (___) NO(___)			
Cómo pensaba que lo iba a alimentar?			
Antes de que naciera el niño, recibió alguna información sobre cómo alimentarlo? SI (___) NO(___)			
De quién la recibió y qué le dijeron? (complete para cada uno a continuación)			
Personal de salud			
Familiar			
Vecino			
Médico tradicional			
Otro: _____			
Sobre el nacimiento del niño y su alimentación al nacer			
Dónde nació el niño?	Hospital (___)	Domicilio (___)	Otro: _____
Estuvo el niño con ud desde que nació? SI (___) NO(___)	Le dio de mamar? SI (___) NO(___)		
Se le dio algo al niño antes de mamar? SI (___) NO(___)	Que se le dio?		
Quien le indicó que se le diera?	Personal de salud (___)	Familiar (___)	Otro: _____
Para qué?			
En el Hospital, le dieron alguna indicación sobre la alimentación del niño? SI (___) NO(___)			
Qué indicación le dieron?			
Le dieron algún alimento para el niño al salir del Hospital? SI (___) NO(___)			
Qué le dieron?			
Además de leche materna le daba usted algo más al niño cuando salió del Hospital? SI (___) NO(___)			
Si le daba algo, qué le daba?			
Por qué se lo daba?			
Sobre el control del niño y su alimentación			
Cuándo fue la primera vez que llevó al niño a control?			
A quién lo llevó	Servicio de salud (___)	Curandero (___)	Otro:
Consultó sobre alimentación? SI (___) NO(___)	Le informaron sobre alimentación? SI (___) NO(___)		
Qué información recibió sobre la alimentación del niño?			
Cómo alimentó al niño?			
Durante el 1er mes	LM	SI (___) NO(___)	Otro:
De 1 a 2 meses	LM	SI (___) NO(___)	Otro:

De 2 a 3 meses	LM	SI (___) NO(___)	Otro:
De 3 a 4 meses	LM	SI (___) NO(___)	Otro:
De 4 a 5 meses	LM	SI (___) NO(___)	Otro:
De 5 a 6 meses	LM	SI (___) NO(___)	Otro:
De 6 a 11 meses	LM	SI (___) NO(___)	Otro:
De 12 a 18 meses	LM	SI (___) NO(___)	Otro:
Desde los 18 meses	LM	SI (___) NO(___)	Otro:
Tiene el niño un carné de vacunas?	SI (___) NO(___)	Vacunas al día?	SI (___) NO(___)
Tiene carné de control de crecimiento?	SI (___) NO(___)	Controles al día?	SI (___) NO(___)
Sobre la dinámica de la familia y el momento de la alimentación del niño			
Trabajo	Padre	SI (___) NO(___)	Fuera del hogar? SI (___) NO(___) Horas
	Madre	SI (___) NO(___)	Fuera del hogar? SI (___) NO(___) Horas
Tiene ud tiempo suficiente para atender al niño?			SI (___) NO(___)
Por qué?			
	Quien está en el hogar?	Quien cuida al niño?	Quien le da de comer?
A la mañana			
Al mediodía			
A la tarde			
A la noche			
Quién ayuda en la alimentación del niño?	Abuela (___)	Padre (___)	Otro: _____
Cómo ayuda?	Abuela	Padre	Hermanos Otro
Preparando el alimento			
Dándole de comer			
Otro: _____			
Come el niño solo?	SI (___) NO(___)	Se lo estimula para que coma? SI (___) NO(___)	
Cómo se estimula para que coma?			
Come la familia junta en algún momento del día? SI (___) NO(___)		Mañana (___)	Tarde (___)
Mediodía (___)	Noche (___)	Come el niño con el resto de la familia?	SI (___) NO(___)
Opinión de la madre sobre la alimentación del niño			
Cómo cree que está creciendo el niño?			
Por qué?			
Cuáles considera que son los mejores alimentos para un niño?			
Durante los primeros 4 meses:			

Entre los 4 y 6 meses	
Entre los 6 y los 12 meses	
A partir del año de edad	
A partir de qué edad cree que el niño debe comer todo tipo de alimentos?	
De dónde obtiene la información sobre los alimentos que hay que dar al niño?	
Quien cree que debe darle de comer al niño?	
Hay ocasiones en que el niño no quiere comer?	SI (___) NO(___)
Por qué cree que a veces el niño no quiere comer?	
Que cree que hay que hacer cuando el niño no quiere comer?	
Qué hace usted cuando el niño no quiere comer?	

www.bdigital.ula.ve