



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN-MANAGUA

Facultad Regional Multidisciplinaria, FAREM–Estelí

Estrategias comunitarias de prevención de la desnutrición en niños de 0–5 años en el puesto de Salud el Carmen, sector 9, municipio de San Juan del Río Coco, 2019

**Tesis monográfica para optar al título de
Doctor en Medicina y cirugía general**

Autores

Br. Linda Celeste Álvarez Martínez

Br. Samuel Antonio Centeno Córdoba

Br. Gabriela Areli Gil Valenzuela

Tutor o tutora

Dra. Beverly Castillo Herrera

Estelí, marzo de 2020



DEDICATORIA

A Dios, ya que gracias a él hemos logrado concluir nuestra carrera, nos dio fuerzas para seguir adelante y quien con su bendición llena siempre nuestras vidas.

A nuestros padres, porque son un pilar muy importante en nuestras vidas, quienes nos enseñaron a luchar para volver realidad nuestros sueños, fomentaron en nuestras vidas el espíritu del trabajo y el deseo por alcanzar una profesión.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos primeramente a Dios de manera especial.

A nuestros padres por guiarnos por el camino de la superación y creer en nosotros.

A los maestros y médicos por confiar en nosotros, aportando su valioso conocimiento para nuestro aprendizaje.

A la doctora Beverly Castillo Herrera por su apoyo en nuestro trabajo y por su capacidad para guiar nuestras ideas, ha sido un apoyo invaluable durante la realización de este trabajo.

A todas aquellas personas que de una manera u otra nos ayudaron a alcanzar este objetivo en nuestras vidas.

Línea de investigación: Salud Pública

Tema delimitado:

Estrategias comunitarias de prevención de la desnutrición en niños de 0-5 años en el puesto de Salud el Carmen, sector 9, municipio de San Juan del Río Coco, 2019

RESUMEN

Históricamente, en las comunidades del municipio de San Juan del Río Coco, se han presentado un deterioro en el estado nutricional de la niñez en edad de 0 a 5 años, según datos del Ministerio de Salud, afectando aproximadamente al 60% de este grupo etario. Por ello, este estudio busca determinar el estado de desnutrición en la niñez de 0-5 años que son atendidos en el puesto de salud el Carmen, para aportar al diseño de una estrategia comunitaria enfocada en la prevención de la desnutrición. Según el enfoque filosófico es una investigación cuantitativa. Se aplicaron 214 encuestas a las madres de niños-as afectados, entrevistas al personal de salud, líderes comunitarios y familia. La hipótesis se cumple al demostrar que existe una relación inversamente proporcional entre prácticas alimentarias y hábitos de higiene con la desnutrición. La estrategia comunitaria tiene como objetivo contribuir a la erradicación de la desnutrición en la niñez de cero a cinco años en el sector el Carmen, San Juan del río coco, Nicaragua. Para su ejecución se proponen las siguientes acciones: promover la organización y participación de los diferentes actores sociales, propiciar el acceso de las familias a alimentos nutritivos, sanos y suficientes, y favorecer la sensibilización de la población sobre las consecuencias de la desnutrición en el desarrollo de la niñez de 0-5 años.

Palabras claves: estado nutricional, estrategias comunitarias, desnutrición, prácticas alimentarias, hábitos de higiene

Research line: Public health

Community strategies for preventing malnutrition in children 0-5 years old at the health post of el Carmen, sector 9, municipality of San Juan del Río Coco, 2019.

ABSTRACT

Historically, in the communities of the municipality of San Juan del Río Coco, there has been a deterioration in the nutritional status of children aged 0 to 5 years, according to data from the Ministry of Health, affecting approximately 60% of this age group. For this reason, this study seeks to determine the state of malnutrition in children aged 0-5 years who are treated at the El Carmen health post, to contribute to the design of a community strategy focused on the prevention of malnutrition. According to the philosophical approach it is a quantitative investigation. 214 surveys were applied to the mothers of affected children, interviews with health personnel, community leaders and the family. The hypothesis is fulfilled by demonstrating that there is an inversely proportional relationship between eating practices and hygiene habits with malnutrition. The objective of the community strategy is to contribute to the eradication of malnutrition in children aged 0-5 years in the Carmen sector, San Juan del Rio Coco, Nicaragua and The proposed community strategy includes the following actions: Promote the organization and participation of the different social actors, promote families' access to nutritious, healthy and sufficient food and promote awareness among the population about the consequences of malnutrition in the childhood development from 0-5 years

Keys Words: Nutritional status, community strategies, malnutrition, eating practices, hygiene habits

INDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	2
CAPITULO I. INTRODUCCIÓN	6
1.1. ANTECEDENTES.....	8
1.2 DESCRIPCION DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION.....	11
1.3. PREGUNTAS PROBLEMA.....	14
1.3.1. PREGUNTA CENTRAL.....	14
1.3.2. PREGUNTAS ESPECÍFICAS.....	14
1.4 JUSTIFICACIÓN.....	15
CAPITULO II. OBJETIVOS	16
2.1. OBJETIVO GENERAL.....	16
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	16
CAPÍTULO III. MARCO TEÓRICO	17
3.1 NUTRICIÓN Y DESNUTRICIÓN.....	17
3.1.1 CONCEPTO DE NUTRICIÓN.....	17
3.1.2 VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL.....	18
3.1.3 CLASIFICACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL.....	21
3.2 CONCEPTO DE DESNUTRICIÓN.....	21
3.2.1 CLASIFICACIÓN DE LA DESNUTRICIÓN.....	22
3.3HÁBITOS ALIMENTICIOS Y HÁBITOS DE HIGIENE.....	24
3.3.1. HÁBITOS ALIMENTICIOS.....	24
3.3.2. FACTORES QUE INFLUYEN EN LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS.....	26
3.3.3 CLASIFICACIÓN DE LOS NUTRIENTES.....	29
3.4 HIGIENE Y ALIMENTACIÓN.....	31
3.4.1 HÁBITOS DE HIGIENE.....	32
3.5 ESTRATEGIAS COMUNITARIAS.....	34
3.5.1CONCEPTO.....	34
3.5.2 PROCEDIMIENTOS PARA ELABORAR UNA ESTRATEGIA COMUNITARIA. ...	35
3.5.3 ACTORES CLAVES EN LA ESTRATEGIA COMUNITARIA.....	36
CAPITULO IV. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	37
3.1. CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	37
CAPÍTULO V. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION	39

5.1. TIPO DE ESTUDIO.....	39
5.2. UNIVERSO DE ESTUDIO	39
5.2.1 CARACTERIZACIÓN DEL UNIVERSO DE ESTUDIO	39
5.3 MUESTRA DE ESTUDIO	41
5.3.1 TIPO DE MUESTREO	42
5.4 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	42
5.5 ETAPAS DE LA INVESTIGACION	43
CAPÍTULO VI. RESULTADOS	46
6.1. DESCRIPCION DEL PROGRAMA COMUNITARIO DE SALUD NUTRICIONAL (PROCOSAN).....	46
6.2 CARACTERISTICAS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DE LA COMUNIDAD EL CARMEN	48
6.3 EL ESTADO NUTRICIONAL Y TRATAMIENTO A NIÑOS Y NIÑAS EN EL PUESTO DE SALUD EL CARMEN	49
6.3.1 ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN EL CENTRO DE SALUD	49
6.3.2 TRATAMIENTO EN EL CENTRO DE SALUD	51
6.4. HÁBITOS ALIMENTICIOS, NUTRICIONALES Y DE HIGIENE.....	58
6.4.1. CARACTERÍSTICAS DE LAS MADRES ENCUESTADAS	58
6.4.2 SITUACIÓN DE LA VIVIENDA DONDE HABITAN LAS NIÑAS Y NIÑOS.....	60
6.4.3 HÁBITOS ALIMENTICIOS	66
6.4.4 HÁBITOS NUTRICIONALES DE LAS FAMILIAS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS EN SITUACION DE DESNUTRICION	68
6.5 HÁBITOS DE HIGIENE.....	74
6.7 ATENCIÓN COMUNITARIA	81
6.8 PRUEBA DE HIPÓTESIS.....	89
6.9 PROPUESTA DE ESTRATEGIA COMUNITARIA.....	93
6.9.1 ANÁLISIS FODA A PROGRAMA COMUNITARIO DE SALUD Y NUTRICIÓN (PROCOSAN).....	93
6.9.2 PROPUESTA DE ESTRATEGIA COMUNITARIA.....	94
CAPITULO VII. CONCLUSIONES.....	109
CAPITULO VIII. RECOMENDACIONES	110
BIBLIOGRAFIA.....	111
ANEXOS	116

CAPITULO I. INTRODUCCIÓN

Cada vez más los Sistemas de Salud de los diferentes países del mundo se ocupan de mejorar el estado nutricional de las personas, fundamentalmente de la niñez, por cuanto este aspecto constituye un aspecto determinante en el desarrollo integral de las personas, la presente investigación aborda esta temática que actualmente forma parte de los ejes centrales de las políticas en salud.

La característica principal de la desnutrición es la prevalencia de una presentación crónica sobre la aguda, que en su defecto son pocas las intervenciones que pueden realizarse y para analizar esta problemática es necesario mencionar causas de la desnutrición a nivel global que son multifactoriales y muchas de ellas pueden extrapolarse al territorio en estudio, por ejemplo, las familias tienen un bajo nivel socioeconómico, hacinamiento y bajo nivel académico, por ello, no es casual que para solventar el déficit financiero recurran a la práctica de omitir uno o más tiempos de alimentación, y por tanto nutrientes necesarios en la dieta básica.

Además, existen dos nuevos factores que intervienen en el fenómeno de la desnutrición infantil, siendo éstos: los malos hábitos higiénicos en los hogares, que propician enfermedades recurrentes sobre todo en la niñez y la no incorporación de alimentos variados para asegurar una dieta balanceada, como un elemento clave para la salud humana.

El tema de investigación del trabajo de Tesis realizado por las estudiantes finalistas de la carrera de Medicina en la Universidad Autónoma de Nicaragua, Bra. Gabriela Arell Gil Valenzuela, Bra. Linda Celeste y Br. Samuel Centeno, se centró en la definición de una estrategia comunitaria para la prevención de la desnutrición en niños de 0 a 5 años en el Puesto de Salud El Carmen, ubicado en el Sector No. 9 en el Municipio de San Juan del Río Coco a partir de un estudio realizado por este mismo equipo en el año 2019.

En este documento contiene información relacionada con antecedentes del problema, dejando en evidencia que este es un problema crónico en este territorio. Así mismo, se plantea los alcances de este estudio plasmados en las preguntas de la investigación y en los

objetivos de la misma. Además, recoge un Marco Teórico con información actualizada sobre el tema de la Nutrición y la Desnutrición alrededor del que se centra este estudio. Así mismo, se describe la metodología utilizada la cual se basa en investigación cuantitativa y aplicada. En el marco de la teoría sociológica, la investigación se realizó con encuestas, entrevistas a familias, líderes comunitarios, brigadistas, entidades de gabinete y autoridades gubernamentales, basadas en prácticas de higiene y alimenticias de las familias y su entorno y posteriormente se detallan los resultados los cuales vienen a confirmar nuestra hipótesis, concluyendo con una propuesta de Estrategia comunitaria para la prevención de la desnutrición en el territorio en estudio.

Esta investigación presenta ocho capítulos:

En el Capítulo I: Introducción, breve reseña de los que aborda la investigación

En el Capítulo II: objetivos del trabajo investigativo

En el Capítulo III: marco teórico, este abarca tres ejes teóricos: 1) Nutrición y desnutrición, 2) Hábitos alimenticios y de higiene; y 3) Estrategias comunitarias.

En el Capítulo IV: Hipótesis de investigación

En el Capítulo V: Metodología de investigación

En el Capítulo VI: Resultados

En el Capítulo VII: Conclusiones

En el Capítulo VIII: Recomendaciones

El abordaje de esta investigación fue en primera instancia desde el enfoque clínico médico a través de la aplicación de parámetros para la valoración del estado nutricional de la niñez del territorio. De igual manera, se hizo un análisis socioeconómico y ambiental del entorno para garantizar un enfoque integral de este trabajo, así como recopilar datos certeros para aportar estadísticas recientes sobre este problema.

Los resultados de esta investigación y la estrategia propuesta para prevenir u abordar el problema de la desnutrición en este sector, constituye una fuente de información importante para quienes tengan la oportunidad de acceder a este trabajo, ya sea por razones profesionales, o de cara a la toma de decisiones de autoridades del MINSA, Gobierno Local

o Nacional u otros organismos e instituciones garantes de derecho y de la sociedad civil que inciden en el territorio y para la población organizada en función de la promoción de acciones de desarrollo social y comunitario.

1.1. ANTECEDENTES

Se revisaron diversas fuentes de información relacionadas con esta investigación para considerarlos como antecedentes.

Una primera tesis para optar al título de médico general la presenta Carrión Merino (2017) y se titula “Hábitos alimentarios y estado nutricional en escolares de la parroquia Quinara del cantón Loja, período septiembre 2015- junio 2016”. El objetivo de esta investigación fue correlacionar los hábitos alimentarios y estado nutricional de escolares de la parroquia Quinara del cantón Loja. Este es un estudio de tipo descriptivo. La selección de la muestra fue mediante la aplicación de 167 cuestionarios Krece Plus. Los principales resultados reflejan que los escolares de la parroquia Quinara predominan los hábitos alimentarios regulares y malos, donde hubo un importante porcentaje de sobrepeso y riesgo de sobrepeso (Carrión, 2017).

En la tesis de licenciatura realizada por León Cáceres (2019), titulada “Estado nutricional en niños menores de 5 años y su participación en programas alimentarios, 2017”, tiene por objetivo examinar si existe asociación entre el tiempo en meses en los programas sociales con orientación alimentaria y el valor Z score de talla para la edad en niños menores de 5 años en el Perú en el año 2017. Este es un estudio de tipo observacional analítico. La selección de la muestra fue de 17,631 hogares beneficiarios que se obtuvo de la ENDES 2017. Los principales resultados fueron que existe un 35% de mujeres con un insuficiente nivel educativo. La mayor parte de los hogares evaluados pertenecen al área urbana y no se encontró asociación entre el Z-score de talla para la edad y la permanencia en un programa social (León, 2019).

La tesis doctoral elaborada por Briones Urbano (2013), titulada “Estudio de la alimentación y estado nutricional de los niños de un orfanato-escuela en Guatemala”. El objetivo de este estudio fue estudiar la alimentación y estado nutricional de los niños de un orfanato-escuela en Guatemala. Este es un estudio de tipo descriptivo. La muestra se obtuvo mediante 196 niños y niñas. Los principales resultados fueron que las carencias nutricionales de niños y niñas institucionalizados y de los que habitan en las aldeas cercanas son manifiestas. Un 5% presenta un índice de desnutrición y la evaluación dietética muestra un aporte energético y de macronutrientes adecuado (Briones, 2013)

Una tesis de ingeniería alimentaria realizada por Nieto y Peña (2016) se titula “Evaluación nutricional y prácticas alimentarias en niños de 0 a 35 meses de edad y sus madres, El Jicarito, Francisco Morazán, Honduras, 2016”, dicho objetivo fue evaluar la nutrición y prácticas alimentarias. Este estudio es de tipo descriptivo, el tamaño de la muestra fue de 65 niños y niñas, y sus madres. Los resultados señalan que el 24% de los niños de 0 a 35 meses y el 57% de sus madres presentaron un crecimiento y estado nutricional inadecuado respectivamente. Se cumplió el requerimiento de energía en la alimentación complementaria en niños de 6-24 meses, no obstante, hubo deficiencias en vitamina A, zinc e hierro, lo que refleja la alta prevalencia de anemia. El 67% de niños no recibe lactancia materna exclusiva, afectando su desarrollo crítico en la ventana de sus primeros 1000 días de vida (Nieto y Peña, 2016).

Por otra parte, la tesis de licenciatura elaborada por Zúniga Valenzuela (2015) denominada: “Estado nutricional, hábitos alimentarios y merienda escolar de estudiantes de quinto y sexto grado del colegio público del poder ciudadano experimental México, período de noviembre 2014 a febrero 2015”. El objetivo fue analizar el estado nutricional, hábitos alimentarios y merienda escolar de estudiantes de quinto y sexto grado del colegio público del poder ciudadano experimental México, período de noviembre 2014 a febrero 2015. Este es un estudio de carácter descriptivo. La selección de la muestra fue de 74 formularios aplicados a niños y niñas de quinto y sexto grado. Los resultados principales fueron 68% se encontraba en un rango nutricional normal, 32% en mal nutrición, de estos 22% por exceso y 9% malnutrición por deficiencia. En la merienda escolar conformada por carbohidratos,

queso, carece de frutas y verduras y corresponde al 28% de los requerimientos totales de energía. Consumen cantidades de kilocalorías cercanas a las recomendadas para la merienda escolar (Zúniga, 2015).

Así mismo, la tesis de licenciatura realizada por Acevedo, Gaitán y Ortíz (2017) nombrada: ‘‘Estado nutricional y merienda escolar complementado con el suplemento ‘‘chapuditos’’ de niños y niñas del preescolar Fabret-Tito de la asociación familia padre Fabreto, Estelí, octubre 2016’’. El objetivo de esta investigación fue valorar el estado nutricional y merienda escolar de los niños y niñas que ingieren el suplemento nutricional ‘‘chapuditos’’ a través del programa de suministro de una mezcla de maíz y soya fortificada con 21 vitaminas y minerales, atendidos por la Asociación Familia Padre Fabretto, en el departamento de Estelí. Este es un estudio de tipo descriptivo. Se aplicaron 118 encuestas a niños y niñas, y entrevistas al personal administrativo, docente y de cocina. Los principales resultados indicaron que los niños y niñas presentaron una mejoría en su estado nutricional al consumir el suplemento chapuditos, por el aporte nutricional. Este suplemento logra la finalidad de reforzar, complementar y mejorar la ingesta alimentaria. También se identificó la relación entre enfermedad gastrointestinal en niños y niñas al iniciar la suplementación con la fórmula chapuditos (Acevedo. Gaitán y Ortiz, 2017).

Igualmente la tesis para optar al título de doctor y medicina elaborada por Acosta y Abaunza (2012), titulada ‘‘Estado nutricional y desarrollo psicomotor en menores de 2 años enfermos de neumonía o diarrea en dos municipios de Madriz, primer trimestre 2011’’. El objetivo principal fue conocer el estado nutricional y desarrollo psicomotor de los lactantes menores de 2 años ingresados por neumonía o diarrea en los centros de salud de San Juan de río coco y San Lucas del departamento de Madriz en el primer trimestre del año 2011. Este es un estudio de tipo descriptivo. La selección de la muestra fue mediante entrevistas a 77 familiares de pacientes y aplicación de test. Los principales resultados fueron que un 2.6% de los niños presentaron emaciación, en cuanto al desarrollo psicomotor solo 1.3% presentó alteración del desarrollo psicomotor (Acosta y Abaunza, 2012).

La investigación realizada difiere de los demás estudios revisados, porque es un estudio de carácter comunitario, tiene una relación estrechamente con la población rural y no de instituciones de salud. Además, esta tesis se considera el primer estudio que se realice en la comunidad El Carmen, de San Juan de Río Coco. A diferencia de otros estudios que realizan comparaciones con programas y comorbilidades existentes mientras que este estudio aportará y no solo abordará la descripción estadística de desnutrición, sino que también abarca las prácticas familiares de alimentación y se propone una estrategia de prevención de la desnutrición en niños menores de 5 años en la zona de estudio.

1.2 DESCRIPCION DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION

El Puesto de Salud El Carmen se encuentra ubicado en la Comunidad de su mismo nombre, la cual pertenece al municipio de San Juan del Río Coco en el Departamento de Madriz. Este Puesto de Salud brinda atención a la población de cuatro comunidades incluyendo la comunidad sede. Históricamente, en estas comunidades se ha presentado de manera casi generalizada un deterioro en el estado nutricional de la niñez en edad de 0 a 5 años de este territorio, afectando aproximadamente al 60% del total de la niñez en esta edad.

Estableciendo una relación comparativa entre los datos oficiales del Ministerio de Salud (MINSA), para el año 2018 el porcentaje de desnutrición aguda a nivel nacional alcanzaba un 12.8% de la niñez menor de cinco años, y en el caso particular del municipio de San Juan de Río Coco este porcentaje se elevaba hasta el 60% aproximadamente, evidenciando un serio problema de salud como es la desnutrición infantil, que afecta a este sector tan importante de la población de ese municipio convirtiéndose ya en un problema crónico al cual urge dar respuesta.

El MINSA, garante de los derechos de los nicaragüenses a la salud y a estar protegidos contra el hambre, considera el combate a la desnutrición crónica como uno de los ejes centrales de sus políticas públicas; por tanto, a partir del año 2008 se definió el uso del

indicador de desnutrición crónica en niños menores de 5 años, incluidos en la matriz de seguimiento al logro de los Objetivos del Desarrollo Del Milenio (ODS).

La desnutrición en sus diversas formas es la más común de las enfermedades, según datos del censo nutricional realizado en enero a junio del 2019, en el municipio de san Juan del Rio Coco, donde se realizó peso y talla de niños y niñas de la zona en estudio, la desnutrición crónica prevalece por encima de la desnutrición aguda; tal situación hace pensar que existen prácticas deficientes de las diversas estrategias y acciones comunitarias implementadas por el MINSA, que conllevan a secuelas y daños irreversibles en la población menor de 5 años del municipio de San Juan de Río Coco.

Las causas de la desnutrición a nivel global son multifactoriales y muchas de ellas se pueden extrapolar al territorio en estudio, por ejemplo, las familias tienen un bajo nivel socioeconómico, hacinamiento y bajo nivel académico. Su principal actividad económica es la agricultura de subsistencia y el cultivo del café. La capacidad productiva del café depende de las condiciones climáticas, y su precio está condicionado por el mercado internacional, por lo que no se puede hablar fácilmente de réditos seguros en este rubro, sobre todo para el campesinado pobre. Por ello, no es casual que para solventar el déficit financiero recurran a la práctica de omitir uno o más tiempos de alimentación, y por tanto nutrientes necesarios en la dieta básica.

La desnutrición se acompaña por la deficiencia de vitaminas y minerales en la alimentación que causan en estos niños bajo rendimiento escolar, disminución de coeficiente intelectual, problemas en el aprendizaje, disminución en la retención y memoria, escaso desarrollo muscular. Esta situación es de mayor prevalencia en áreas rurales como la zona de estudio, por las condiciones socioeconómicas precarias en las que viven, porcentaje de analfabetismo y escasez de productos alimenticios que contengan los nutrientes necesarios para el desarrollo y crecimiento del niño e incluso por la falta de conocimiento acerca de dichos alimentos que quizás tienen a mano pero no saben el aporte nutritivo que le puede proporcionar al niño.

La incidencia de los factores socioculturales son también determinantes en la prevalencia del problema de la desnutrición en el Municipio de San Juan de Río Coco,| donde es muy común encontrarse con algunas prácticas que tienen connotaciones de género y generacional, como la inequidad en la distribución de los alimentos dando prioridad a los hombres y a las y los adultos, sustentando esta práctica en conceptos tradicionales no positivos en el que niñez es sinónimo de pequeño y por tanto lo que se le asigne debe ser poco.

Si bien es cierto, que la desnutrición no se hereda, podemos asegurar que cuando ésta se mantiene por generaciones consecutivas, produce factores modificadores que se transmiten de madres y padres a hijos y a esto se le denomina herencia social, por lo que si agregado a antecedentes de desnutrición de una madre, ésta no recibe el cuidado prenatal requerido, seguramente el hijo podrá estar sometido a restricción del crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer o anemia, entre otras consecuencias.

Otro elemento importante que está vinculado al aspecto sociocultural y que tiene gran impacto en el estado nutricional de la niñez es la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida, la cual de no cumplirse genera la no transmisión de anticuerpos y por tanto niños y niñas con mayor número de hospitalizaciones, así como la utilización de sucedáneos de la lactancia materna y ablactación temprana.

Además, existen dos nuevos factores que intervienen en el fenómeno de la desnutrición infantil, siendo éstos: los malos hábitos higiénicos en los hogares, que propician enfermedades recurrentes sobre todo en la niñez y la no incorporación de alimentos variados para asegurar una dieta balanceada, como un elemento clave para la salud humana.

1.3. PREGUNTAS PROBLEMA

A partir de la descripción del problema, se ha determinado una ruta crítica que delimita el problema de investigación y que guía este trabajo, y son:

1.3.1. PREGUNTA CENTRAL

¿Cuáles son las estrategias comunitarias de cara a la prevención de la desnutrición en niños y niñas de 0-5 años que son atendidos en el Puesto de Salud El Carmen, sector 9, San Juan del Río Coco?

1.3.2. PREGUNTAS ESPECÍFICAS

1. ¿Cuál es el estado nutricional de las y los niños de 0-5 años que son atendidos en el Puesto de Salud El Carmen, sector 9, San Juan del Río Coco?
2. ¿Cuáles son los principales tratamientos que aplican a los niños de 0 a 5 años que son atendidos en el Puesto de Salud El Carmen, sector 9, San Juan del Río Coco?
3. ¿Cuáles son los hábitos alimenticios en los hogares de los niños y niñas de 0-5 años con algún grado de desnutrición?
4. ¿Cómo influyen los hábitos de higiene de los hogares de los niños y niñas de 0-5 años que presentan algún grado de desnutrición?
5. ¿De qué manera la familia y organización comunitaria se puede integrar en una estrategia comunitaria para la prevención que garantice un adecuado desarrollo nutricional de los niños y niñas de 0-5 años en San Juan del Río Coco?
6. ¿Cuáles son las estrategias comunitarias integrales que se pueden implementar desde el puesto de salud el Carmen, para garantizar un adecuado desarrollo nutricional de los niños y niñas de 0-5 años en San Juan del Río Coco?

1.4 JUSTIFICACIÓN

En este estudio se propone una Estrategia Comunitaria para la prevención de la desnutrición infantil se podrán obtener resultados que favorezcan en primer lugar, el desarrollo integral de la niñez garantizando niñas y niños sanos con mejor calidad de vida a corto, mediano y largo plazo desde un enfoque comunitario “Comunidad empoderada de su salud”, así como a nivel familiar, comunitario e institucional.

Los hallazgos de este estudio servirán de insumos al Ministerio de Salud y demás entidades del Estado garantes de derecho encargados de la vigilancia y acompañamiento a las familias para el adecuado crecimiento y desarrollo de la niñez, para la toma de decisiones sobre posibles acciones orientadas a mejorar el estado nutricional de la niñez menor de cinco años en el territorio en donde se realizó esta investigación, entre las que se podrán incluir la implementación de la Estrategia Comunitaria para la prevención de la desnutrición infantil, que surge como producto de este trabajo.

A nivel de país, este estudio aportará al cumplimiento de la meta 2.2 del Segundo Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS), de los cuales Nicaragua es un país suscriptor, en la cual se propone “De aquí a 2030, poner fin a todas las formas de malnutrición, incluso logrando, a más tardar en 2025, las metas convenidas internacionalmente sobre el retraso del crecimiento y la emaciación de los niños menores de 5 años, y abordar las necesidades de nutrición de las adolescentes, las mujeres embarazadas y lactantes y las personas de edad” (MINSALUD, 2012, pág. 17)

Este tema investigativo también brinda un gran aporte científico a la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua - FAREM-Estelí, considerando está regida bajo los lineamientos investigativos establecidos por dicha institución además de ser pionera en la elaboración de una estrategia comunitaria orientada a esta problemática en la comunidad El Carmen en el municipio de San Juan del Río Coco. Además, no solo se trata de la descripción de la población y sus problemáticas, sino que tiene un enfoque analítico-propositivo.

CAPITULO II. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar el estado de desnutrición en niños y niñas de 0-5 años que son atendidos en el puesto de salud el Carmen, sector 9, para el diseño de una estrategia comunitaria para la prevención de la desnutrición en el municipio de San Juan del Rio Coco en el período Junio-diciembre 2019.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Describir el estado nutricional y el tratamiento aplicado a las y los niños de 0-5 años que son atendidos en el Puesto de Salud El Carmen, sector 9, San Juan del Rio Coco.
2. Analizar los hábitos alimenticios, nutricionales y de higiene implementados por las familias de los niños y niñas de 0-5 años con algún grado de desnutrición que son atendidos en el Puesto de Salud El Carmen, sector 9, San Juan del Rio Coco.
3. Proponer el diseño de una estrategia de atención comunitaria integral (familia, comunidad y puesto de salud) dirigida a la prevención de la desnutrición en los niños y niñas de 0-5 años del municipio de San Juan del Río Coco.

CAPÍTULO III. MARCO TEÓRICO

Esta investigación considera tres ejes teóricos: 1) Nutrición y desnutrición, 2) Hábitos alimenticios y de higiene; y 3) Estrategias comunitarias. A continuación, se definen cada uno de ellos:

3.1 NUTRICIÓN Y DESNUTRICIÓN

3.1.1 CONCEPTO DE NUTRICIÓN

“La nutrición se define como el conjunto de procesos mediante los cuales el organismo vivo, en este caso el ser humano, utiliza, transforma e incorpora una serie de sustancias que recibe del mundo exterior y que forman parte de los alimentos con objeto de suministrar energía, construir y reparar estructuras orgánicas, así como regular los procesos biológicos”. (Soriano del Castillo, 2011, pág. 23)

Según M. Alonso Franch, G y Alonso Álvarez (2007) la nutrición está integrada por un complejo sistema en el que interaccionan el ambiente (que influye en la selección de alimentos, frecuencia de consumo, tipo de gastronomía, tamaño de las raciones, horarios, etc.), el agente (agua, energía y nutrientes) y el huésped (es decir, el niño con sus características fisiológicas). Si en el adulto la nutrición tiene por objeto el mantenimiento de las funciones vitales y la producción de energía en su sentido más amplio, en el niño adquiere una dimensión mayor, al ser el factor determinante del crecimiento e influir de forma importante en el desarrollo (maduración funcional). (Alonso Alvarez & Alonso Franch, 2007, pág. 1)

Sin embargo estado nutricional no es más que el reflejo de la nutrición ya que se exterioriza y se convierte en un estado fisiológico de una persona que deriva de la relación entre la ingesta de nutrientes, las necesidades de nutrientes y la capacidad del organismo para digerir, absorber y utilizar dichos nutrientes”. (FAO, FIDA, OMS, PMA, & UNICEF, 2017)

La OMS, indica a la nutrición como la ingesta de alimentos según el requerimiento dietético del organismo. Una adecuada nutrición, es decir, con variedad de alimentos y suficiente en cantidad según el organismo requiera sumado a una rutina de ejercicio físico constante es la clave para gozar de un buen estado de salud. Una mala nutrición reduce el sistema inmunitario de nuestro organismo y aumenta el riesgo de sufrir enfermedades crónicas, perturbar el desarrollo físico y mental y disminuir el rendimiento. (Albornoz Cardenas & Marcelo Davila, 2019, pág. 18)

Estado Nutricional: es el resultado de comparar el peso obtenido con relación a la talla y a la edad del niño o niña, con los límites establecidos como normales para ese peso, talla y edad, según los nuevos patrones de crecimiento infantil de la OMS. La medición del estado nutricional, se realiza la primera vez que llega el niño o la niña en el año calendario. (MINSA, 2009, pág. 66)

3.1.2 VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL

La valoración del estado nutricional se realiza mediante el análisis de las medidas antropométricas de forma sistemática. Las mediciones básicas son: el peso, la talla y el perímetro cefálico. Una medición aislada, por ejemplo, peso = 20 Kg, no tiene ningún significado, a menos que sea relacionada con la edad y el sexo o la talla de un individuo. A partir de una medición se pretende establecer algún criterio de normalidad, lo que implica transformar esta medición en un índice. (Calvo, Duran, Mazza, Abeya, & Longo, 2009, pág. 15)

Los índices antropométricos son combinaciones de medidas. En el ejemplo, al combinar el peso (20 Kg) con la talla podemos obtener el peso para la talla o el índice de masa corporal (IMC), que son distintas expresiones de una misma dimensión, aplicables en el niño y en el adulto. También pueden relacionarse con estándares de normalidad según edad y sexo. (Calvo, Duran, Mazza, Abeya, & Longo, 2009, pág. 15)

Así, a partir del uso de gráficos o tablas de referencia, se obtienen los índices básicos en niños que son: peso para la edad, talla para la edad, peso para la talla, índice de masa corporal para la edad y perímetro cefálico para la edad. (MINSAs, 2009, pág. 67)

- **Peso/edad:** refleja la masa corporal alcanzada en relación con la edad cronológica. Es un índice compuesto, influenciado por la estatura y por el peso relativo.
- **Talla/edad:** refleja el crecimiento lineal alcanzado en relación con la edad cronológica y sus déficits se relacionan con alteraciones acumulativas de largo plazo en el estado de salud y nutrición.
- **Peso/talla:** refleja el peso relativo para una talla dada y define la proporcionalidad de la masa corporal. Un bajo peso/talla es indicador de emaciación o desnutrición aguda. Un alto peso/talla es indicador de sobrepeso.
- **Índice de masa corporal/edad:** es el peso relativo al cuadrado de la talla (peso/talla²) el cual, en el caso de niños y adolescentes, debe ser relacionado con la edad. Su interpretación es similar a la mencionada para el peso/talla.
- **Perímetro cefálico:** se utiliza en la práctica clínica como parte del tamizaje para detectar potenciales alteraciones del desarrollo neurológico (hidrocefalia, etc.)

3.1.2.1 TABLAS/CURVAS DE REFERENCIA

El diagnóstico antropométrico se realiza por comparación de las mediciones de los sujetos con una población normal de referencia. Estas referencias se construyen a partir de la medición de un número representativo de sujetos pertenecientes a cada grupo de edad y sexo, seleccionados entre la población que vive en un ambiente saludable y contiene individuos que viven saludablemente de acuerdo a las prescripciones actuales. Existen criterios metodológicos definidos para su construcción. (Calvo, Duran, Mazza, Abeya, & Longo, 2009, pág. 15)

Calvo, Duran, Mazza, Abeya & Longo (2009, pág. 18) afirman que al transformar las mediciones directas en índices, también cambian las unidades en que se expresan, ya no

hablamos de kilogramos o centímetros, sino que los índices antropométricos se expresan en tres sistemas principales, a saber:

3.1.2.1.1 INDICES ANTROPOMÉTRICOS

PERCENTILOS	PUNTAJE Z O PUNTAJE DE DESVÍO ESTÁNDAR:	PORCENTAJE DE ADECUACIÓN A LA MEDIANA
<p>Son puntos estimativos de una distribución de frecuencias (de individuos ordenados de menor a mayor) que ubican a un porcentaje dado de individuos por debajo o por encima de ellos. Se acepta numerar percentil de acuerdo al porcentaje de individuos que existen por debajo de ellos, así el valor que divide a la población en un 97% por debajo y un 3% por encima es el percentil 97.</p> <p>Al evaluar un individuo, se calcula su posición en una distribución de referencia y se establece qué porcentaje de individuos del grupo iguala o excede.</p>	<p>El puntaje Z es un criterio estadístico universal. Define la distancia a que se encuentra un punto (un individuo) determinado, respecto del centro de la distribución normal en unidades estandarizadas llamadas Z.</p> <p>En su aplicación a la antropometría, es la distancia a la que se ubica la medición de un individuo con respecto a la mediana o percentil 50 de la población de referencia para su edad y sexo, en unidades de desvío estándar. Puede adquirir valores positivos o negativos según sea mayor o menor a la mediana. La fórmula de cálculo en distribuciones estadísticas normales – gaussianas- (como la talla/edad) es la siguiente:</p> $Z = \frac{(\text{valor observado}) - (\text{valor de la mediana de referencia para edad y sexo})}{\text{Desvío estándar de la población de referencia}}$ <p>Cuando la distribución no es gaussiana, el cálculo de Z es algo más complicado y tiene en cuenta los parámetros M (media), L (curtosis) y S (coeficiente de variación) según la fórmula:</p> $Z = \frac{(\text{valor observado} / M) L - 1}{L \times S}$	<p>Es el cociente entre una medición individual (por ejemplo, peso) y el valor de la mediana de la población de referencia para ese índice, expresado en porcentaje.</p> <p>Dentro de estas unidades de medidas la puntuación Z es la que tiene menos limitante y que puede ser usado en análisis poblacionales (estadísticos) más completos por lo que es la favorita a la hora de realizar evaluaciones nutricionales.</p>

Fuente: (Calvo, Duran, Mazza, Abeya, & Longo, 2009, págs. 15-19)

3.1.3 CLASIFICACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL

El estado nutricional de un niño o niña puede clasificarse de la siguiente manera en dependencia de la relación que existe entre Peso/ Talla o IMC tomando en cuenta la puntuación Z. (MINSA, 2018, pág. 22)

- **Obeso:** Peso para la longitud/ talla o IMC por encima de la puntuación Z3
- **Sobrepeso:** Peso para la longitud/ talla o IMC por encima de la puntuación Z2
- **Posible riesgo de sobrepeso:** Peso para longitud/ talla o IMC por encima de Z1
- **Rango Normal:** Peso para la longitud/ talla o IMC en el canal de la mediana (Entre la mediana y Z1)
- **Emaciado** (Desnutrición aguda moderada) Peso para longitud/ talla o IMC por debajo de Z-2 De Z-2.1 a Z -3
- **Emaciado severo** (Desnutrición aguda severa) Peso para longitud/ talla o IMC por debajo de Z-3 Mayor o igual a Z-3.1

3.2 CONCEPTO DE DESNUTRICIÓN

Es un estado patológico inespecífico potencialmente reversible, que se origina como resultado de un deficiente aporte calórico al organismo, el mismo es acompañado por manifestaciones clínicas diversas de acuerdo a factores ecológicos e individuales (Mostacero & Pineda, 2013, pág. 16)

La desnutrición es una condición patológica que puede ser reversible o no, ocasionada por la carencia de múltiples nutrientes, derivada de un desequilibrio provocado por un insuficiente aporte de energía, un gasto excesivo, o la combinación de ambos, que afecta en cualquier etapa del ciclo vital, en especial a lactantes y niños. Para la OMS la desnutrición se considera un IMC en niños igual o por debajo de 17,4 (Ximena, Darwin, & Viviana, 2010)

3.2.1 CLASIFICACIÓN DE LA DESNUTRICIÓN

De acuerdo a Mostacero & Pineda (2013, págs. 17-18) la desnutrición se puede clasificar de diferentes maneras como, por ejemplo:

1. Según las manifestaciones clínicas:

- a) **Marasmo:** Desnutrición de tipo proteico-calórica, el afectado por marasmo presenta disminución de peso, atrofia muscular y disminución del panículo adiposo.
- b) **Kwashiorkor:** Desnutrición por carencia proteica y aun cuando se reciba un aporte adecuado de calorías. En este tipo de desnutrición el afectado posee un tejido adiposo escaso, atrofia muscular, edema, hepatomegalias, astenia.
- c) **Mixto:** (Marasmo-Kwashiorkor): presenta características propias del marasmo por deficiencia calórica más edema por la ausencia de ingesta proteica.

2. Según su etiología:

- a) **Primaria:** Es cuando la desnutrición es causada por la deficiencia prolongada de aportes de calorías y/o proteínas, caracterizándose por un mayor consumo de reservas proteicas con alteración de la estructura y función del organismo.
- b) **Secundaria:** Se habla de desnutrición secundaria cuando existe una adecuada disponibilidad de nutrientes, pero la misma sobreviene por la alteración en la incorporación de alimentos afectando los componentes proteicos, alterando la función orgánica.
- c) **Mixta:** Es la que se presenta como los factores primarios y secundarios interviniendo conjuntamente como problema epidemiológico, que es la causa más común.

3. Según su intensidad:

- a) **Leve:** Es cuando el grado de desnutrición se presenta en valores menores o iguales al percentil 3 (Z-3).

- b) **Moderada:** Son todas aquellas que se presentan valores menores o iguales a menos 3 desviaciones estándar por debajo de percentil 10.
- c) **Grave:** Es cuando se presentan valores menores o iguales a menos 2 desviaciones estándar por debajo del percentil 10.

UNICEF (2011, pág. 9) propone una clasificación de acuerdo al tiempo de evolución de la desnutrición:

- a) **Desnutrición crónica:** Un niño que sufre desnutrición crónica presenta un retraso en su crecimiento. Se mide comparando la talla del niño con el estándar recomendado para su edad. Indica una carencia de los nutrientes necesarios durante un tiempo prolongado, por lo que aumenta el riesgo de que contraiga enfermedades y afecta al desarrollo físico e intelectual del niño.

La desnutrición crónica, siendo un problema de mayor magnitud en cuanto al número de niños afectados, es a veces invisible y recibe menor atención. El retraso en el crecimiento puede comenzar antes de nacer, cuando el niño aún está en el útero de su madre. Si no se actúa durante el embarazo y antes de que el niño cumpla los 2 años de edad, las consecuencias son irreversibles y se harán sentir durante el resto su vida.

- b) **Desnutrición aguda moderada:** Un niño con desnutrición aguda moderada pesa menos de lo que le corresponde con relación a su altura. Se mide también por el perímetro del brazo, que está por debajo del estándar de referencia. Requiere un tratamiento inmediato para prevenir que empeore.
- c) **Desnutrición aguda grave o severa:** Es la forma de desnutrición más grave. El niño tiene un peso muy por debajo del estándar de referencia para su altura. Se mide también por el perímetro del brazo. Altera todos los procesos vitales del niño y conlleva un alto riesgo de mortalidad. El riesgo de muerte para un niño con desnutrición aguda grave es 9 veces superior que para un niño en condiciones normales. Requiere atención médica urgente.

3.3. HÁBITOS ALIMENTICIOS Y HÁBITOS DE HIGIENE

3.3.1. HÁBITOS ALIMENTICIOS

Los hábitos alimentarios es el conjunto de costumbres que condicionan la forma como los individuos o grupos seleccionan, preparan y consumen los alimentos influida por la disponibilidad de estos, el nivel de educación alimentaria y el acceso a los mismo. (Ruiz Hurtado, 2018, pág. 36)

Los hábitos son herramientas para crear facultades o capacidades requeridas en múltiples situaciones de la vida. Se define como hábito, “una disposición adquirida por actos repetidos, una manera de ser y de cómo vivir. Estos forman parte de la herencia social que el individuo incorpora en el proceso de sociabilización”. Además, los hábitos son el resultado de una edificación social y por tanto sensible a modificaciones relacionadas al entorno que abarca a cada persona. (Carrión Diaz & Zavala Sánchez, 2018, pág. 72)

Se ha determinado sobre los hábitos alimentarios como las conductas obtenidas durante toda la vida que ejercen influencia en el régimen e ingesta alimentaria. Se establece que hay factores de gran importancia tales como: factores culturales, sociales, económicos, educativos, psicológicos y factor tiempo, que repercuten en la adquisición o modificación de dichos hábitos. (Carrión Diaz & Zavala Sánchez, 2018, pág. 73)

3.3.1.1 HÁBITOS ALIMENTICIOS ADECUADOS

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) los hábitos alimenticios adecuados son conductas que se adquieren en los primeros años de vida e implican tener una alimentación sana, en la cual haya una relación entre la ingesta calórica y el gasto calórico. Para tener una dieta saludable también se debe tener en cuenta lo siguiente: “limitar el consumo de azúcar libre a menos del 10 % de la ingesta calórica total, mantener el consumo de sal por debajo de 5 gramos diarios y comer 5 porciones entre frutas y hortalizas al día. (Carrión Diaz & Zavala Sánchez, 2018)

La composición exacta de una alimentación variada, equilibrada y saludable estará determinada por las características de cada persona (edad, sexo, hábitos de vida y grado de actividad física), el contexto cultural, los alimentos disponibles en el lugar y los hábitos alimentarios. No obstante, los principios básicos de la alimentación saludable siguen siendo los mismos. Los hábitos alimentarios sanos comienzan en los primeros años de vida; la lactancia materna favorece el crecimiento sano y mejora el desarrollo cognitivo; además, puede proporcionar beneficios a largo plazo, entre ellos la reducción del riesgo de sobrepeso y obesidad y de enfermedades no transmisibles en etapas posteriores de la vida. (OMS, 2018, pág. 12)

Debería alimentarse a los lactantes exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses de vida. La lactancia materna debe continuar al menos hasta los dos años. A partir de los seis meses de edad, la lactancia materna se debería complementar con diferentes alimentos inocuos y nutritivos. En los alimentos complementarios no se debería añadir sal ni azúcares. (OMS, 2018, pág. 13)

Se pueden definir como los hábitos adquiridos a lo largo de la vida que influyen en nuestra alimentación. Llevar una dieta equilibrada, variada y suficiente acompañada de la práctica de ejercicio físico es la fórmula perfecta para estar sanos. Una dieta variada debe incluir alimentos de todos los grupos y en cantidades suficientes para cubrir nuestras necesidades energéticas y nutritivas (GALARZA, 2017)

La pirámide de los alimentos es una guía que nos sirve para aprender a escoger los alimentos que incluimos en nuestra alimentación, alcanzando así una alimentación sana, variada y equilibrada de una forma sencilla (GALARZA, 2017)

Los buenos hábitos deben establecerse desde muy pequeños pues éstos perdurarán por el resto de su vida, de aquí la importancia de guiarlos correctamente. La influencia de la escuela para la construcción de conocimientos y el aprendizaje de actitudes relaciona con la salud, permite al individuo aspirar a una vida sana, actuar como intermediarios para

cambiar sus circunstancias de vida y tomar decisiones acertadas vinculadas con la estructuración de ambientes saludables (Hernández & López, 2016, pág. 8)

Una alimentación saludable es aquella que aporta todos los nutrientes necesarios para que cada persona pueda mantener su estado de salud, a fin de fomentar la protección de la salud, prevenir trastornos causados por excesos, déficit o desequilibrio en la alimentación (Hernández & López, 2016, pág. 8)

3.3.1.2 HÁBITOS ALIMENTARIOS INADECUADOS

Los hábitos alimentarios inadecuados son aquellas costumbres que predisponen a un individuo a sufrir enfermedades tales como: sobrepeso, obesidad, enfermedades crónicas no transmisibles, diabetes mellitus tipo II, etc. Esto se debe a que “ahora se consumen más alimentos hipercalóricos, más grasas saturadas, más grasas de tipo trans, más azúcares libres y más sal o sodio; además, hay muchas personas que no comen suficientes frutas, verduras y fibra dietaria, como por ejemplo en cereales integrales. Los hábitos alimenticios inadecuados predisponen no solo a enfermedades crónicas, sino también a mal nutrición desde edades tempranas, es por esto que desde el hogar se debe de llevar una alimentación adecuada. (Carrión Díaz & Zavala Sánchez, 2018, pág. 88).

La mala nutrición está causada por una inadecuada ingesta o disponibilidad de alimentos en cantidad o calidad, así como por cualquier defecto en el funcionamiento de los componentes que forman parte del proceso. Las preocupaciones por la seguridad alimentaria suelen centrarse en las enfermedades alimentarias y en el deterioro y la manipulación tecnológica de los alimentos (Hernández & López, 2016, pág. 8)

3.3.2. FACTORES QUE INFLUYEN EN LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS

Los hábitos alimentarios empiezan a formarse desde el momento del nacimiento y se desarrollan durante la infancia y en la adolescencia. En la primera infancia la alimentación está determinada principalmente por los alimentos ofrecidos por la familia, medios de

comunicación y la escuela, ya que es donde conviven todos los días desarrollando su proceso de socialización y aprendizaje diario. (Serafin, 2012, pág. 32)

1. LA FAMILIA

Se define como el conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, entre otros) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan (Pillocorema, 2013, pág. 12)

Es el primer contacto con los hábitos alimentarios ya que sus integrantes ejercen una fuerte influencia en la dieta de los niños y en sus conductas relacionadas con la alimentación. En algunos hogares, las prácticas alimentarias son más saludables que en otros; puede existir exceso de fritos o consumo de grasas de origen animal, la costumbre de salar los alimentos en abundancia, el escaso consumo de verduras y frutas crudas. En general, en esta época se observa un aumento del apetito y además hay un deseo de integrarse en los hábitos familiares y de agradar y de imitar a los demás. (Carrión Merino, 2017, pág. 34)

2. LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

La publicidad televisiva forma parte del ambiente social humano, que en el caso de su influencia en los hábitos alimentarios de los niños ha ido desplazando a instancias como la familia y la escuela; promoviendo un consumo alimentario no saludable, ya que los niños son más susceptibles de influenciar, debido a que se encuentran en una etapa de construcción de su identidad, y por lo tanto son fácilmente manipulables por los anuncios publicitarios que promocionan nuevos alimentos. (Carrión Merino, 2017, pág. 36)

3. LA ESCUELA

Permite al niño enfrentarse a nuevos hábitos alimentarios que en muchas ocasiones no son saludables; aunque también asume un rol fundamental en la promoción de factores

protectores en cuestión de hábitos alimentarios. En los últimos años de la etapa escolar el niño pasa más tiempo fuera de casa en compañía de sus compañeros de escuela, quienes adquieren una gran influencia sobre él: al comer con los amigos se establece una forma de recreación y sociabilidad importante en esta edad. (Carrión Merino, 2017, pág. 37)

4. LA DISPONIBILIDAD DE ALIMENTOS

La alimentación de una población está supeditada a los alimentos disponibles en su entorno, los cuales contribuyen necesariamente a marcar hábitos. Así, la alimentación en medios rurales suele ser algo diferente que, en la ciudad, aunque en los países industrializados, debido a la facilidad de transporte y conservación, y a la gran emigración procedente de otras culturas, la alimentación tiende a uniformizarse. (Carrión Merino, 2017, pág. 38)

5. FACTORES ECONÓMICOS

Estos factores son decisivos a la hora de conseguir alimentos, muchos alimentos no son asequibles para ciertos sectores y, por tanto, las familias con pocos ingresos se alimentarán de manera distinta a las de las clases con más poder adquisitivo, sin que ello signifique que estas últimas estén mejor nutridas en lo que a equilibrio se refiere. (Carrión Merino, 2017, pág. 39)

6. VIVIENDA Y SERVICIOS BASICOS

Al no contar con un espacio adecuado y con los servicios básicos para el manejo y elaboración de los alimentos el niño no puede ser alimentado de forma correcta. Vivienda se define como un lugar cerrado y cubierto construido para ser habitado por personas, este tipo de edificación cuya principal función es ofrecer refugio y habitación a las personas, protegiéndoles de las condiciones climáticas adversas, además de proporcionarles intimidad y espacio para guardar sus pertenencias y desarrollar sus actividades cotidianas (Araujo, 2017, pág. 14)

Servicios básicos son: Obras de infraestructuras fundamentales y necesarias para una vida saludable de una población (Salinas, 2014)

7. PRÀCTICAS ALIMENTICIAS

Se refieren a los comportamientos específicos que caracterizan a las interacciones durante la alimentación (por ejemplo, número de bocados que se ofrecen, la reacción de los padres frente a la aceptación/rechazo del niño, etc.). (Mendoza, 2017, pág. 41)

Conjunto de acciones y relaciones sociales que se estructuran en torno al acto central de ingesta de sustancias alimenticias que puede o no estar relacionado a la perpetuación del organismo vivo. Éstas se forman a través de un proceso de doble aprendizaje. Por un lado, se trata del soporte de una educación técnica y especializada: de hábitos y técnicas alimentarias, como las técnicas de cocina o la composición de cada plato. Al mismo tiempo, es un aprendizaje que sirve de pilar a una socialización o educación general, rasgos culturales como los criterios de identificación de género, edad, grupo social o grupo cultural. (Cueva, 2017, pág. 12)

3.3.3 CLASIFICACIÓN DE LOS NUTRIENTES

Los nutrientes o nutrimentos son sustancias presentes en los alimentos que son necesarias para el crecimiento, reparación y mantenimiento de nuestro cuerpo, estos se dividen en energéticos (proteínas, grasas, carbohidratos) y no energéticos (aguas, vitaminas y minerales) (Fernandez, 2013)

1.HIDRATOS DE CARBONO

A los hidratos de carbono, también se les denomina glúcidos o “azúcares de la sangre” (monosacáridos y disacáridos), es útil para sistema nervioso central, este actúa como fuente de energía para las células vitales. (Albornoz Cardenas & Marcelo Davila, 2019, pág. 88)

Se obtiene principalmente por medio del consumo de cereales, azúcares, patatas, legumbres, verduras, frutas. Son moléculas orgánicas compuestas por carbono, hidrógeno y oxígeno; deben constituir el aporte calórico mayoritario en la alimentación, puesto que proveen la energía. (Carrión Merino, 2017, pág. 104)

2. PROTEÍNAS

Las proteínas son largas cadenas de aminoácidos unidos por enlaces peptídicos. Nuestro cuerpo utiliza las proteínas como fuentes de energía (aportan 4cal/g). Las proteínas deben aportar de 10 a 35% del total de energía. El consumo insuficiente de proteínas en los niños, perturba la actividad del sistema nervioso central y de las glándulas de secreción interna, baja la inmunidad del organismo, pérdida del tejido muscular, retraso del crecimiento y desarrollo en los niños, debilidad, se puede contraer enfermedades, renales, cardiacos y aparición de la desnutrición. (Carrión Merino, 2017, pág. 105)

3. LÍPIDOS O GRASAS

Los lípidos más abundantes son las grasas, que pueden ser de origen animal o vegetal. Son fuente de energía suficiente, puesto que proporcionan el doble de la energía de los carbohidratos y las proteínas. Son importantes por su valor energético y por el aporte de ácidos grasos esenciales. Sirven como fuente de energía, vehículo de vitaminas liposolubles, protección y aislamiento térmicos. (Carrión Merino, 2017, pág. 106)

La dieta equilibrada de lípidos debe ser limitado no de cualquier tipo. Según las entidades internacionales recomiendan que el consumo total de alimentos diario debe ser entre el 15% y hasta el 30% y tiene que estar constituido a base de lípidos. (OMS, 2018, pág. 12)

4. VITAMINAS

Son sustancias indispensables para el organismo ya que de manera natural no podemos producir es por ello que existen diversos alimentos que los contienen y su consumo es vital. Se clasifican en dos grupos de acuerdo a su solubilidad vitaminas hidrosolubles (complejo B y vitamina C) se encuentran disueltos en los alimentos, el consumo alto puede producir efectos adversos en salud, sin embargo, los síntomas de toxicidad duran poco tiempo. (Albornoz Cardenas & Marcelo Davila, 2019, pág. 37)

Las Vitaminas liposolubles (vitaminas A, D, E y K) presentes en componentes grasos de los alimentos, puede producir síntomas de toxicidad si se consume solamente suplementos vitamínicos (especialmente la vitamina A Y D). Cabe mencionar que, si no hay un consumo suficiente de estas, se produce enfermedades crónicas, es por ello conocer también que su función es importante ya que actúa como coenzimas en cambios químicos que se presentan en el cuerpo. (Albornoz Cardenas & Marcelo Davila, 2019, pág. 37)

5. MINERALES

Elementos químicos importantes para la actividad celular y el funcionamiento metabólico normal, cuya función es regular la glándula tiroides esencial para el crecimiento del niño. A la vez transporta el sodio y el potasio a las membranas del cuerpo, asimismo lleva el oxígeno al cerebro ayudan a mantener un balance hídrico en los tejidos y controla el ácido básico de los líquidos corporales. Se considera que el ser humano necesita los minerales para la formación de los huesos, dientes, cartílagos y tejidos. (Nuñez, 2013, pág. 15)

3.4 HIGIENE Y ALIMENTACIÓN

La higiene alimentaria se define como el conjunto de condiciones y medidas que deben estar presentes en todas las etapas de producción, almacenamiento, transformación, transporte, conservación y cocinado doméstico del alimento, para garantizar la salubridad de los alimentos (2018, pág. 1)

En la actualidad, los objetivos de la alimentación infantil se han ampliado, puesto que no solo pretende conseguir un crecimiento óptimo evitando la malnutrición y las enfermedades carenciales, sino que también, busca optimizar el desarrollo madurativo, crear hábitos saludables y prevenir la aparición de enfermedades, tratando de conseguir una mejor calidad de vida. (2018, pág. 2)

Según Núñez (2013, pág. 38) la alimentación debe ser:

- Completa: incluye comidas principales del día, lácteos, huevos, frutas, verduras, cereales y legumbres.
- Equilibrada: Contiene todos los nutrientes (carbohidratos, proteínas, grasas, vitaminas y minerales), en cantidades necesarias para cubrir los requerimientos de cada grupo etario.
- Higiénica: Alimentos con buena calidad y preparados en un ambiente limpio.
- Suficiente: tanto en cantidad como en calidad para cubrir las necesidades nutricionales.

Durante el procesamiento de los alimentos en el hogar se debe tener en cuenta la higiene, porque la primera infancia es más susceptible al contagio de enfermedades infecciosas transmitidas vía oral, principalmente por preparación inadecuada, por tal razón para asegurar una alimentación correcta y saludable, se debe inculcar una cultura higiénica a la familia.

3.4.1 HÁBITOS DE HIGIENE

Uno de los aprendizajes más importantes de la primera infancia son los hábitos de higiene. Inicialmente son los padres quienes los van conformando, pero más adelante es en la escuela donde se pueden volver a aprender en un entorno distinto, que permite al niño comprender mejor el significado de esos hábitos y adquirir una responsabilidad creciente sobre su propia salud. (Barahona & Barahona, 2012, pág. 8)

Los hábitos de higiene se encuentran vinculados con el estilo de vida que se define como “el conjunto de pautas de conducta y hábitos cotidianos de una persona (Barahona & Barahona, 2012, pág. 8)

Es el conjunto de conocimientos y técnicas que aplican los individuos para el control de los factores que ejercen o pueden ejercer efectos nocivos sobre su salud. Es el concepto básico del aseo, de la limpieza y del cuidado del cuerpo humano, las acciones que deben ejecutarse para obtener una higiene personal adecuada, comprenden la práctica sistemática de las medidas higiénicas que debemos aplicar para mantener un buen estado de salud. (Barahona & Barahona, 2012, pág. 7)

La higiene tiene por objeto conservar la salud y prevenir las enfermedades, es por ello que se deben cumplir ciertas normas o hábitos de higiene tanto en la vida personal de cada quién como en la vida familiar, en el trabajo, la escuela, la comunidad. La higiene trata sobre las medidas para prevenir y mantener un buen estado de salud (UNICEF, 2017, pág. 5)

La práctica de las normas de higiene, con el transcurso del tiempo, se hace un hábito. De allí la relación inseparable de Los Hábitos de Higiene. Es conveniente para el aprendizaje, práctica y valoración de los hábitos de higiene que los adultos den el ejemplo a los niños, niñas y jóvenes con la práctica cotidiana de adecuados hábitos de higiene, para que se consoliden los conocimientos y actitudes (UNICEF, 2017, pág. 7)

La higiene es toda serie de hábitos relacionados con el cuidado personal que inciden positivamente en la salud y que previene enfermedades. Es la parte de la medicina o ciencia que trata por todos los medios de prolongar la vida y conservar la salud de los hombres. La higiene es importante para prevenir infecciones o enfermedades. Se debe ser higiénico con el aseo personal, como también, en ropa, calzado, alimentos, los animales a nivel general y con las mascotas, en el hogar, con el ambiente y, al igual de importante, con la comunidad (Pérez, 2019, pág. 6)

En nuestro país un significativo número de familias habita en viviendas que presentan factores de riesgos para su salud tales como: la ubicación en zonas inseguras, sin infraestructura de servicios públicos, sin acceso al agua potable, con deficiente eliminación de excretas y residuos sólidos; y donde el hacinamiento y los problemas sociales son cosas de todos los días. Viviendas de este tipo no protegen la salud de sus ocupantes y propician enfermedades (Organización Panamericana de la Salud, 2016, pág. 6)

3.5 ESTRATEGIAS COMUNITARIAS

3.5.1 CONCEPTO

Para crear un concepto unido de estrategia comunitaria se debe estar bien claro de los conceptos de estrategia y de comunidad. Para esto Ronda (2002, pág. 42), conceptualiza estrategia como una herramienta de dirección que facilita procedimientos y técnicas con un basamento científico, que empleadas de manera iterativas y transfusional, contribuyen a lograr una interacción proactiva de la organización con su entorno, con el fin de lograr la satisfacción de las necesidades de la población clave a la cual está dirigida la misma estrategia como tal.

Díaz (1990, pág. 23) hace referencia a Kenneth R. Andrew quien define estrategia como un “patrón de objetivos, propósitos o metas primarias, políticas y planes esenciales para alcanzar esas metas, formuladas de manera que definan en que negocio está una compañía o debiera estar y la clase de empresa que debería ser”

Munuera y Rodríguez (2007, págs. 33-34) conceptualizan como “Un conjunto de acciones encaminadas a la consecución de una ventaja competitiva sostenible en el tiempo y defendible frente a la competencia, mediante la adecuación entre los recursos y capacidades de las empresas y el entorno en el cual opera y a fin de satisfacer los objetivos de los múltiples grupos participantes en ella”

Existen varias definiciones en relación al concepto de comunidad, según se planteen desde la sociología, antropología; Tobón refiere que es un conjunto de personas que tienen similares necesidades y comparten área geográfica, tradiciones y costumbres, cultura creencias e intereses; integradas en familias o grupos que forman un sistema social que operan en beneficio de todos los miembros (Tobón, 2004, pág. 74)

El concepto de comunidad está instalado en el vocabulario de las ciencias sociales como mención obligada a una forma de vivir en sociedad que los seres humanos construimos. Sin embargo el término oscila entre la referencia a un territorio constituido por humanos y conformación de relaciones sociales modelos en el mismo espacio (Lisbona., 2005, pág. 56)

Una estrategia comunitaria se define como la gama y combinación de actividades y decisiones que los pueblos y comunidades realizan y optan para lograr sus objetivos en relación a medios de vida y sobre todo en dependencias de las necesidades y principales carencias o problemas sociales previamente identificados (Jansen, Rodriguez, Damon, & Pender, 2003, pág. 32)

En fin, podemos conceptualizar una estrategia comunitaria como un conjunto de acciones, herramientas y técnicas previamente planificadas por actores involucrados directamente que van encaminadas a solventar y satisfacer necesidades de una población con un problema social identificado.

3.5.2 PROCEDIMIENTOS PARA ELABORAR UNA ESTRATEGIA COMUNITARIA.

El proceso de formación de una estrategia resulta muchos más impreciso y difícil de comprender. En la opinión de Nicolás (2004, pág. 39) los pasos para la formación de la estrategia son:

1. Definir los protagonistas claves a cargo de la formulación y ejecución de la estrategia.
2. Determinar cómo será la comunicación entre los integrantes ejecutores de la estrategia, así como el papel que desempeñará cada uno y la secuencia que deben seguir.

3. Realizar un cronograma de actividades que impulsará dichos esfuerzos, con regularidad constante y llevar un orden lógico en el momento de la creación de la estrategia.
4. Formular y comunicar de manera explícita el proceso de la formación de la estrategia a los diversos participantes.
5. Para garantizar una excelente estrategia comunitaria se debe garantizar disciplina y racionalidad, así como de herramientas formales analíticas y no acuerdos no organizados en los que el poder de negociación se vuelve una fuerza directriz.

3.5.3 ACTORES CLAVES EN LA ESTRATEGIA COMUNITARIA

De acuerdo a (2013, pág. 2) el principal actor clave es la familia y/o población con que se trabaja, esta es muy variada desde niños pequeños hasta ancianos, embarazadas y personas discapacitadas, todo va en dependencia del tipo de estrategia que se implemente y la población clave a la que va dirigida.

Autoridades locales con responsabilidades dentro de este campo; con el fin de abordar determinado problema adoptan un conjunto de medidas para confeccionar leyes y normativas y favorecen la financiación de programas de actuación específicos estableciendo las directrices a seguir. (Aranceta, 2013, pág. 51)

La comunidad como tal, tiene que realizar presencia encabezada por un representante o varios a fin de plantear la problemática que más afecta dicho territorio y partiendo de allí elaborar la estrategia como tal, es por eso que es un actor clave al momento de la creación, realización e implementación de una estrategia comunitaria, dentro de estos podemos encontrar brigadistas, enfermeros comunitarios, red comunitaria. (Aranceta, 2013, pág. 53)

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADORES	TÉCNICAS DE RECOPIACION DE DATOS
Hábitos de Higiene	Es el conjunto de conocimientos y técnicas que aplican los individuos para el control de los factores que ejercen o pueden ejercer efectos nocivos sobre su salud. Es el concepto básico del aseo, de la limpieza y del cuidado del cuerpo humano. (Barahona & Barahona, 2012, pág. 7)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lavado de manos y uñas ▪ Lavado de los alimentos para su preparación ▪ Baño diario ▪ Cepillado de dientes ▪ Limpieza de genitales adecuada ▪ Servicios Sanitarios <ul style="list-style-type: none"> ○ Disposición de basura ○ Disposición de excretas ○ Disposición aguas residuales. ○ Acceso de agua ○ Acceso de energía 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Investigación documental ▪ Encuesta ▪ Entrevista semi-estructurada.
Desnutrición	La desnutrición es una condición patológica que puede ser reversible o no, ocasionada por la carencia de múltiples nutrientes, derivada de un desequilibrio provocado por un insuficiente aporte de energía, un gasto excesivo, o la combinación de ambos, que afecta en cualquier etapa del ciclo vital, en especial a lactantes y niños (Ximena, Darwin, & Viviana, 2010)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicios Sanitarios <ul style="list-style-type: none"> ○ Atención y asistencia al puesto de salud ○ Tratamiento a niños y niñas. ▪ Talla baja ▪ Peso bajo ▪ Desnutrición aguda ▪ Desnutrición aguda severa ▪ Desnutrición crónica ▪ Desnutrición crónica severa 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Investigación documental ▪ Encuesta ▪ Entrevista semi-estructurada.

CAPÍTULO V. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION

5.1. TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación según el enfoque filosófico es una investigación cuantitativa, porque analiza la relación entre las variables y los nexos existentes entre el estado nutricional y los hábitos alimentarios y de higiene, con análisis estadísticos; demostrando una hipótesis, mide y define las variables en un determinado contexto; de igual forma analiza las mediciones obtenidas por métodos estadísticos.

Según el uso del conocimiento es una investigación aplicada, porque se basa en una necesidad social práctica y sugiere estrategias para resolverla, es decir, busca la aplicación o utilización de conocimientos, desde una o varias áreas especializadas, con el propósito de implementarlos de forma práctica para satisfacer necesidades concretas, proporcionando una solución a problemas del sector social o productivo. (Vargas Cordero, 2011)

5.2. UNIVERSO DE ESTUDIO

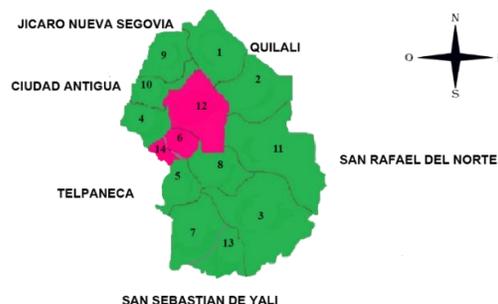
La población de esta investigación está conformada por 478 jefes de familia que tienen niños de 0 a 5 años, y que han sido valorados con desnutrición por personal médico del Centro de Salud El Carmen, San Juan de Río Coco.

5.2.1 CARACTERIZACIÓN DEL UNIVERSO DE ESTUDIO

San Juan de Río Coco es una municipalidad del departamento de Madriz, en la República de Nicaragua. El término municipal limita al norte con el municipio de El Jícaro, este con el municipio de Quilalí, al sur con el municipio de San Sebastián de Yalí y al oeste con el municipio de Telpaneca. (INIDE, 2014, pág. 15)

La principal fuente hidrográfica del municipio está compuesta por el Río Coco, que recorre el territorio con dirección oeste al noroeste. Algunas quebradas en su recorrido forman algunos saltos, siendo el más relevante el Chorro de la Virgen. (INIDE, 2014, pág. 17)

Figura 1. Mapa del Municipio de San Juan del Río Coco, Departamento de Madriz.

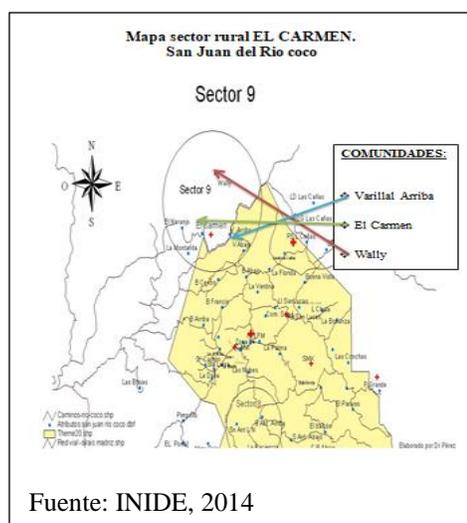


La agricultura es la principal actividad económica en el municipio de San Juan del Río Coco. La mayor parte de la población vive a través de la explotación del uso de la tierra, por medio del cultivo en productos de granos básicos como el maíz y frijoles que son la base de la alimentación de los nicaragüenses. El café representa el cultivo de mayor importancia agrícola y económica en el municipio de San Juan del Río Coco, ubicando al departamento entre los principales a nivel nacional. La mano de obra requerida para la realización de las labores de cultivo y de cosecha, es la principal fuente de trabajo en el sector agropecuario departamental (INIDE, 2014, pág. 17)

Fuente (INIDE, 2014, pág. 17):

Caracterización del puesto de salud de la comunidad El Carmen

El sector 9, perteneciente al puesto de salud ubicado en la comunidad ‘‘El Carmen’’, que se localiza a unos 16 kilómetros al norte del municipio de san Juan del Río Coco es encargada de la atención en salud de 3 comunidades localizadas periféricamente a la sede del sector, se habla de la comunidad de varillal arriba, también conocida como varillal san pablo, Wally y El Carmen propiamente dicho; con una población total de 4,835 habitantes, de ellos 985 son niños menores de 6 años.



Fuente: INIDE, 2014

Cada comunidad tiene una distancia considerable, de El Carmen a Wally hay aproximadamente 5km y al Varillal Arriba 3km. Con una carretera poco transitable y muy deteriorada principalmente la que conecta con Varillal Arriba, que en tiempos de invierno se vuelve prácticamente intransitable. (INIDE, 2014)

La sede del sector 9, está localizado al lado izquierdo de la carretera que comunica al Naranjo y limita al norte con preescolar atendido por profesora Glenda, al sur con la casa de habitación de doña Agustina, al este con la iglesia evangélica y al oeste con predio vacío. Los actores sociales y/o políticos en el sector son: MINED, GFCV, con líderes iglesias católicas y evangélicas.

En todas las comunidades atendidas por el sector 9, cuentan con servicios básicos como energías eléctrica en un 100% y se abastecen de agua no potable que llega a los hogares por medio de tubos en casi un 95% de la población, el resto tienen pozos excavados sin mantenimiento, que ocupan para la realización de los quehaceres y permanecen descubierto, aparte una de las piletas de El Carmen esta descubierta, y esta agua se está contaminando conllevando a aumentar los cuadros diarreicos en la comunidad en todas las edades y también a la producción de vectores que provocan enfermedades febriles y respiratorias. (INIDE, 2014)

5.3 MUESTRA DE ESTUDIO

Para determinar el tamaño de la muestra se aplicó una formula estadística para población finita, y estos son los cálculos:

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

$$n = \frac{478 \times 1.96^2 \times 0.50 \times 0.50}{478 - 1 (0.05^2) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{478 \times 3.8416 \times 0.50 \times 0.50}{477 (0.0025) + 0.9604} \quad n = \frac{459.0712}{2.1529} \quad n = 213.5338$$

Se concluye que la muestra a estudiar es de 214 niños de 0 a 5 años del Centro de El Carmen, sector 9, del municipio de San Juan de Río Coco.

5.3.1 TIPO DE MUESTREO

El tipo de muestreo es **muestreo aleatorio simple**, o muestreo probabilístico al azar, puesto que todos tienen la misma probabilidad de ser seleccionados.

5.4 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se aplicaron tres técnicas de recolección de datos:

1. La investigación documental es una técnica de investigación cualitativa que se encarga de recopilar y seleccionar información a través de la lectura de documentos, libros, revistas, grabaciones, filmaciones, periódicos, bibliografía ya existente, utiliza múltiples procesos como análisis, síntesis y deducción de documentos; se realiza de forma ordenada, con una lista de objetivos específicos con el fin de construir nuevos conocimientos. (Zambrana, 2018, págs. 5-6). Se realizó mediante revisión de base de datos de censo nutricional ejecutado en período de enero a junio del 2019, en el municipio de san juan de rio coco.
2. La encuesta es una técnica de recolección de datos a través de la interrogación de los sujetos, cuya finalidad es obtener de manera sistemática medidas sobre los conceptos que se derivan de una problemática de investigación previamente construida. La recogida de los datos se realiza mediante un cuestionario, instrumento de recolección de los datos (de medición) y la forma protocolaria de realizar las preguntas (cuadro de registro) que se administra a la población o una muestra extensa de ella mediante una entrevista donde es característico el anonimato del sujeto. (Lopez Roldan & Fachelli, 2015, pág. 8). Se realizó a jefes de familias con hijos entre 0 a 5 años, que presentan grados de desnutrición, realizado in situ.

3. La entrevista, consiste en un cuestionario de preguntas abiertas donde existe un importante grado de direccionalidad en la formulación y el orden de las preguntas pues éstas están preestablecidas, pero no la respuesta, ni su extensión ni la posibilidad de intervención del entrevistador, por lo que permite enriquecer y profundizar en el tipo de información que se busca. (Lopez Roldan & Fachelli, 2015, pág. 10). Se realizó a jefes de familias, brigadistas, personal de salud, autoridades locales, in situ.

5.5 ETAPAS DE LA INVESTIGACION

ETAPA 1. INVESTIGACION DOCUMENTAL

Esta etapa, se realizó mediante Censo Nutricional Junio 2019 del puesto de Salud El Carmen, San Juan de Rio Coco, donde describe las medidas antropométricas (peso, talla), y el estado nutricional de niños de 0 -5 años del lugar anteriormente mencionado, en este censo se correlaciona estas medidas a través de graficas ya diseñadas para establecer el estado nutricional.

ETAPA 2. DISEÑO DE LOS INSTRUMENTOS

Los instrumentos se construyeron en base a los objetivos planificados con el fin de orientar, preguntas que mostraran resultados a las interrogantes del estudio, el cual contemplaba seis ítems: características socios demográficos, evaluación de la vivienda y servicios básicos, atención y tratamiento del puesto de salud, hábitos alimentarios y nutricionales, hábitos de higiene, y atención de brigadistas de salud.

Se realizó entrevistas semi-estructuradas dirigidas a: personal médico brigadistas y familias (anexo 3, 4 y 5) de los niños y las niñas en situación de desnutrición; en general a unas 30 personas. Estas entrevistas ayudan a sostener el análisis de los datos estadísticos y permite obtener información documental para el diseño de la propuesta de estrategia comunitaria.

ETAPA 3. TRABAJO DE CAMPO

Se aplicaron 214 encuestas, a las familias de los niños con estado de desnutrición del puesto de Salud El Carmen, San Juan de Rio Coco, con un número de 50 preguntas cerradas y valorables, múltiples y Escala Likert que puedan ser de fácil comprensión por las familias.

Para formar parte del mismo y realizar las encuestas a las madres, se leyó en voz alta el consentimiento informado que detalla el título de la investigación, objetivos, propósitos, los beneficios, riesgos y el uso que se le darían a los resultados. También se informó el manejo proyectado para los datos recolectados y la confidencialidad con que la información sería tratada. (Anexo 1).

Para la realización del estudio se hizo uso de diferentes recursos tanto en materiales como monetarios, así como apoyo humano de profesionales de la salud, los cuales se especificaran detalladamente a continuación:

- Tres médicos en Servicio
- Lápices, borradores, papelería, tabla de evaluación, fotocopia e impresiones.
- Formato de consentimiento informado.
- Gabacha.
- Computadoras.
- Balanza de pedestal.
- Tallímetro.
- Calculadora.
- Cuaderno.

Por último, se realizó entrevista a 3 brigadistas, y a enfermeras acompañantes del peso y talla, no se realizó entrevista a maestros por estar en época de vacaciones.

ETAPA 4. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN Y ELABORACIÓN DEL INFORME FINAL

El análisis estadístico se realizó a través del programa SPSS versión 23, con el fin de dar salida a las tablas de variables incluidas para análisis, las cuales fueron modificadas en Microsoft Excel 2010 a fin de mejorar el aspecto visual de las gráficas y facilitar su entendimiento, el informe fue realizado en Microsoft Word 2010, donde se trasladaron las gráficas, tablas, se realizó análisis de las mismas y la organización del documento final.

Para el análisis de las variables cuantitativas se aplicó una escala de Likert para medir nivel la desnutrición en niños de 0-5 años en el puesto de Salud el Carmen, sector 9, municipio de San Juan del Rio Coco.

La evaluación del estado nutricional se realizó en las comunidades de El Carmen, Wali, Varillal Arriba.

Después de aplicar los instrumentos de investigación, se procedió al análisis de resultados y a partir de estos se elaboraron las conclusiones, tomando en cuenta para ello los objetivos de investigación propuestos y posteriormente se formularon las recomendaciones.

CAPÍTULO VI. RESULTADOS

6.1. DESCRIPCION DEL PROGRAMA COMUNITARIO DE SALUD NUTRICIONAL (PROCOSAN)

Dentro de los programas propuestos por el Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC) en esta unidad asistencial se ejecuta el Programa Comunitario de Salud Nutricional (PROCOSAN), que consiste en fomentar la salud inicialmente en las y los niños de 0 a 6 años, enseñando en las familias hábitos nutricionales y estilos de vida que protegen y fomentan su salud y nutrición. El objetivo de este programa comunitario es mejorar el crecimiento y promover un estado nutricional adecuado en la niñez menor de 6 años poniendo énfasis en los menores de 2 años, mediante la ganancia de peso mensual, para lo cual se realizan actividades de peso y talla (MINSa, 2012)

Además se basa en las metodologías de trabajo que contemplan la cultura e idiosincrasia de las diferentes comunidades del país y propone cambios de conducta favorables a la salud y el uso de los recursos locales para lograrlo. El trabajo que impulsa PROCOSAN se centra en protagonistas, sean éstos personas, familias o comunidades, que construyen socialmente a su propia salud, superando el esquema asistencialista de atención a beneficiarios que esperan una ayuda para mitigar su situación. (MINSa, 2012, pág. 2)

Las estrategias comunitarias en salud nutricional son un conjunto de acciones, herramientas y técnicas planificadas con el objetivo dictar medidas y promover actividades que sea necesarias para garantizar una buena alimentación y adecuado estado nutricional con el objetivo de prevenir la mal nutrición y las deficiencias y excesos de micronutrientes y macronutrientes para mejorar la salud y calidad de vida de la población a la cual se dirige la estrategia (MINSa, 2012, pág. 2)

Una estrategia comunitaria nutricional consiste en el fomento de la salud de las personas inicialmente las y los niños, enseñando hábitos nutricionales y estilos de vida que protegen y fomentan su salud y nutrición, se basa en metodologías de trabajo, que contemplan la

cultura e idiosincrasia de las diferentes comunidades y proponen cambios de conductas favorables a la salud y el uso de los recursos locales para lograrlo; se centra en protagonistas (individuo, familias y comunidad) que construyen socialmente su propia salud, superando el esquema asistencialista de atención a beneficiarios que esperan una ayuda para mitigar su situación (MINSA, Manual técnico operativo, 2012)

En el ámbito de la salud pública, en los últimos años ha disminuido el interés de los expertos en el aspecto cuantitativo de los aportes nutricionales para centrarse en los aspectos cualitativos de la ingesta que pudieran repercutir en mayor medida en la génesis de las enfermedades crónicas, en la calidad de vida y en las potencialidades físicas e intelectuales. Estos nuevos conocimientos, aplicados de manera colectiva en programas de prevención y promoción de la salud, en determinada área geográfica han dado lugar a la nutrición comunitaria (Aranceta, 2013)

La nutrición comunitaria es un tipo de estrategia que tiene como objetivo mejorar el estado nutricional y de salud de los individuos y grupos de población de una comunidad. Las actuaciones dentro de este campo se basan en la epidemiología, nutrición y ciencias de la conducta. Los profesionales que desarrollan su labor en este campo participan en la confección y puesta en marcha de políticas y programas de actuación encaminados a fomentar hábitos alimentarios saludables. Estos tres elementos: grupos de población, políticas alimentarias nutricionales y programas de intervención forman el eje de actuación del trabajo en nutrición comunitaria (Aranceta, 2013)

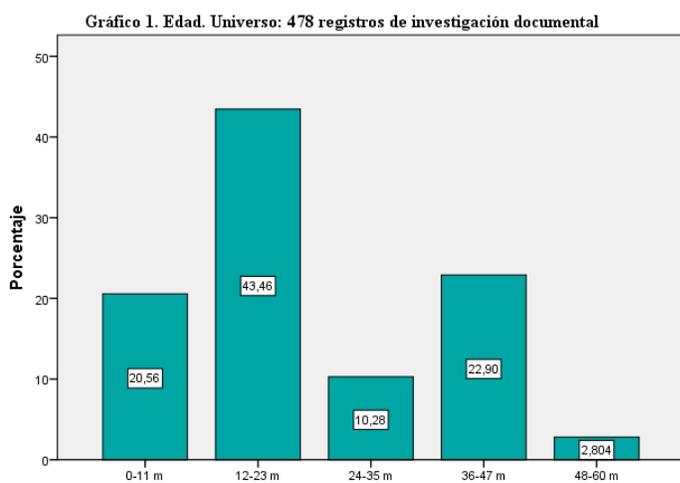
El programa comunitario de salud y nutrición (PROCOSAN) en nuestro contexto es la única estrategia comunitaria de nutrición; es una nueva forma de hacer nutrición a partir del 2000. Nace luego de una serie de estudios que permitieron documentar que los programas de intervención en nutrición en el país, no estaban dando el impacto necesario, a pesar que el 80% de los presupuestos de ellos eran para la distribución de los alimentos.

Es una estrategia formulada para niños menores de 60 meses de edad y en el área rural, con problemas nutricionales elevados con el fin de cambiar el comportamiento de las prácticas

nutricionales de las madres y padres de niños menores de 5 años. Y lo más importante es que es una estrategia dirigida por un ente comunitario y de fácil aplicación ya sea un brigadista o líder comunitario, supervisado por profesionales de la salud nutricional. (Yllescas Hernández, 2017)

El Equipo de Salud Familiar y Comunitario de este puesto de salud, aplica el programa PROCOSAN, mediante la visita una vez al mes a cada comunidad, los días 8, 17 y 25 de cada mes, donde participan las madres de familia, red comunitaria y maestros; posteriormente esta información de peso y talla es entregada a final de cada mes, a la coordinadora a nivel municipal, en este caso Lic. Dolores Muñoz, quien a su vez realiza consolidado de todos los puestos de salud que están a cargo de PROCOSAN, y es enviada a nivel departamental.

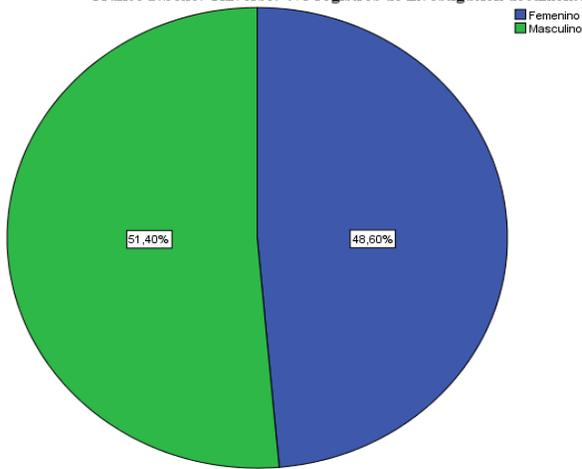
6.2 CARACTERISTICAS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DE LA COMUNIDAD EL CARMEN



Fuente: Datos secundarios de la investigación documental, Junio 2019

En el gráfico 1 el 43.46% de las y los niños desnutridos pertenecen a las edades de 12 a 23 meses de edad, con menos incidencia en las edades de 48-60 meses con un 2.804%.

Gráfico 2: Sexo. Universo: 478 registros de investigación documental



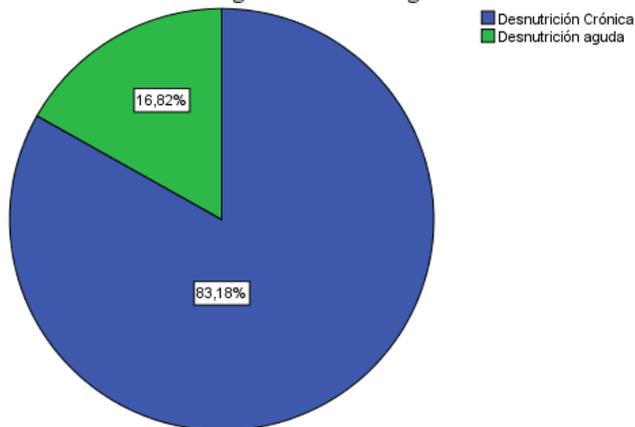
En el gráfico 2 se observa un 51.40% pertenecen al sexo masculino y 48.60% al sexo femenino.

Fuente: Datos secundarios de la Investigación Documental. Junio 2019.

6.3 EL ESTADO NUTRICIONAL Y TRATAMIENTO A NIÑOS Y NIÑAS EN EL PUESTO DE SALUD EL CARMEN

6.3.1 ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN EL CENTRO DE SALUD

Gráfico 3: Estado nutricional en niños y niñas menores de 5 años. Universo: 478 registros de investigación documental.



El gráfico 3 muestra que existe una prevalencia de desnutrición crónica del 83.18% en comparación a la desnutrición aguda con un 16.82%

Fuente: Datos secundarios de la investigación documental, Junio 2019.

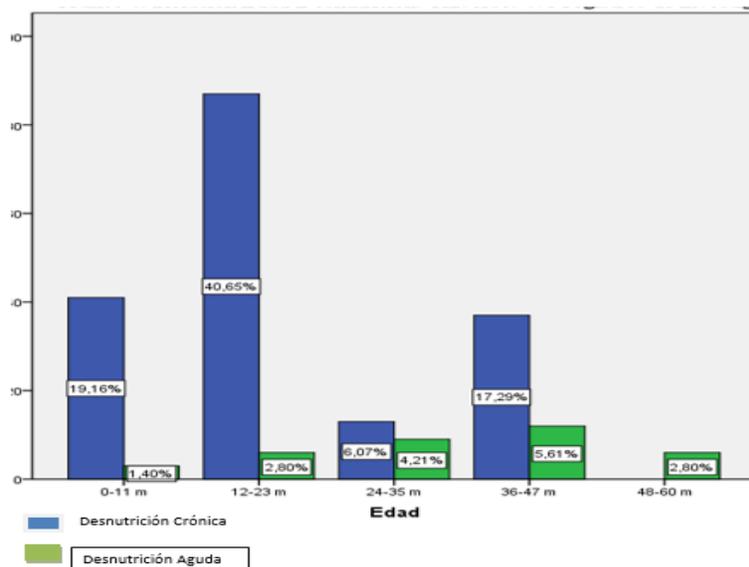
La UNICEF refiere que la desnutrición crónica es un problema de mayor magnitud en cuanto al número de niños afectados, es a veces invisible y recibe menor atención. El

retraso en el crecimiento puede comenzar antes de nacer, cuando el niño aún está en el útero de su madre. Si no se actúa durante el embarazo y antes de que el niño y niña cumpla los dos años de edad, las consecuencias son irreversibles y se harán sentir durante el resto de su vida (UNICEF, La desnutrición infantil, causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento, 2011, pág. 9)

Según los datos recopilados del Censo Nutricional realizado de enero a junio 2019 en San Juan del Río Coco, se puede afirmar que la desnutrición crónica es la que prevalece más por encima de la desnutrición aguda. Lo que hace falta es reforzar actividades que ayuden a disminuir la incidencia de desnutrición crónica y por consiguiente los estragos irreversibles que este problema causa.

El gráfico 4 indica que el 40.65% de la desnutrición crónica prevalece en edades de 12 a 23 meses, en un menor porcentaje de 0% y 6.07% en edades de 48 a 60 meses y 24 a 35 meses respectivamente, por otra parte, la desnutrición aguda prevalece en las edades de 36 a 47 meses con el 5.61%, siendo menor en las edades de 0 a 11 meses con el 1.40%.

Gráfico 4: Relación Edad – Desnutrición. Universo 478 registros de investigación documental



Fuente: Datos primarios de la encuesta, enero 2020.

El MINSA (2012) hace énfasis que está demostrado que, es en el período de 6 a 24 meses de vida, que se instala la desnutrición crónica, como consecuencia ocurren pérdidas irreparables en la talla de los niños y niñas, su capacidad intelectual y sistema inmunológico. Por tanto, la prevención de la desnutrición debe ser un proceso que inicia

desde el embarazo, haciendo énfasis en los cuidados en los primeros 6 meses de vida del niño y niña y hasta los dos años

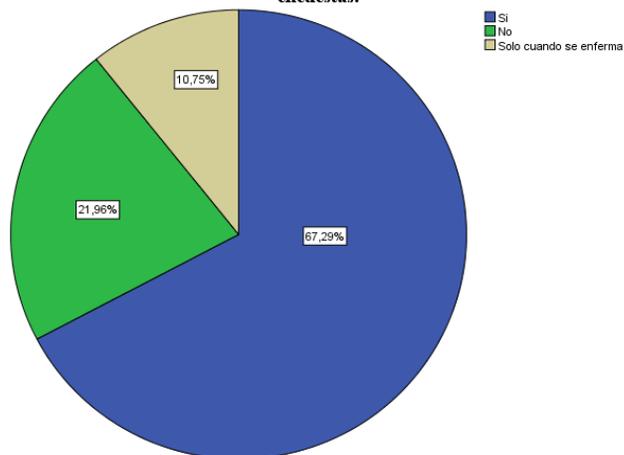
Todo esto confirma que la desnutrición crónica se manifiesta más en las edades de 6 a 23 meses, que son las primeras etapas donde se debe priorizar, dado que se caracteriza por un crecimiento intenso y de transición en la alimentación porque a partir de los 6 meses las necesidades de energía y nutrientes empiezan a ser superiores a lo que pueda aportar la lactancia materna por lo que se hace necesaria la introducción de una alimentación complementaria. Además, los niños y niñas son vulnerables y dependen de los adultos para llenar sus necesidades. Por tanto, es la etapa de mayor riesgo para la desnutrición y enfermedades.

6.3.2 TRATAMIENTO EN EL CENTRO DE SALUD

6.3.2.1 TRATAMIENTO APLICADO SALUD SEGÚN LAS MADRES

El 67.29% de las madres encuestadas refieren llevar al niño menos de 5 años al control de Vigilancia y Promoción De Crecimiento y Desarrollo (VPCD), el 21.96% no acuden al control.

Gráfico 5: Control de sus hijos/as menores de 5 años. Universo de estudio: 214 encuestas.



Se demuestra que las madres de familia consideran que es importante el control del niño para el conocimiento personal del estado de nutrición del mismo.

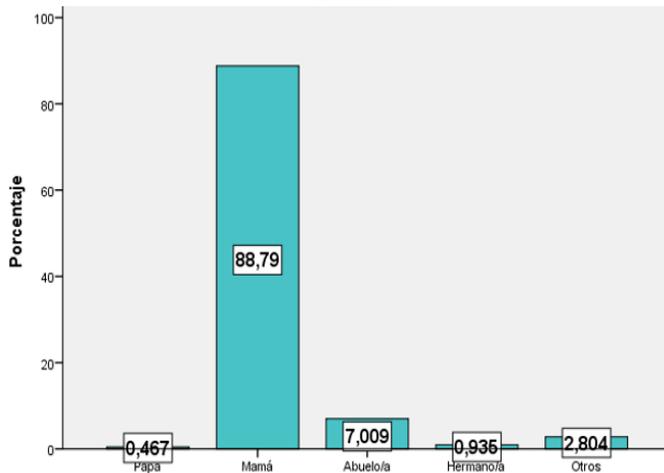
FUENTE: Datos primarios de la encuesta, Enero 2020.

Dos madres de familia se refieren a la importancia de llevar a los controles de crecimiento y sesiones de pesaje a su niño:

“Considero que es muy importante traer a mi niño, porque me doy cuenta si ha ganado de peso o no, además me brindan medicamento, charlas sobre alimentación del niño a medida que va creciendo” (Elda Rivera Gómez. Madre de familia, enero 2020)

“Es importante porque lo pesan y lo tallan y si lo ven pálido le dan hierro, aunque a veces no lo traigo porque me queda largo y no tengo para el pasaje” (Maximina Guerrero Moreno. Madre de familia, enero 2020)

Gráfico 5: Persona que lleva al control al niño. Universo de estudio: 214 encuestas.

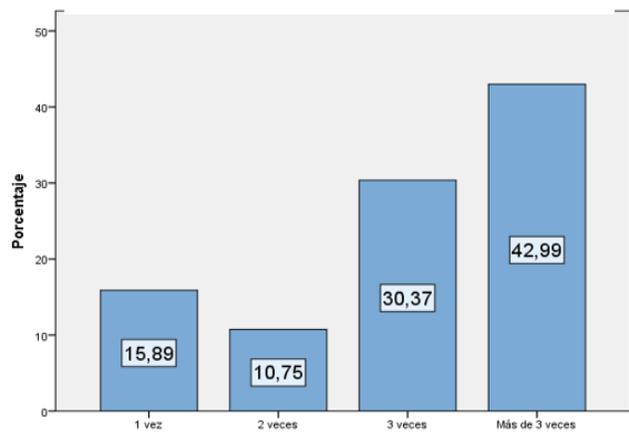


En el gráfico 5, se muestra que 88.79% de las familias, las que se encargan de llevar al niño al centro de salud son las madres y con menos del 1% el padre, hermanos y otros.

FUENTE: Datos primario de las encuestas, enero 2020.

En el gráfico 6, se evidencia que el 42.99% se enfermaban más de 3 veces al año, el 15.89% una vez al año, y tan solo el 10.75% dos veces al año.

Gráfico 6: Frecuencia con que se enferma el niño. Universo de estudio: 214 encuestas.

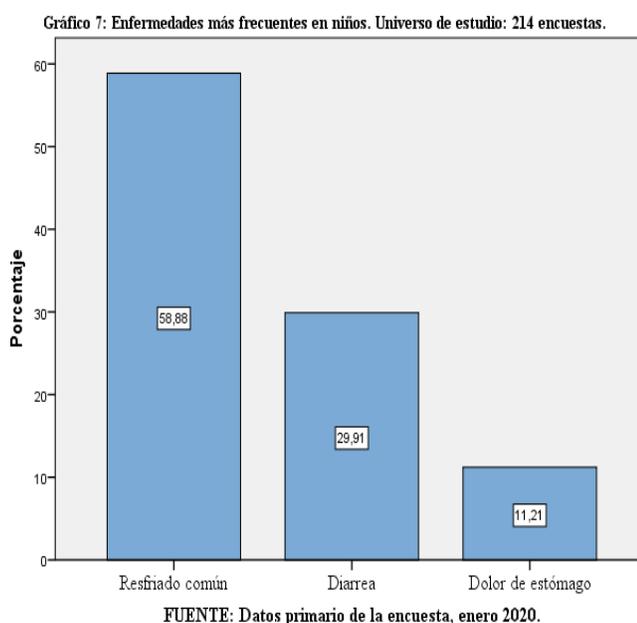


FUENTE: Datos primario de la encuesta, enero 2020.

En general los niños comienzan a presentar enfermedades tipo resfriados alrededor de los 6 meses de edad; durante los primeros años de su vida de los 6 a 48 meses presentará en promedio de 6 a 8 episodios anual, posterior de 49 a 60 meses el promedio bajará a 5 episodios por años (Llausas Magaña, 2009). Los datos recaudados son confirmados por autores, donde es normal que se enferme más de tres veces el niño de 0 a 5 años en un año.

El gráfico 7 muestra, que el 58.88% de la enfermedad con mayor prevalencia es el resfriado común, seguido de los cuadros diarreicos con un 29.91% y con un 11.21% los dolores abdominales.

Para Rojas (2016) se ha comprobado que entre el 40% y 60% de las consultas son por Infecciones respiratorias agudas (resfriado común); por tanto es común que los niños tengan entre 4 y 6 consultas por años, con variaciones estacionales, lo cual implica una demanda de atención médica muy alta (Rojas González, 2017)



La carencia de vitamina A es un problema de salud pública, porque existirá déficit en el crecimiento y mayor prevalencia de infecciones. La administración de suplementos de vitamina A, a niños de 6 a 59 meses en los países en desarrollo, se asocia a un menor riesgo de mortalidad por todas las causas y una menor incidencia de diarrea (OMS, Administración de suplementos de Vitamina A a lactantes y niños de 6 a 59 meses, 2011)

Se demuestra que la prevalencia del resfriado común es mayor por el tipo de clima que presenta la localidad en estudio en comparación con otros estudios que confirman dicha teoría, además la falta de entrega de vitamina A propicia un buen porcentaje de cuadros

diarreicos de origen viral aun teniendo en cuenta que se administra en su totalidad el desparasitante por lo cual la prevalencia de dolores de abdominales es menor.

Tabla 1: Peso al niño/a. Universo de estudio: 214 encuestas		
Peso	Frecuencia	%
	214	100,0

Fuente: Datos primarios de la encuesta. Enero, 2020

En la tabla número 1, se muestra resultados donde las 214 madres encuestadas refieren pesan al niño en cada control. Al consultar a las y los brigadistas sobre ¿Qué materiales le ha facilitado el ministerio de salud?

“Bueno, tengo una pesa de calzón para los niños y niñas menores de 2 años y una pesa digital para los mayores de 2 años, y se pesan todos los niños que acuden al programa cada mes” (Yanoris Gómez. Brigadista de El Carmen, enero 2020)

En síntesis, todos los niños y niñas son pesados por la colaboración de los brigadistas de salud y la posesión de materiales para llevar a cabo el pesaje.

Tabla 2: Talla al niño/a. Universo de estudio: 214 encuestas		
Talla	Frecuencia	%
	214	100,0

Fuente: Datos primarios de la encuesta. Enero, 2020

En la tabla número 2, se muestra resultados donde las 214 madres encuestadas refieren tallan al niño en cada control.

Al consultar a las y los brigadistas sobre ¿Qué materiales le ha facilitado el ministerio de salud?

“También, tengo un tallímetro vertical para niños mayores de 3 años y uno horizontal que se pone en la mesa para niños y niñas menores de 3 años, hay un centímetro que se utiliza cuando el niño no se deja pesar” (Yanoris Gómez. Brigadista de El Carmen, enero 2020)

En síntesis, todos los niños y niñas son tallados por la colaboración de los brigadistas de salud y la posesión de materiales para llevar a cabo el tallaje.

TABLA 3: Estado de las vacunas del niño		
Tiene todas las vacunas	Frecuencia	
	Porcentaje	
	214	100,0

Fuente: Datos primarios de la encuesta, enero 2020.

En la tabla 3, se muestra un 100% del estado de inmunización de los niños y niñas menores de 5 años. Según Stekel y Schlesinger (2013) tanto la experiencia clínica como la experimental señalan que la desnutrición y la infección se entrelazan íntimamente potenciando sus efectos en forma recíproca. Es así como en la desnutrición aumenta la incidencia y gravedad de las infecciones y estas últimas al repetirse agravan la desnutrición, determinando un ciclo difícil de quebrar (Stekel y Schlesinger, 2013)

Realizando un análisis comparativo se muestra que el estado de inmunización evita la presentación de enfermedades en sus formas graves, aun con alto nivel de desnutrición, por tanto, las vacunas son una parte de reforzamiento del sistema inmunológico.

La tabla 4 muestra que el 100% de los niños se le brindan suplementos de hierro y desparasitante, en contraste con suplementos de Vitamina A que solo se brindan al 46.3%.

Tabla 4: Entrega de suplementos a niños/as menores de 5 años. Universo de estudio: 214 encuestas						
	Hierro		Vitamina A		Desparasitante	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Si	214	100	99	46.3	214	100
NO			115	53.7		

Fuente: Datos primarios de la encuesta, enero 2020

En definitiva, se facilita hierro y desparasitante a todos los niños menores de 5 años, puesto que son los insumos que más entrada hay en el puesto de salud, no

obstante vitamina A se suministra únicamente en jornadas de vacunación anual, por tanto, se confirma con resultados de encuesta aplicada.

La carencia de vitamina A es un problema de salud pública, que según las estimaciones afecta a 190 millones de niños en edad preescolar, los lactantes y los niños pequeños presentan un aumento de las necesidades de vitamina A para hacer frente a su rápido crecimiento y ayudar a combatir las infecciones.

La administración de suplementos de vitamina A, a niños de 6 a 59 meses en los países en desarrollo, se asocia a un menor riesgo de mortalidad por todas las causas y una menor incidencia de diarrea (OMS, Administración de suplementos de Vitamina A a lactantes y niños de 6 a 59 meses, 2011, págs. 2-3)

En la tabla 5, se refleja un cumplimiento del 100% de charlas impartidas sobre la prevención de desnutrición, consejería de alimentación y hábitos de higiene.

Tabla 5: Charlas impartidas en el centro de salud.						
Universo de estudio: 214 encuestas.						
	Prevención de la desnutrición		Consejería de alimentación		Consejería sobre hábitos de higiene	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	214	100%	214	100%	214	100%

Fuente: Datos primarios de la encuesta. Enero, 2020

Se consulta a brigadista de salud sobre ¿Qué metodología usa y de donde se informan para brindar charlas educativas que abarquen prevención de desnutrición, alimentación, hábitos de higiene?

“Somos capacitados una vez a los tres meses por parte del responsable del programa en el hospital de San Juan del rio coco, también una vez al mes por parte del personal de salud del sector, y el día programado del peso y talla se dan la consejería general para todos a la vez, y se le explica individualmente, también nos dieron unos libros de capacitación para nosotros los brigadistas (Glenda Castillo Iglesias. Brigadista-maestra, enero 2020)

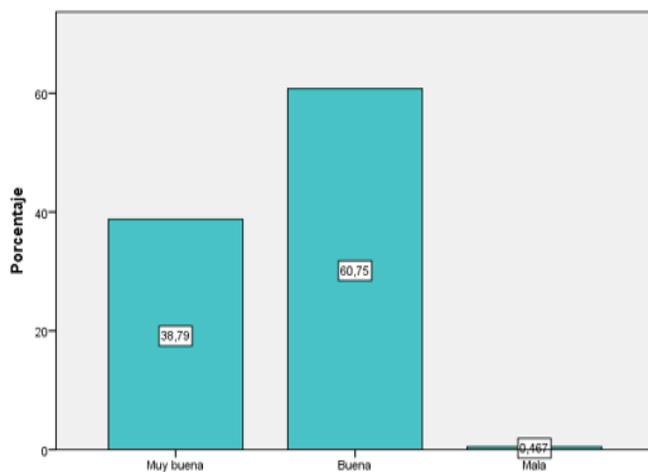
“Se nos capacita una vez al mes, aunque a veces no podemos asistir pero siempre cuando se pesa y talla se dan charlas a las madres sobre la comida, higiene” (Anastasio Vásquez Martínez. Brigadista, enero 2020)

Se confirma que las charlas son impartidas en su totalidad, cumpliendo uno de los objetivos establecidos en el programa comunitario PROCOSAN que es el de fomentar y mejorar el

consumo de alimentos en niños mediante la consejería sobre prácticas de alimentación, incluyendo la lactancia materna.

Gráfico 8: Valoración de la atención del centro de salud – Control del niño.

Universo de estudio: 214 encuestas.



FUENTE: Datos primarios de la encuesta, enero 2020

El gráfico 8, muestra que el 60.75% valoran que la atención por parte del centro de salud es buena y menos del 1% consideran que la atención es mala.

Al consultar a madres sobre ¿Cómo valora la atención brindada por el personal de salud y brigadista comunitario con respecto al control del niño?

“La considero buena porque siempre que llevo al niño me lo pesan, lo tallan y aparte me van diciendo como debo cuidarlo, la comida que debo de darle, pero usted sabe a veces no hay dinero y solo le damos lo que tenemos en la casa” (Vilma Iribí Salgado. Madre de familia, enero 2020)

“yo pienso que más o menos, si siempre pesan y tallan al niño, me dan la consejería pero a veces cuando tenemos emergencia hace falta presencia del médico porque solo viene a lo más tres veces a la semana” (Sonia Talavera Flores. Madre de familia, enero 2020)

“Yo opino que buena, la brigadista todos los meses nos avisa y todos los 17 estamos aquí en su casa para el pesaje del niño, aunque no siempre hay consulta ni medicamento” (Ana Julia Herrera. Madre de familia, enero 2020)

En resumen se afirma que existe una atención buena por parte del personal de salud al realizar el control del niño, pero existen debilidades del sector como limitantes terapéuticas

y falta de personal; No obstante se trata en cada sesión de pesaje brindar la consejería necesaria a cada madre de familia.

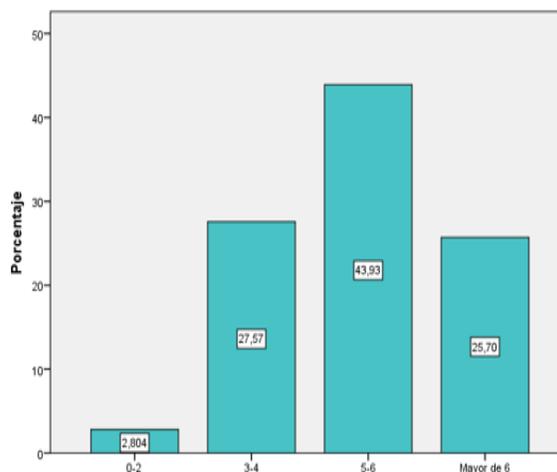
6.4. HÁBITOS ALIMENTICIOS, NUTRICIONALES Y DE HIGIENE

En relación al objetivo 2, los resultados de las encuestas a madres de los niños y niñas, de 0 a 5 años, en estado de desnutrición reflejan la siguiente información.

6.4.1. CARACTERÍSTICAS DE LAS MADRES ENCUESTADAS

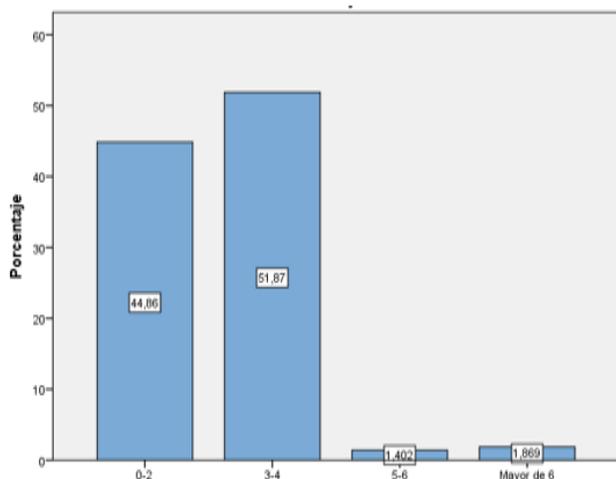
El gráfico No.9 demuestra, que el 43.9% de las familias está integrada por 5 a 6 personas, en su menoría por 2 personas, representado el 2%.

Gráfico 9: Número de integrantes de la familia. Universo de estudio: 214 encuestas.



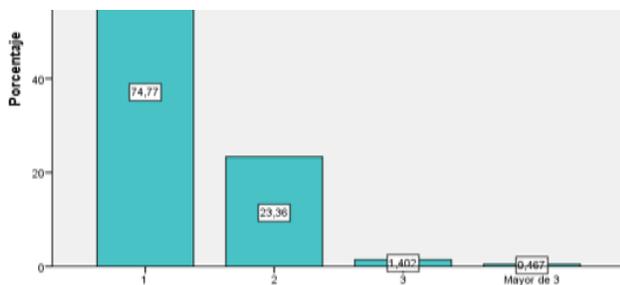
FUENTE: Datos primarios de la encuesta, Enero 2020

Gráfico 10: Número de hijos. Universo de estudio: 214 encuestas.



FUENTE: Datos primarios de la encuesta, Enero 2020

El gráfico 10 demuestra, que en el 51.8 % las familias tienen de 3 a 4 hijos, seguido del 44 % que tienen 2 hijos, y en menos del 2% las familias tienen más de 5 hijos.



FUENTE: Datos primarios de la encuesta, Enero 2020

La grafica No. 11 demuestra que el 74.7 % de las familias, ósea la mayor parte solo tienen 1 hijo menor de 5 años y en menos del 2 % más de 3 hijos menor de 5 años

En la tabla 6, se muestra que el 53.3% de los ingresos económico predominan de 1,000 a 2,000 córdobas y en menor porcentaje el 4.7% ganan una cantidad mayor a 2,000 córdobas.

Tabla 6: Promedio de ingresos económicos mensuales.				
Universo: 214 encuestas				
		Frecuencia	%	% válido
Válidos	c\$500-c\$1000	90	42,1	42,1
	c\$1000-c\$2000	114	53,3	53,3
	Mayor a c\$2000	10	4,7	4,7
	Total	214	100,0	100,0

Fuente: Datos primarios de la encuesta. Enero, 2020.

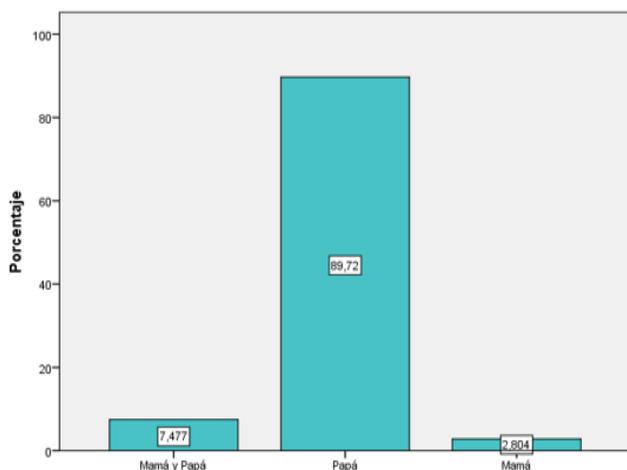
La condición de pobreza es considerada uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo humano, debido a que estas familias son excluidas socialmente y hacen que sean vulnerables a problemas de salud. Los bajos ingresos económicos se deben principalmente a la falta de trabajo debido a escasos conocimientos o falta de preparación en una actividad determinada. Dando como resultados los pocos ingresos que reciben por su trabajo el mismo que no es suficiente para cubrir las necesidades de la familia, esta realidad se traslada al contexto nicaragüense (Chacha Castro, 2013).

La población de Nicaragua está compuesta por 5,763,628 habitantes y 1,213,849 hogares que el 57.0 por ciento de la población vive en el área urbana y le corresponde el 75.2 por ciento del ingreso; el otro 43.0 por ciento reside en las zonas rurales y controla el 24.8 por ciento del ingreso, lo que determina el bajo promedio de ingresos económicos en los

hogares rurales que conlleva carencias en la alimentación de la población (Díaz Galindo, 2015, pág. 79)

Los bajos ingresos económicos son secundarios a la falta de empleo en la localidad, respaldada por autores que refieren que es una de las causas de falta de ingresos en los hogares.

Gráfico 12: Personas que trabajan. Universo de estudio: 214 encuestas.

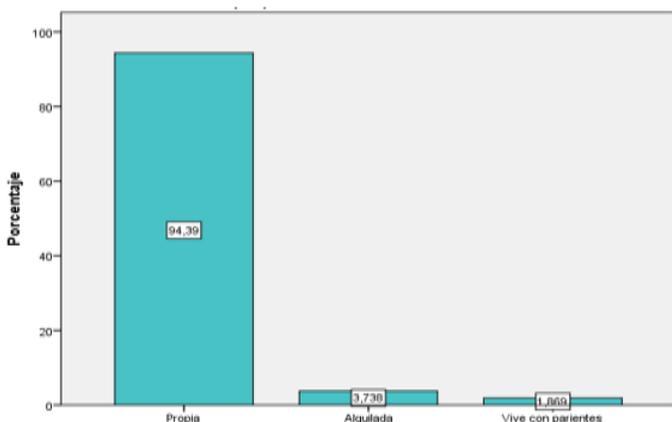


Este gráfico demuestra que en su mayoría casi el 90% el sustento familiar es llevado por el padre, en un 7% ambos trabajan en la familia.

FUENTE: Datos primarios de la encuesta, Enero 2020

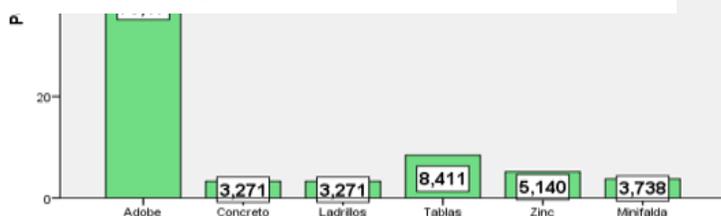
6.4.2 SITUACIÓN DE LA VIVIENDA DONDE HABITAN LAS NIÑAS Y NIÑOS

Gráfico 13: La propiedad de la vivienda es. Universo de estudio: 214



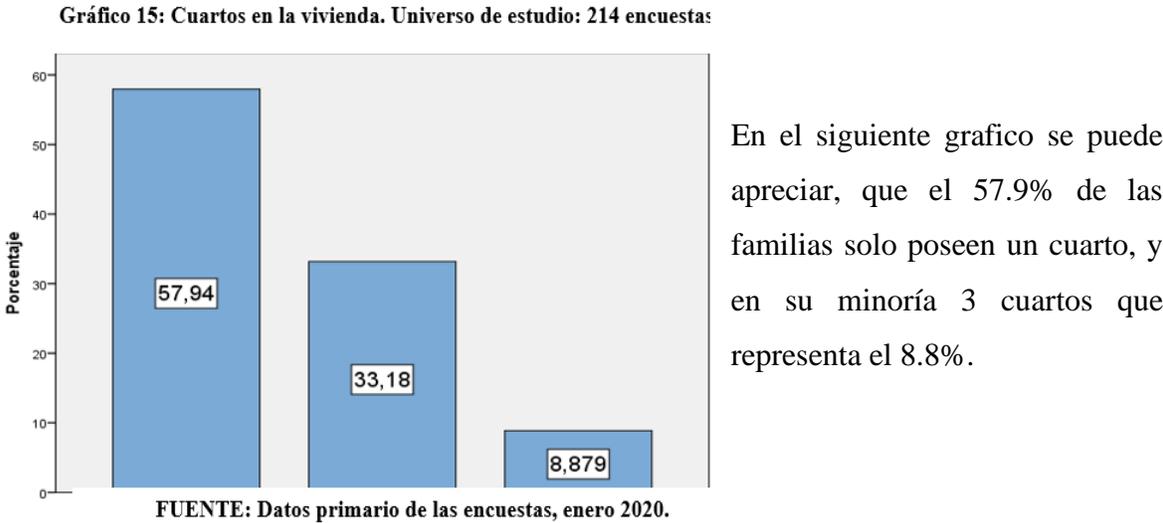
El grafico número 13 muestra, que el 94.3% de las familias poseen una vivienda propia, y en menos del 5% la vivienda es alquilada.

FUENTE: Datos primarios de la encuesta, Enero 2020



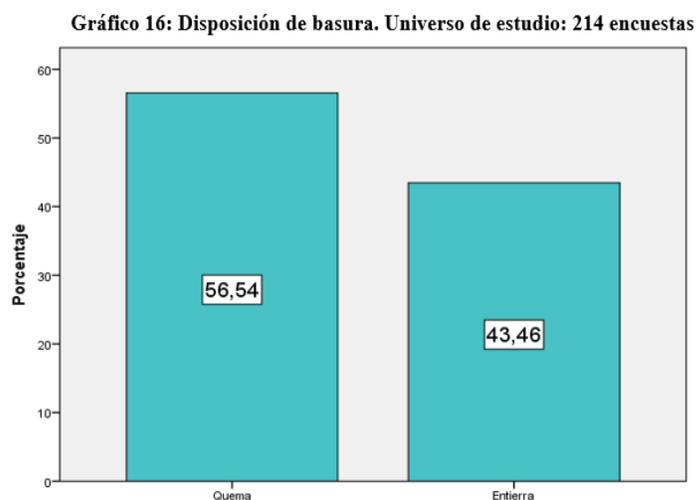
FUENTE: Datos primarios de la encuesta, Enero 2020

El grafico muestra que el 76% de las viviendas están construidas de adobe, y aproximadamente el 3% representando ladrillos y concreto.



Es significativo el número de familias habita en viviendas que presentan factores de riesgos para su salud tales como: la ubicación en zonas inseguras, sin infraestructura de servicios públicos, sin acceso al agua potable, con deficiente eliminación de excretas y residuos sólidos; y donde el hacinamiento y los problemas sociales son cosas de todos los días. Viviendas de este tipo no protegen la salud de sus ocupantes y propician enfermedades (Organización Panamericana de la Salud, 2016, pág. 6)

Se determina que el hacinamiento es un factor de riesgo para malas prácticas de higiene que indirectamente actúa en pro de la desnutrición en niños y niñas.



FUENTE: Datos primario de las encuestas, enero 2020.

El gráfico número 16, evidencia que el 56.5% de las familias queman la basura, y el 43.6% entierran la basura.

Sobre la pregunta de la disposición de basuras se les cuestiona a madres de familia quienes responden:

“En mi caso la quemó porque es más sencillo que realizar un hoyo y enterrarla, a parte mi compañero sale muy temprano al trabajo y no le queda tiempo de realizarlo” (Jacinta Vargas. Madre de familia. Enero, 2020)

“En mi caso a veces la quemo o a veces la entierro, en dependencia del tiempo que tenga disponible” (Martha Aguirre. Madre de familia. Enero, 2020)

Se concluye que la quema de basura actúa directamente en la contaminación del medio ambiente, contaminación de la tierra y de alimentos que posteriormente son consumidos por los niños y niñas que explica los altos índices de desnutrición.

Tabla 7. Disposición de excretas				
Universo: 214 encuestas				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Letrinas	214	100,0	100,0	100,0

La tabla número 7, indica que el 100% de las familias, poseen letrinas, se niega el fecalismo libre y la posesión de inodoro.

La tabla número 8, muestra que la disposición final de las aguas en su totalidad es a nivel de la casa, no cuentan con alcantarillado ni sumidero.

Tabla 8. Disposición de aguas residuales				
Universo: 214 encuestas				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
La riega en patio y calle	214	100,0	100,0	100,0

Se consultó a madres de familia sobre: ¿Qué limitaciones tiene para lograr una buena salud e higiene en el hogar? Y se obtuvieron los siguientes resultados:

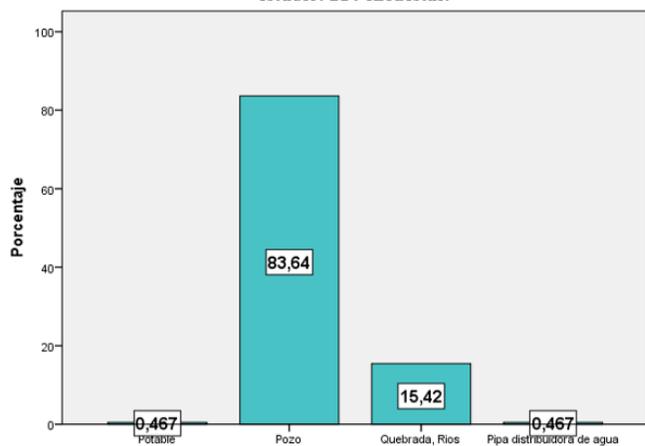
“Una limitante es que en la comunidad no hay alcantarillado, entonces el agua corre por la casa y sale a la calle, se forma un gran charco, los zancudos se alborotan” (Ángela Centeno. Madre de familia, enero 2020)

“En mi caso me limita que tengo que regar el agua ahí en la casa, y lo peor es que el agua casi no viene, solo 2 veces a la semana, se me hace difícil poder tener limpio.” (Alba María. Madre de familia, enero 2020)

En definitiva, se afirma que en Nicaragua solo el 25% de la población tiene acceso a un sistema de alcantarillado, en las zonas rurales no existe sistema de alcantarillado, esto se debe a que la política de desarrollo del sector está dirigida más al abastecimiento de agua para el consumo humano y la dotación de letrinas que al manejo de agua residual, en

especial al manejo de las aguas grises, que en su mayoría fluyen por escorrentía a través de calles, avenidas y cauces. (Torrez & Calero, 2017, pág. 12)

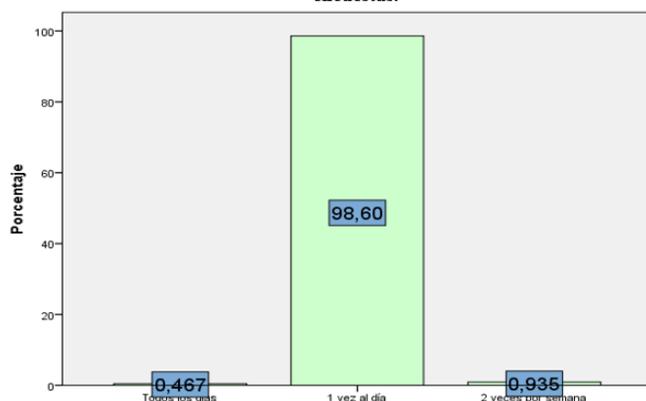
Gráfico 17: Fuente de acceso al servicio de agua. Universo de estudio: 214 encuestas.



FUENTE: Datos primario de las encuestas, enero 2020.

El grafico número 17, representa que el acceso al agua en un 83.6% es de pozo, seguido de quebradas y ríos en un 15.4%.

Gráfico 18: Acceso al servicio de agua. Universo de estudio: 214 encuestas.

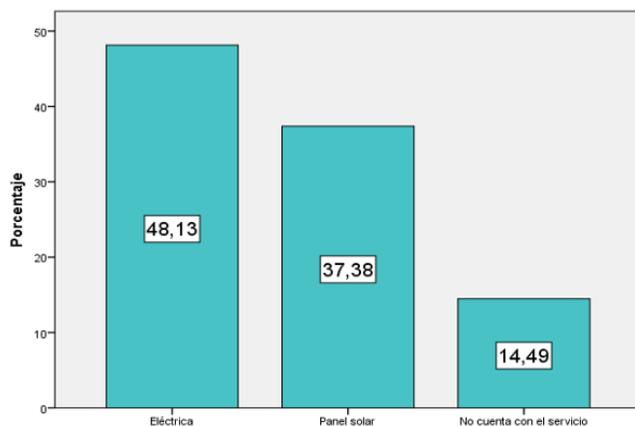


FUENTE: Datos primario de las encuestas, enero 2020.

Virginia Hernández. Madre de familia, enero 2020)

El grafico número 18, representa que el acceso al servicio de agua no es permanente, las familias solo tienen acceso al agua 1 vez al día, el 98.6%. *“La limitación más evidente es la falta de agua, por tanto, se debe racionalizar bastante porque sólo viene una vez al día”* (María

Gráfico 19: Servicio de energía. Universo de estudio: 214 encuestas.



FUENTE: Datos primario de las encuestas, enero 2020.

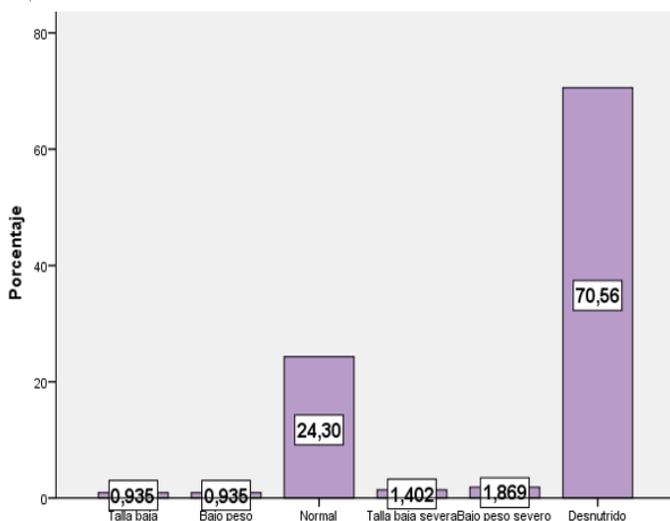
El grafico número 19, figura que el 48.6% de las familias poseen energía eléctrica, y menos del 15% de la Población no cuenta con el servicio eléctrico.

La tabla número 9, muestra que todas las familias poseen animales domésticos, en su mayor parte perros y gallinas representando el 80%, y nadie cuenta con vacas.

Tabla 9: Animales domésticos			
Universo: 214 encuestas			
		Frecuencia	Porcentaje
Perros	Si	167	78 %
	No	47	22 %
Gatos	Si	101	47.2%
	No	113	52.8
Vacas	Si	0	0%
	No	214	100%
Cerdos	Si	76	35.5%
	No	138	64.5%
Gallinas	Si	175	81.8%
	No	39	18.2%

Fuente: Datos primarios de las encuestas, enero 2020

Gráfico 20: Estado de nutrición. Universo de estudio: 214 encuestas.



FUENTE: Datos primario de la encuesta, enero 2020.

En el gráfico número 20, muestra que un 76.56% de las madres respondieron que los niños se encontraban desnutrido y menos del 24.30% se encontraba normal.

El MINSA (2012) enfatiza que está demostrado que es en el período de 6 a 24 meses de vida que se instala la desnutrición, como consecuencia ocurren pérdidas irreparables en la talla de los niños y niñas, su capacidad intelectual y sistema inmunológico. (MINSA, 2012)

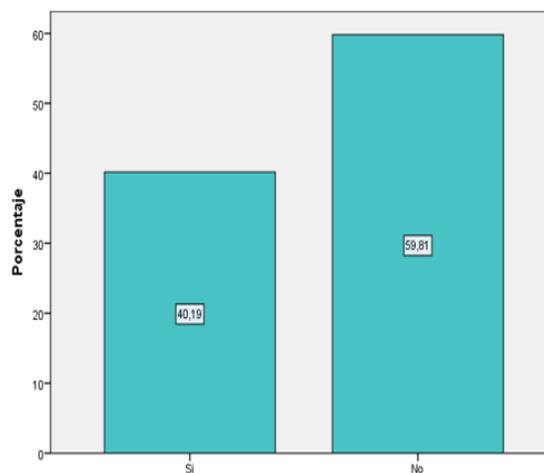
Se confirma que la desnutrición se manifiesta más en las edades de 6 a 23 meses, que son las primeras etapas donde se debe priorizar, dado que se caracteriza por un crecimiento intenso y de transición en la alimentación y se correlaciona con datos del censo de peso y talla encontrado en expedientes.

6.4.3 HÁBITOS ALIMENTICIOS

En relación al objetivo específico No.2, el gráfico No. 21, se evidencia que el aproximadamente el 60% de los niños no se le incluyó lactancia materna con la contraparte del 40.19% que si se le incluyó la misma.

De acuerdo a un estudio de la OMS (2018) Aproximadamente un 40% de los lactantes de 0 a 6 meses se alimenta exclusivamente con leche materna. Son pocos los niños que reciben alimentación complementaria, segura y adecuada desde el punto de vista nutricional; en muchos países, menos de un cuarto de los niños de 0 a 23 meses cumplen los criterios de diversidad de la dieta y frecuencia de las comidas apropiado para su edad

Gráfico 21: Lactancia materna antes de los 2 años.
Universo de estudio: 214 encuestas.

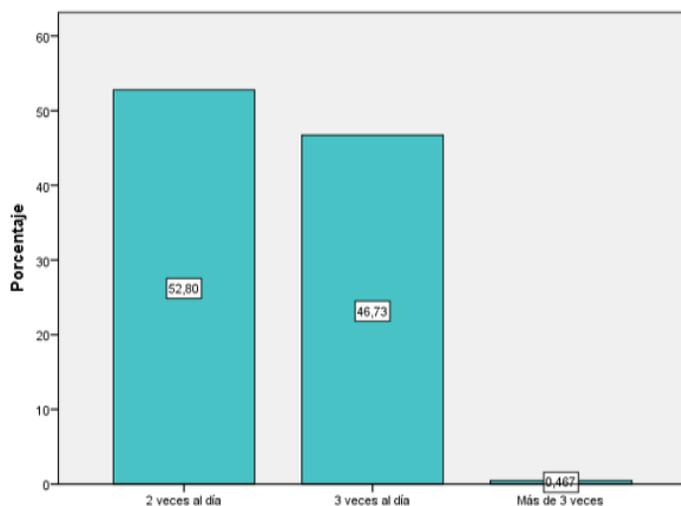


FUENTE: Datos primarios de la encuesta, enero 2020

Los resultados de este estudio confirman que la inclusión de la lactancia materna en menores de 2 años es poco realizada por falta de adherencia a tal actividad. Además alrededor de los 6 meses las necesidades de energía y nutrientes del lactante empiezan a ser superiores a lo que puede aportar la leche materna, por lo que se hace necesaria la introducción de una alimentación complementaria, sino se introducen alimentos complementarios o si son administrados de forma inadecuada, el crecimiento del niño

puede verse afectado, es necesario seguir con la lactancia materna a demanda hasta los dos años o más.

Gráfico 22: Frecuencia de comidas al día. Universo de estudio: 214 encuestas.



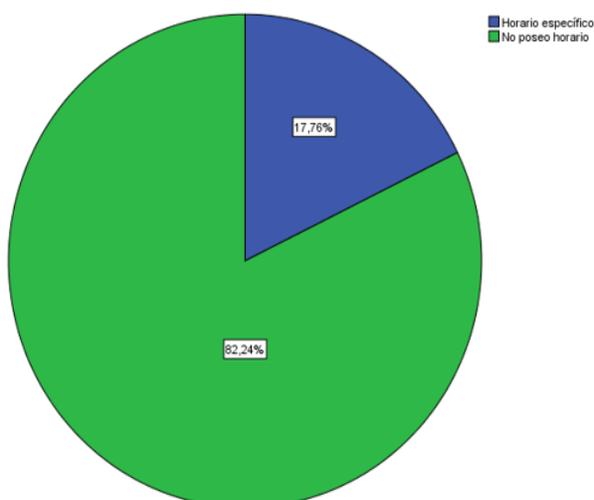
FUENTE: Datos primarios de la encuesta, enero 2020.

El gráfico 22, refleja que el 52.80% de los niños menores de 5 años realizan 2 comidas al día, y menos del 1% más de 3 veces al día.

Según la OMS (2018) es necesario empezar a los 6 meses de edad con pequeñas cantidades de alimento y aumentarlas a medida que el niño va creciendo; incrementar el número de comida de 2 a 3 veces al día para lactantes de 6 a 8 meses, y de 3 a 4 al día para mayores de 9 meses, con una o dos meriendas adicionales si fuese necesario

Se puede concluir sobre los hábitos alimenticios, que existe diferencias entre los datos de estudios con respecto a los resultados obtenidos en cuanto a la frecuencia de las comidas, porque en este estudio resultó menor que las establecidas por la OMS.

Gráfico 23: Horario de Alimentación. Universo de estudio: 214 encuestas.



FUENTE: Datos primarios de la encuesta, enero 2020.

En el gráfico 23, representa el 82.24% no posee un horario establecido para su alimentación y únicamente un 17.76% manifiesta un horario definido.

Se consulta a madres de familia sobre ¿Ha recibido orientaciones por parte del centro de salud sobre las raciones y horarios de los alimentos que debe brindar a sus hijos?

“Sí me dan orientaciones sobre la alimentación y que comidas le debería de dar al niño aunque a veces por la falta de los recursos no le doy lo necesario y muchas veces solo 2 veces al día comemos porque solo comemos café con pan en la mañana” (Josefa Melgara Matey Madre de familia, enero 2020)

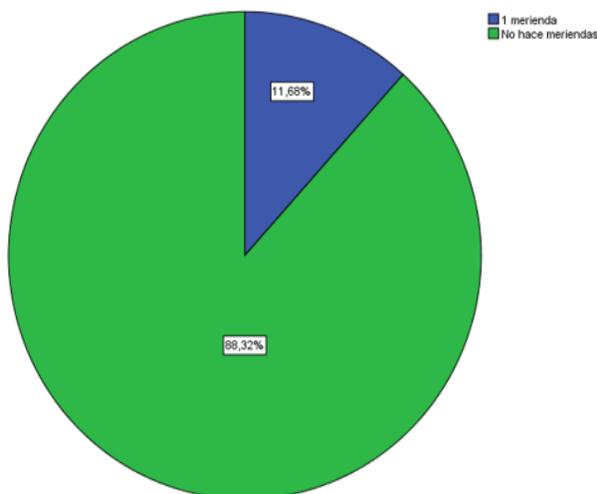
“Sí he recibido estas orientaciones y por más que trato de aplicar un horario a veces sí y a veces no, porque tengo otros niños, otros hijos que trabajan, me levanto temprano para atenderlos, hago los quehaceres del hogar y se me pasa la hora de la comida” (Thelma del Socorro Arteta. Madre de familia, enero 2020)

En resumen, es necesario que los niños a esta edad mantengan un horario establecido pero existen factores externos que limitan este proceso, se sabe que al crear desde pequeños hábitos alimentarios adecuados les permitirá alimentarse equilibrada, adecuada y saludablemente previniendo enfermedades que pueden desencadenarse por hábitos inapropiados.

El gráfico 24, muestra que el 88.32% no realiza meriendas y que únicamente el 11.68% hace 1 merienda al día.

Según la OMS (2018) es necesario empezar a los 6 meses de edad a incorporar 1 a 2 meriendas diario porque contribuye el 15% del total de comidas y además complementa alimentos que no se incluyen en el resto de las comidas y brinda las calorías diarias requeridas

Gráfico 24: Meriendas entre comidas. Universo de estudio: 214 encuestas.



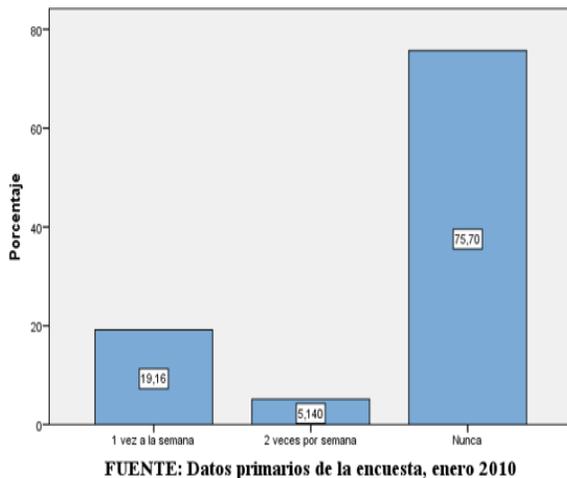
FUENTE: Datos primarios de la encuesta, enero 2020.

Se concluye que no hay realización de meriendas por tanto el 15% del total de comidas diaria se pierde y no se complementan las calorías requeridas.

6.4.4 HÁBITOS NUTRICIONALES DE LAS FAMILIAS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS EN SITUACION DE DESNUTRICION

En cuanto a alimentos de origen animal el gráfico 25, refleja que un 75.70% no consumen este tipo de alimentos, con un contraste de 5.140% que consumen dos veces por semana.

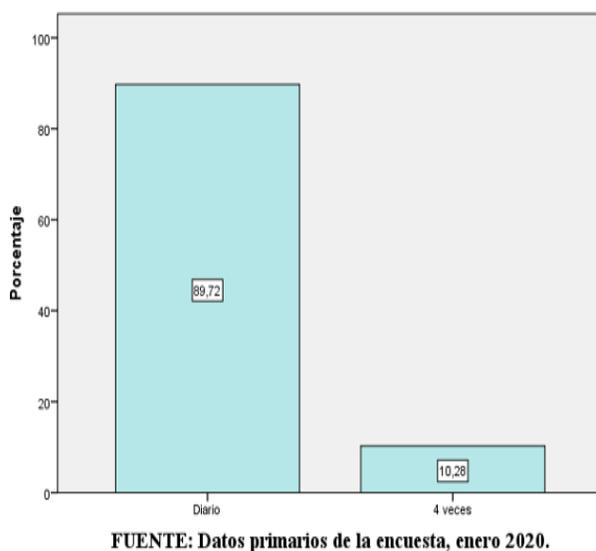
Gráfico 24: Alimentos de origen animal. Universo de estudio: 214 encuestas.



Se debe consumir alimentos de origen animal tan seguido como sea posible, porque son fuentes ricas de hierro y zinc, los productos lácteos son ricos en calcio; las dietas que no contienen alimentos de origen animal, no pueden satisfacer las necesidades de nutrientes a esta edad. (OMS, 2018)

Los datos muestran que no hay consumo de alimentos de origen animal por varios factores como: el costo, y dificultad de acceso a dichos alimentos, por tanto no se satisfacen las demandas nutricionales que requieren las y los niños de 0 a 5 años.

Gráfico 25: Alimentos básicos. Universo de estudio: 214 encuestas.



En cuanto a alimentos de origen básico el gráfico 26, refleja que un 89.72% consumen este tipo de alimentos con una frecuencia diaria, y un 10.28% los consumen cuatro veces por semana.

La dieta diaria debe incluir alimentos ricos en vitamina B, consumidos con las comidas para reforzar la absorción de hierro y folatos (OMS, 2018)

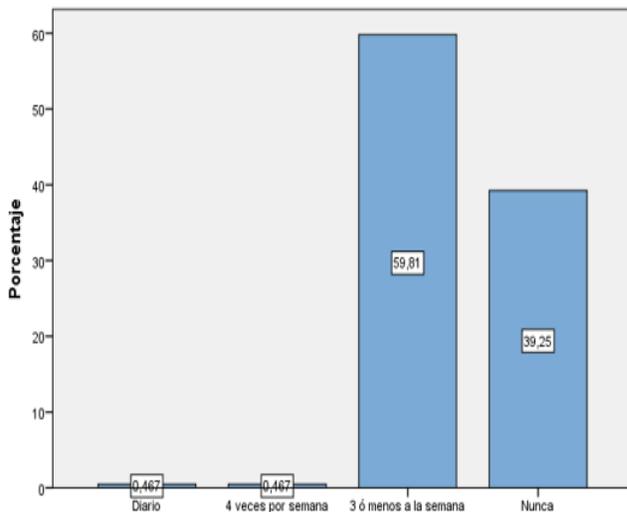
Al consultar a las madres sobre los tipos de alimentos que considera indispensable en la dieta diaria de sus hijos e hijas menores de 5 años, expresaron:

“Para mí los frijoles, tortillas, huevos y arroz son indispensable aparte es lo más barato y lo que tenemos a nuestro alcance porque criamos gallinas y mi esposo cultiva frijoles y maíz” (Elisseth del R. Flores. Madre de familia, enero 2020)

En conclusión los alimentos básicos se consumen diario puesto que son de mayor accesibilidad en cuanto al costo y son la base económica principal la agricultura con el cultivo de maíz y frijoles.

El gráfico 26; refleja que un 59.82% consumen este tipo de alimentos 3 o menos veces por semana, con un contraste de menos del 1% que consumen diario.

Gráfico 26: Otros Alimentos (frutas, legumbres y verduras). Universo de estudio: 214 encuestas.



FUENTE: Datos primarios de las encuestas, enero 2020.

Los alimentos de origen predominantemente vegetal no proveen suficiente cantidad de ciertos nutrientes claves, especialmente hierro, zinc y calcio, para cubrir las ingestas recomendadas entre los 6 y 24 meses de edad (OMS, 2018)

La gráfica número 26, muestra que no presenta relevancia el no consumir estos alimentos puesto que la OMS indica no contiene nutrientes claves para cubrir

las demandas del cuerpo, pero se pierde el hábito del consumo de estos alimentos que en un futuro podría llegar a necesitarse.

Tabla 10: Huertos domiciliarios.		
Universo de estudio: 214 encuestas		
Huertos	Frecuencia	%
Si	62	29,0
No	152	71,0
Total	214	100,0

Fuente: Datos primarios de encuesta, enero 2020

En la tabla 10, se muestra que el 71% no tienen huertos domiciliarios, por tanto, la producción de verduras y frutas es escasa y sólo el 29% poseen huertos en casa.

La actividad de esta zona se encarga más que todo en el cultivo de granos básicos y café por tanto las frutas y verduras pasan a tercer plano del nivel productivo.

La tabla 11, muestra que el 18.7% sólo cultivan verduras, el 6.1% frutas y el 4.2% ambos, el 71% no cultiva ninguna.

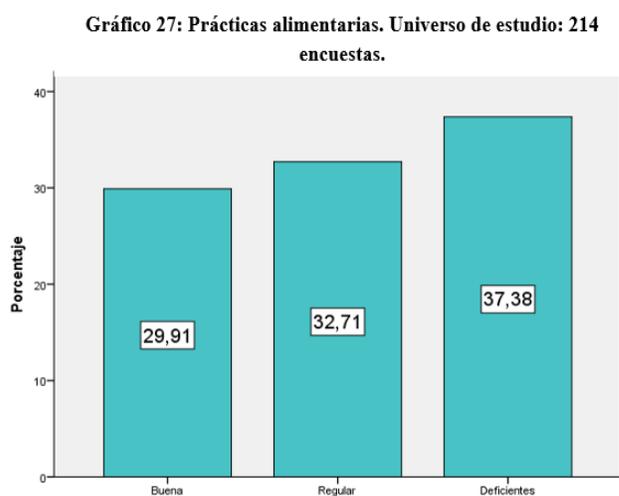
Tabla 11. Productos que cultiva en huertos.		
Universo de estudio: 214 encuestas		
	Frecuencia	%
Verduras	40	18,7
Frutas	13	6,1
Ambos	9	4,2
Ninguno	62	29,0
Total	214	100,0

Fuente: Datos primarios de la encuesta, enero 2020

De acuerdo a la OMS (2018) los alimentos de origen predominantemente vegetal no proveen suficiente cantidad de ciertos nutrientes claves, especialmente hierro, zinc y calcio, para cubrir las ingestas recomendadas entre los 6 y 24 meses de edad

La actividad de esta zona se encarga más que todo en el cultivo de granos básicos y café por tanto las frutas y verduras pasan a tercer plano del nivel productivo. Además no presenta relevancia el no consumir estos alimentos puesto que la OMS indica no contiene nutrientes claves para cubrir las demandas del cuerpo.

Con respecto a la gráfica 27, para el 37.38% las prácticas alimentarias son deficientes y el 29.91% son buenas.



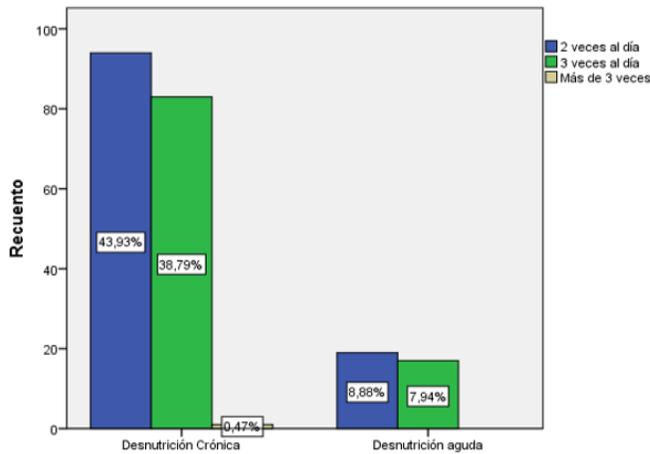
FUENTE: Datos primario de la encuesta, enero 2020.

Según Sebba Marino (2015) ciertos factores sociodemográficos incluidos el bajo ingreso económico de las familias están asociados a los patrones de consumo y a cambios de comportamiento alimentario.

Se determina que las prácticas alimentarias de la población son deficientes debido a comportamientos y

prácticas alimentarias inadecuadas.

Gráfico 28: Frecuencia de comidas – Desnutrición. Universo de estudio: 214 encuestas.



FUENTE: Datos primarios de la encuesta, enero 2020.

El gráfico 28, muestra que el 43.93% de niños con desnutrición crónica realizan sólo dos tiempos de comidas al día y el 8.88% de niños con desnutrición aguda. El 38.79% de desnutrición crónica realiza 3 tiempos de comida.

Según Ruiz (2010) se ha evidenciado que la desnutrición y las deficiencias nutricionales son consecuencias de la

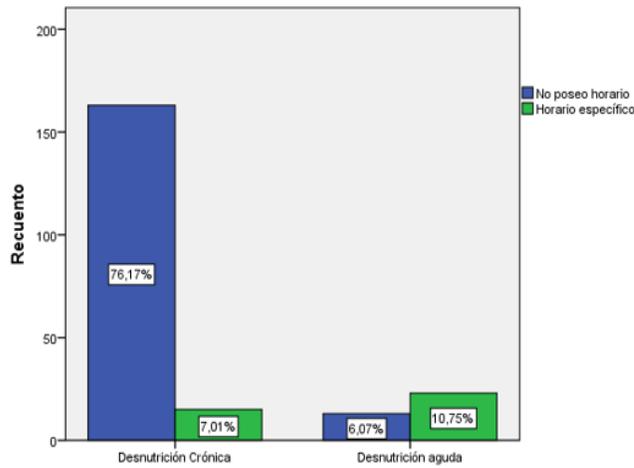
pobreza porque afecta el crecimiento y desarrollo físico e intelectual de los niños y niñas. Se relaciona directamente con la disminución en la frecuencia de alimentación al día faltando a la Ley número 693 de Nicaragua; Ley de soberanía y seguridad alimentaria y nutricional.

La OMS (2018) afirma que es necesario empezar a los 6 meses de edad con pequeñas cantidades de alimento y aumentarlas a medida que el niño va creciendo; incrementar el número de comida de 2 a 3 veces al día para lactantes de 6 a 8 meses, y de 3 a 4 al día para mayores de 9 meses, con una o dos meriendas adicionales si fuese necesario.

Se observa una relación directa entre la frecuencia inadecuada de los alimentos con las cifras de desnutrición principalmente crónica, lo que se refuerza según investigaciones que estas malas prácticas en la alimentación son responsables del aumento en la prevalencia de la desnutrición.

El gráfico 29; muestra que el 76.17% de niños con desnutrición crónica no poseen horario establecido para su alimentación y el 6.07% de niños con desnutrición aguda. Únicamente el 7.01% de desnutrición crónica presentan un horario específico.

Gráfico 29: Desnutrición – Horario de Alimentación. Universo de estudio: 214 encuestas.



FUENTE: Datos primarios de la encuesta, enero 2020.

Ruiz (2010) expresa acerca del patrón alimentario que hace referencia a los alimentos de uso común que respondan a los hábitos y costumbres alimentarias de la población. Para Nicaragua el patrón alimentario se refiere al grupo de alimentos consumidos por 50% de los hogares con una frecuencia de 3 o más veces por día, a un horario determinado

Los datos demuestran que entre mayores patrones alimentarios aplicados de forma incorrecta mayor es el número de desnutrición, porque el estado nutricional de una persona está determinado directamente por la cantidad y calidad de los alimentos que ingiere, así como de prácticas de patrones para su consumo, y por las condiciones de su organismo para aprovechar adecuadamente dichos alimentos.

En la tabla número 13, se relaciona el tipo de alimentación con la desnutrición de la población en estudio, reflejando que presenta un mayor consumo de origen básico por parte de desnutrición crónica con el 72.9% diario, mientras que el que menos consumen son alimentos de origen animal con el 68.7% que no lo consumen. En cuanto a pacientes con desnutrición aguda el alimento mayoritario de consumo es similar a la desnutrición crónica con el 16.9% y consumen menos alimentos de otros tipos con el 7.5%.

Tabla 13. Desnutrición-Tipo de alimentación. Universo de estudio: 214 encuestas.

		Origen animal			Alimentos básicos		Otros alimentos			
		1 vez semana	2 veces semana	Nunca	Diario	4 veces semana	Diario	4 veces semana	Menor de 3 días por semana	Nunca
Desnutrición crónica	Si	20	11	147	156	22	1	1	112	64
	%	9.4	5.1	68.7	72.9	10.2	0.5	0.5	52.3	29.9
Desnutrición aguda	Si	21	0	15	36	0	0	0	16	20
	%	9.8	0	7	16.9	0	0	0	7.5	9.3
TOTAL	Si	41	11	162	192	22	1	1	128	84
	%	19.2%	5.1%	75.7%	89.8%	10.2%	0.5%	0.5%	59.8%	39.2%

Fuente: Datos primarios de la encuesta, enero 2020.

Para Ruiz (2010) expresa que la disponibilidad y acceso a los alimentos influyen de manera significativa al consumo porque es necesario que el consumidor cuente con los alimentos disponibles y que tenga la capacidad adquisitiva para comprarlo o producirlo; pero su cultura, hábitos alimentarios y demás factores como bajos ingresos económicos familiares determinarán si los consume o no (Ruiz Obando, 2010)

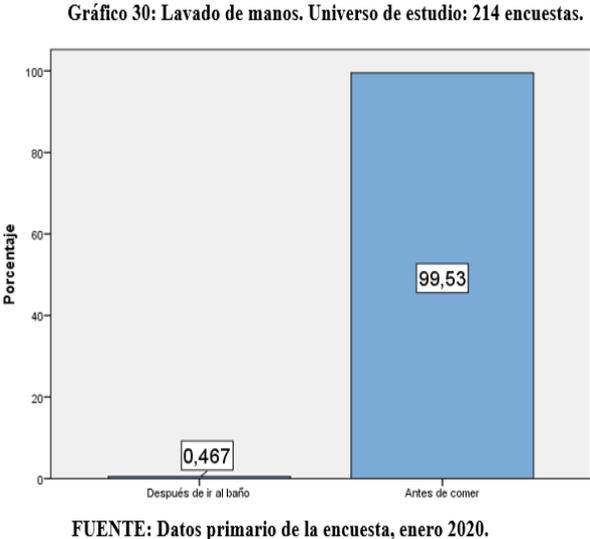
Existe también la distribución familiar al momento de repartir los alimentos, se tiene la creencia incorrecta de la niña y/o mujer no necesitan tanto alimento como el niño y el hombre. Se ha documentado que en hogares pobres de América Latina, los hombres reciben un trato preferencial en las comidas, tanto en términos de porciones, repeticiones y alimentos seleccionados (Ruiz Obando, 2010)

En síntesis la disponibilidad de los alimentos está en relación a ingresos económicos bajos, así como el mayor consumo es de origen básico porque la mayoría de estas familias son agriculturas y siembran granos básicos, pero no implementan el cultivo de legumbres. El acceso a alimentos de origen animal es de mucho más difícil acceso por el precio y raciones que llegan a la comunidad por bajo comercio.

6.5 HÁBITOS DE HIGIENE

Siempre relacionado con el objetivo No.2, los hábitos de higiene de la familia, el 99.53% que las madres indican el lavado de manos solamente antes de comer y menos del 1% después de ir al baño. (Grafico No.30)

Se le pregunto a madres sobre: ¿Qué limitaciones tiene para lograr una buena salud e higiene en el hogar? A lo que se



encuentra:

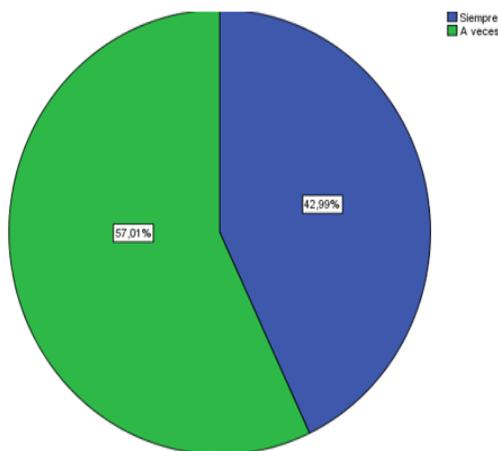
“La limitación más evidente es la falta de agua, por tanto, se debe racionalizar bastante porque sólo viene una vez al día” (María Virginia Hernández. Madre de familia, enero 2020)

“Lo que se nos dificulta es porque no tenemos agua en el día, sólo viene en la mañana a las 4 am y se va a las 6 am, el tiempo es corto y no se logra llenar muchos recipientes” (María del Carmen Centeno Olivas. Madre de familia, enero 2020)

Las madres concuerdan con la falta de disponibilidad de agua por la cual el lavado de manos es limitado, aunque se debería de realizar en todas estas situaciones.

En cuanto a la frecuencia del lavado de los alimentos el gráfico 31 muestra que un 57.01% a veces realiza el lavado adecuado de alimentos mientras que el 42.99% siempre lo realizan.

Gráfico 31: Frecuencia del lavado de los alimentos. Universo de estudio: 214 encuestas.

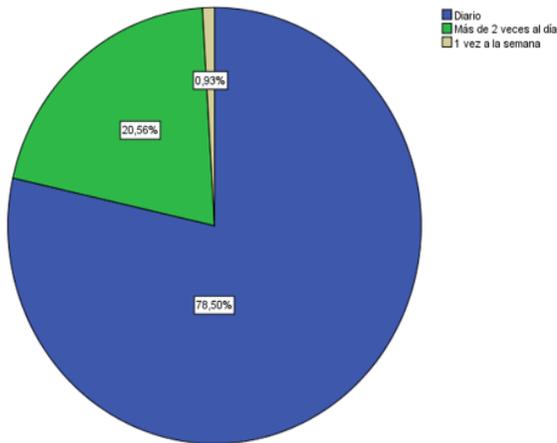


FUENTE: Datos primarios de la encuesta, enero 2020.

Una correcta higiene y manipulación de alimentos es fundamental para evitar distintas enfermedades y alteraciones en los alimentos porque desde el momento de la producción hasta el consumo del alimento este está expuesto a la contaminación por microorganismo perjudiciales para la salud (OMS, 2018)

En resumen no existe una costumbre frecuente del lavado de los alimentos esta acción conlleva a la aparición de ciertas infecciones que van a deprimir el sistema inmunológico y por tanto fortalecer la aparición de cuadro de desnutrición.

Gráfico 32: Frecuencia del baño del niño. Universo de estudio: 214 encuestas.



FUENTE: Datos primarios de la encuesta, enero 2020

El gráfico 32, presenta que un 78.50% de las madres realizan baño diario y menos del 1 % indican que lo realizan una vez por semana.

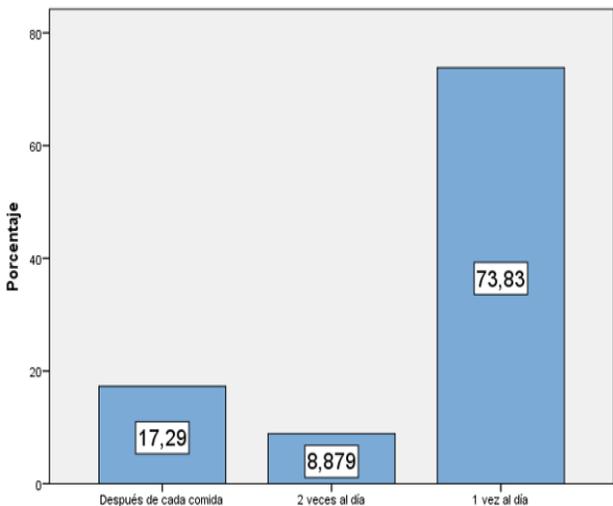
Se consulta a madre sobre ¿Cuáles son las acciones que se realizan en su hogar para garantizar la salud en su familia? Se obtienen los siguientes resultados:

“Realizo el lavado de manos al momento de preparar alimentos para evitar que se enfermen mi familia, también el baño diario de los niños, mantenimiento de la ropa limpia” (Isabel Matey Guerrero. Madre de familia, enero 2020)

“Bueno, yo oriento a los niños y yo misma a lavarse las manos antes de comer, después de ir a la letrina, después de jugar, el baño diario de mis niños y le cambio la ropa diario” (María Clemencia Gutiérrez Bacilio. Madre de familia, enero 2020)

En cuanto al baño diario del niño se concluye que en mayor porcentaje se cumple, por lo cual es una práctica de higiene que se realiza en los hogares de estas familias, las madres coincidieron en realizar el baño diario a los niños menores de 5 años.

Gráfico 33: cepillado de dientes. Universo de estudio: 214 encuestas.



FUENTE: Datos primario de las encuestas, enero 2020.

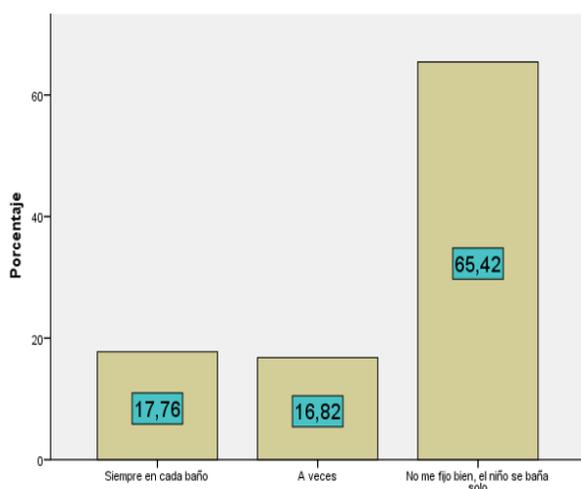
En el gráfico 33 muestra que el 73.83% se cepilla los dientes una vez al día y el 17.2% lo realizan 3 veces al día y 8.879% dos veces al día.

El estado de la boca puede reflejar el estado de salud, e influir y significa que

una deficiente salud bucal y enfermedades o afecciones bucales no tratadas pueden tener un impacto sobre la calidad de vida. Algunos de los problemas causados por la falta de higiene bucal son las caries o picaduras, el sarro, la placa, gingivitis, periodontitis, halitosis. El cuidado deficiente de los dientes influye en la salud física.

El cepillado de dientes se debe realizar 3 veces al día, con un cambio de cepillo cada tres meses. La limpieza dentaria es necesaria para evitar afectación del estado general, no concuerdan datos estadísticos con recomendaciones brindadas por la OMS que hace su recomendación de cepillado de dientes 3 veces al día.

Gráfico 34: Limpieza de genitales. Universo de estudio: 214 encuestas.



FUENTE: Datos primario de la encuesta, enero 2020.

En el gráfico 34, representa que el 65,42% de las madres no se fijan bien y refieren que el niño se baña solo y únicamente 16,82% a veces realizan limpieza de genitales.

Para evitar todo tipo de infecciones en general, resulta imprescindible mantener una higiene genital diaria. Los fuertes olores provenientes de la zona genital

suelen denotar infección. (Espinoza de la Cueva, 2012, pág. 17)

La limpieza genital realizada por las madres no es la adecuada, muchas por la falta de conocimiento de cómo realizarla. Aunque es evidente que se pueden presentar subregistros de dichas afecciones.

El gráfico 35, muestra un 68,69% de madres realizan un cambio de ropa diario y menos del 1% más de dos veces al día.

Se le pregunto a madres sobre: ¿Qué limitaciones tiene para lograr una buena salud e higiene en el hogar? A lo que se encuentra:

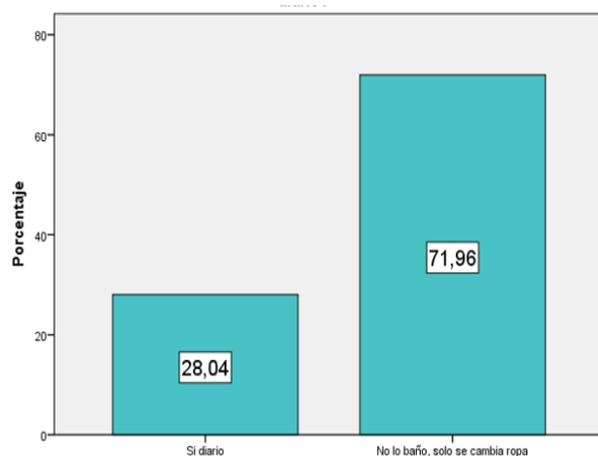
“La limitación más evidente es la falta de agua, por tanto, se debe racionalizar bastante porque sólo viene una vez al día” (María Virginia Hernández. Madre de familia, enero 2020)

“por la falta de agua la lavada de la ropa se vuelve más difícil por tanto se trata de cambiar sólo una vez de ropa al día” (Noemí Aguirre Zavala, Madre de familia, enero 2020)

“Lo que se nos dificulta es porque no tenemos agua en el día, sólo viene en la mañana a las 4 am y se va a las 6 am, el tiempo es corto y no se logra llenar muchos recipientes” (María del Carmen Centeno Olivas. Madre de familia, enero 2020)

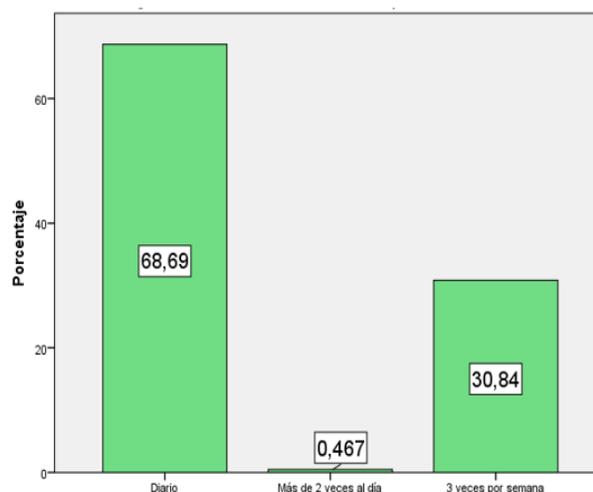
Madres concuerdan que la falta de disponibilidad de agua es por la cual sólo realizan un cambio de ropa diario, aunque el niños o niñas e ensucie porque para ellos es importante la racionalización del agua.

Gráfico 36: baño diario del niño enfermo. Universo de estudio: 214 encuestas.



FUENTE: Datos primario de las encuestas, enero 2020.

Gráfico 35: Cambio de ropa. Universo de estudio: 214



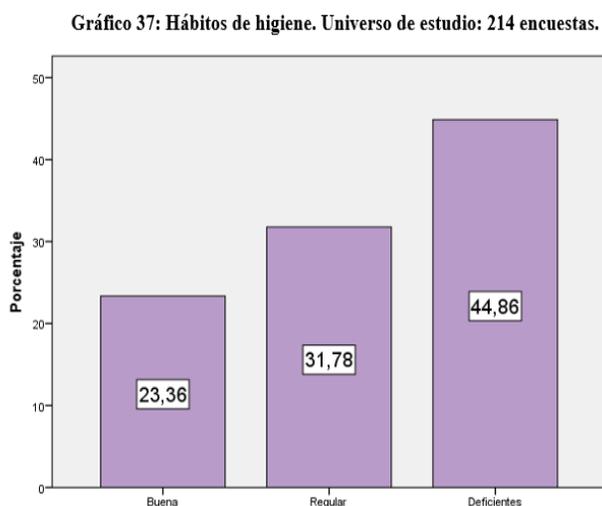
FUENTE: Datos primario de las encuestas, enero 2020.

El gráfico 36, muestra un 71.96% de madres no bañan al niño enfermo, y sólo le cambian ropa diaria, y el 28.04% le realizan baño y aseo diario.

En la rutina diaria de limpieza personal, del medio donde vive para prevenir infecciones. La higiene corporal con la ducha diaria o al menos tres veces por semana se elimina el sudor, mal olor, las secreciones, la piel debe estar limpia e hidratada porque es una barrera que impide ciertas infecciones. (Espinoza de la Cueva, 2012)

Se establece que el comportamiento que tienen las madres cuando se encuentran en una situación de sus niños enfermos son inadecuados, por que un niño esté enfermo o sano se debe realizar baño diario.

El Gráfico 37, muestra el 44.86% las prácticas higiénicas son deficientes, el 31.78% regular y el 23.36% es buena.



FUENTE: Datos primario de las encuestas, enero 2020.

Se les preguntó a madres sobre: ¿Qué limitaciones tiene para lograr una buena salud e higiene en el hogar? A lo que se encuentra:

“La limitación más evidente es la falta de agua, por tanto, se debe racionalizar bastante porque sólo viene una vez al día” (María Virginia Hernández. Madre de familia, enero 2020)

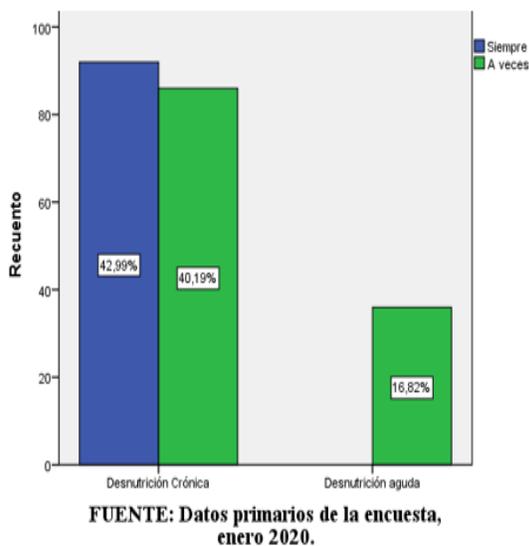
“por la falta de agua la lavada de la ropa se vuelve más difícil por tanto se trata de cambiar sólo una vez de ropa al día” (Noemí Aguirre Zavala, Madre de familia, enero 2020)

“Lo que se nos dificulta es porque no tenemos agua en el día, sólo viene en la mañana a las 4 am y se va a las 6 am, el tiempo es corto y no se logra llenar muchos recipientes” (María del Carmen Centeno Olivas. Madre de familia, enero 2020)

“A parte de no contar con agua en todo el día esta no es clorada y da bastante dolores de estómagos, de hecho aunque lavemos los alimentos con ésta agua igual llevan cierta cantidad de bacterias que causan enfermedades” (Hilda Calderón Iglesias. Madre de familia, enero 2020)

Las prácticas de higiene son deficientes por la falta de recursos como el agua, que a parte que no se cuenta con el servicio las 24 horas, ésta no es clorada. Así que ciertas actividades son deficientes.

Gráfico 38: Desnutrición – Lavado de alimentos. Universo de estudio: 214 encuestas.



En el gráfico número 38, encontramos un 42.99% de madres que realizan lavado de los alimentos y aun así se presentan cifras de desnutrición aguda por otra parte el 40.19% en ocasiones realizan el lavado de los alimentos.

Al momento de preparar los alimentos se debe tener conocimientos acerca de procesos de lavado, desinfección, preparación y cocción de los alimentos que se van a servir. Las malas prácticas

de higiene durante la preparación de los alimentos pueden causar enfermedades infecciosas o la selección incorrecta de métodos de cocción puede producir pérdidas de vitaminas y minerales contenidos en los alimentos (Ruiz Obando, 2010)

Aunque los datos reflejen que un mayor porcentaje siempre lavan los alimentos previo a la alimentación aún se queda la duda en que si poseen los conocimientos necesarios para la desinfección adecuado de los alimento o bien sobre la cocción de los mismo, se sabe que los alimentos están propensos a infectarse por agentes patógenos externos, aun así es similar el porcentaje entre quienes los lavan siempre, y quienes lo realizan ocasionalmente, con mayor prevalencia en desnutrición aguda que reflejaron que a veces lo lavan.

		Frecuencia	%
Charlas	Si	214	100
	No	0	0
Vacunación	Si	50	23.4
	No	164	76.6
Jornadas de limpieza	Si	214	100
	No	0	0
Programa de peso y talla	Si	167	78
	No	47	22
Abatización	Si	88	41.1
	No	126	58.9

Fuente: Datos primarios de la encuesta, enero 2020

6.7 ATENCIÓN COMUNITARIA

En relación a las actividades que implementa el brigadista en la Tabla 13, se muestra que la realización de charlas y jornadas de limpieza con 100%, menor porcentaje de participación en vacunación y abatización con el 23.4% y 41.1% respectivamente.

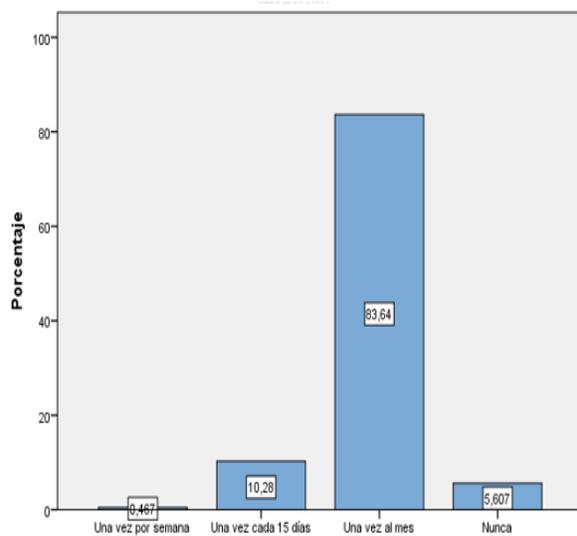
Los brigadistas refieren que las acciones que se implementan para disminuir la desnutrición en niñas y niños son: charlas, jornadas de limpieza, peso y talla, la vacunación solamente en jornadas.

“Lo primero es sensibilizar a la población sobre la asistencia a los programas de peso y talla, realizando visitas casa a casa, que vaya junto con la promoción del peso y talla y así tratar de hacerlos que lleguen al peso y talla, que se realiza mes a mes en cada comunidad” (Dora Gómez Hernández. Brigadista de salud, enero 2020)

“Programar actividades coordinadas desde las escuelas con maestros sobre charlas de higiene, programación de jornadas de limpiezas, consejería sobre salud sexual y educación sanitaria para lo cual nos preparamos por el personal del puesto de salud” (Glenda Castillo Iglesias. Brigadista de salud, enero 2020)

Los brigadistas coinciden que lo más accesible de cumplir es la charla de educación continua, así como programación de jornadas de limpieza dos veces al mes por cada comunidad.

Gráfico 39: Visitas del brigadista en la comunidad. Universo de estudio: 214 encuestas.



FUENTE: Datos primarios de la encuesta, enero 2020.

Con respecto al gráfico número 39, refleja que en el 83.64% de los casos se realizan visitas domiciliarias por parte del brigadista una vez al mes, por otro lado menos del 1% indicaron que los visitan una vez por semana y el 5.607% no reciben visitas.

Se consultó a madres de familia sobre: ¿Qué limitante podrían tener para lograr disminuir la desnutrición desde la comunidad? Y se obtuvieron los

siguientes resultados:

“Una limitante es la falta de personal puesto que en la comunidad contamos con un solo brigadista, si realizan visitas una vez al mes a la comunidad junto con el personal de salud, para la realización del peso y talla, pero sería bueno que se nos visite más seguido para realizar actividades de charlas y eso” (Martha Beatriz Paguaga. Madre de familia, enero 2020)

“Algo que dificulta las visitas de los brigadistas porque hay lugares largos y se es difícil el acceso, por eso el brigadista no llega a visitarnos, quizás no casa a casa,

pero algún lugar más cerca, porque aquí nos queda largo, pero ponemos de nuestra parte'' (Tomasa Hernández Hernández. Madre de familia, enero 2020)

En definitiva, se afirma que las visitas de 1 vez al mes son por lejanía geográfica y por la falta de personal brigadista dentro de la comunidad, se considera que, si hay más personal capacitado en la comunidad acerca de prevención de desnutrición, hábitos de higiene y prácticas alimentarias las cifras de desnutrición disminuirían porque se detectara tempranamente y se realizara el manejo correcto para evitar daños irreversibles.

Tabla 14. Actividades coordinadas desde las escuelas. Universo de estudio: 214 encuestas			
		Frecuencia	%
Charlas manejo de la basura	Si	214	100
	No	0	0
Educación sanitaria	Si	191	89.3
	No	23	10.7
Educación sexual y reproductiva	Si	68	31.8
	No	146	68.2
Abatización	Si	211	98.6
	No	3	1.4
Otras	Si	0	0
	No	0	0

Fuente: Datos primario de la encuesta, enero 2020

En relación a las actividades coordinadas desde las escuelas que implementa el brigadista en la Tabla 14, se muestra que la realización de charlas de manejo de la basura con 100%, educación sanitaria con 89.3%.

Los brigadistas refieren que las acciones que se implementan para disminuir la desnutrición en niñas y niños son: charlas, jornadas de

limpieza, consejería de educación continua.

''Lo primero es sensibilizar a la población sobre la asistencia a los programas de peso y talla, realizando visitas casa a casa que vaya de la mano con la promoción del peso y talla y así tratar de hacerlos que lleguen al peso y talla, que se realiza mes a mes en cada comunidad'' (Dora Gómez Hernández. Brigadista de salud, enero 2020)

''Programar actividades coordinadas desde las escuelas con maestros sobre charlas de higiene, programación de jornadas de limpiezas, consejería sobre salud

sexual y educación sanitaria para lo cual nos preparamos por el personal del puesto de salud'' (Glenda Castillo Iglesias. Brigadista de salud, enero 2020)

Los brigadistas coinciden que lo más accesible de cumplir es las charlas de educación continua sobre educación sanitaria, el cumplimiento de abatización es mayor desde las escuelas.

En la tabla 15: se reflejan las actividades en las cuales las madres de familia estarían dispuestas a participar con un 99.1% apoyarían impartiendo charlas, 99.5% en ferias de salud, como contraparte el 49.5% apoyarían en talleres y el 46.7% participarían en grupos de interés.

Tabla 15. Actividades que se disponen participar en una estrategia comunitaria. Universo de estudio: 214 encuestas			
ACTIVIDADES		Frecuencia	%
Charlas educativas	Si	212	99.1
	No	2	0.9
Ferias de salud	Si	213	99.5
	No	1	0.5
Reuniones organizativas	Si	148	69.2
	No	66	30.8
Talleres (mañana o tarde)	Si	106	49.5
	No	108	50.5
Visitas a las familias en sus viviendas	Si	40	18.7
	No	174	81.3
Grupos de interés con otras madres	Si	100	46.7
	No	114	53.3

Fuente: Datos primarios de la encuesta enero 2020.

Se consulta a algunas madres acerca de ¿Qué podría hacer la comunidad para disminuir la desnutrición de los niños y las niñas? Se obtienen los siguientes resultados:

''Lo primero es iniciar en las familias, hacer un esfuerzo para conseguir los alimentos que nuestros hijos necesitan, quizás no todos los que son recomendables pero si algunos de ellos, porque sabemos que la situación esta difícil, en todo caso considero se debe

realizar una estrategia que lleve capacitaciones, talleres, coordinarse con otras instituciones para que aporten alimentos así como lo hacen en el ministerio de educación, yo en lo personal estaría dispuesta a participar pero usted sabe que uno cuida la casa y quizás no en todas las actividades y daría un pequeño tiempo para esto'' (Franielka Vianey Martínez. Madre de familia, enero 2020)

“Si se realiza una estrategia sería bueno participar, pero quizás sólo en algunas actividades porque tengo que cuidar mi casa, mis niños, pero podría ser rotativo, es decir unas madres en la mañana y otras por la tarde, eso de andar visitando casa a casa no porque la gente aquí se enoja que uno le diga algo”

Esto demuestra que las madres de familias están dispuestas a la participación en charlas, brindando y recibiendo conocimientos, pero no así en el trabajo de terreno, puesto que tienen otras obligaciones con las familias, por lo cual puede ser difícil sensibilizar a la población para su participación en trabajo de campo.

En relación a las prácticas motivacionales que implementa el brigadista en la Tabla 16: se muestra que la realización de oferta de peso y talla con 96.3%, seguido de las visitas que realizan a las familias con el 93.9% en contraparte de un menor porcentaje de 83.2% el acoplamiento a la satisfacción de las familias.

Los brigadistas consideran que las acciones que se podrían implementar para disminuir la desnutrición en niñas y niños son: sensibilización, visitas casa a casa, monitorear peso y talla e incentivar a la familia sobre los buenos resultados:

Tabla 16. Prácticas motivacionales que implementa el brigadista. Universo de estudio: 214 encuestas			
		Frecuencia	%
Dar a madres y padres información sobre salud nutricional del niño	Si	197	92.1
	No	17	7.9
Consultas a la familia sobre estado de salud.	Si	180	84.1
	No	34	15.9
Acoplarse a la satisfacción de las familias.	Si	178	83.2
	No	36	16.8
Realizar oferta de peso y talla	Si	206	96.3
	No	8	3.7
Visitas a las familias en sus viviendas	Si	201	93.9
	No	13	6.1

Fuente: Datos primarios de la encuesta enero 2020.

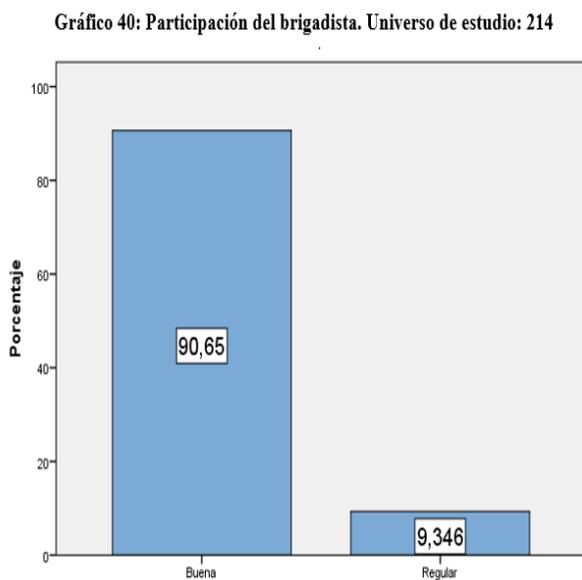
“Lo primero es sensibilizar a la población sobre la asistencia a los programas de peso y talla, realizando visitas casa a casa que vaya de la mano con la promoción del peso y talla y así tratar de hacerlos que lleguen al peso y talla, que se realiza mes a mes en cada comunidad” (Dora Gómez Hernández, Brigadista de salud, enero 2020)

“Algo de suma importancia y que tiene peso es que cuando se pese y talle a un niño y lo encontramos normal felicitar a la madre para incentivarla a la asistencia al programa, en otro caso que encontremos un niño desnutrido referirlo al puesto para que lo valore el médico con una referencia comunitaria y así se le brindan la atención y consultas a la familias en salud, de igual forma explicarle porque tiene que ir donde el médico” (Glenda Castillo Iglesias. Brigadista de salud, enero 2020)

También se consultó a madres de familia e identifican como una gran limitante la falta de personal del centro de salud para que les dé seguimiento a las familias en sus comunidades.

“Una limitante es la falta de personal puesto que en la comunidad contamos con un solo brigadista, si realizan visitas una vez al mes a la comunidad junto con el personal de salud, para la realización del peso y talla, pero sería bueno que se nos visite más seguido para realizar actividades de charlas y eso” (Martha Beatriz Paguaga. Madre de familia, enero 2020)

Tanto las madres como los brigadistas coinciden que hay lugares lejanos donde es difícil acudir, por lo cual hay niños que quizás no se sabe nada durante el mes, y sólo cuando llegan l peso y talla a la casa base de la comunidad, esta falta de seguimiento quizás en niños desnutrido con la falta de recursos económicos que se les dificulta asistir cada semana al puesto de salud para su valoración y mucho más difícil valoración por el especialista que es fuera de la comunidad.



En el gráfico 40, se muestra que el 90.65% refiere que la participación del brigadista es buena mientras que el 9.346% refiere es regular.

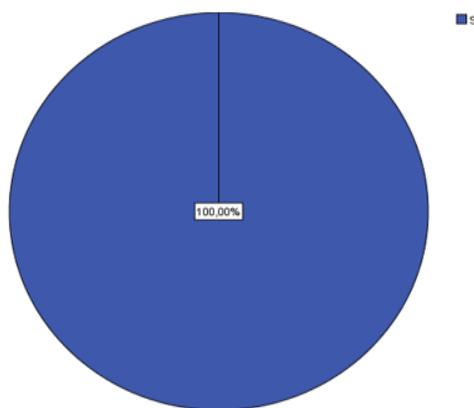
Los brigadistas cumplen un papel fundamental y es el de crear conciencia

en la población para realizar una coordinación entre los habitantes de la localidad con el fin de suavizar la tarea del brigadista de salud y ejecutar acciones que benefician a la comunidad.

El gráfico número 41 representa el 100 % de la disposición de madres en la estrategia comunitaria.

Se consulta a algunas madres acerca de ¿Qué podría hacer la comunidad para disminuir la desnutrición de los niños y las niñas? Se obtienen los siguientes resultados:

Gráfico 41: Disposición de participación en estrategia comunitaria. Universo de estudio: 214 encuestas.



FUENTE: Datos primarios de la encuesta, enero 2020.

“Este problema debe ser una responsabilidad compartida de la comunidad, nosotros las familias y el ministerio de salud, se debe crear una estrategia que vaya encaminada más allá de puras charlas, porque de que sirve darles el conocimiento y no los medios necesarios para iniciar a crear las recomendaciones que siempre dan, creo que muchas de nosotros estarían dispuestas a participar” (Hilda Calderón Iglesias. Madre de familia, enero 2020)

“Lo primero es iniciar en las familias, hacer un esfuerzo para conseguir los alimentos que nuestros hijos necesitan, quizás no todos los que son recomendables pero si algunos de ellos, porque sabemos que la situación está difícil, en todo caso considero se debe realizar una estrategia que lleve capacitaciones, talleres, coordinarse con otras instituciones para que aporten alimentos así como lo hacen en el ministerio de educación, yo en lo personal estaría dispuesta a participar pero usted sabe que uno cuida la casa y quizás no en todas las actividades y daría un pequeño tiempo para esto” (Franielka Vianey Martínez. Madre de familia, enero 2020)

Las madres muestran su interés y disposición en caso que se creará una estrategia comunitaria encaminada a la prevención de la desnutrición, pero no sería una participación de tiempo completo.

En la tabla 17: se reflejan las actividades en las cuales las madres de familia estarían dispuesta a participar con un 99.1% apoyarían impartiendo charlas, 99.5% en ferias de salud, como contraparte el 49.5% apoyarían en talleres y el 46.7% participarían en grupos de interés.

Se consulta a algunas madres acerca de ¿Qué podría hacer la comunidad para disminuir la desnutrición de los niños y las niñas? Se obtienen los siguientes resultados:

“Lo primero es iniciar en las familias, hacer un esfuerzo para conseguir los alimentos que nuestros hijos necesitan, quizás no todos los que son recomendables pero si algunos de ellos, porque sabemos que la

situación está difícil, en todo caso considero se debe realizar una estrategia que lleve capacitaciones, talleres, coordinarse con otras instituciones para que aporten alimentos así como lo hacen en el ministerio de educación, yo en lo personal estaría dispuesta a participar pero usted sabe que uno cuida la casa y quizás no en todas las actividades y daría un pequeño tiempo para esto” (Franielka Vianey Martínez. Madre de familia, enero 2020)

“Si se realiza una estrategia sería bueno participar, pero quizás sólo en algunas actividades porque tengo que cuidar mi casa, mis niños, pero podría ser rotativo, es

Tabla 17. Actividades que se disponen a participar en una estrategia comunitaria.			
Universo de estudio: 214 encuestas			
ACTIVIDADES		Frecuencia	%
Charlas educativas	Si	212	99.1
	No	2	0.9
Ferias de salud	Si	213	99.5
	No	1	0.5
Reuniones organizativas	Si	148	69.2
	No	66	30.8
Talleres (mañana o tarde)	Si	106	49.5
	No	108	50.5
Visitas a familias en sus viviendas	Si	40	18.7
	No	174	81.3
Grupos de interés con otras madres	Si	100	46.7
	No	114	53.3

Fuente: Datos primarios de la encuesta enero 2020.

decir unas madres en la mañana y otras por la tarde, eso de andar visitando casa a casa no porque la gente aquí se enoja que uno le diga algo''

Esto demuestra que las madres de familias están dispuestas a la participación en charlas, brindando y recibiendo conocimientos, pero no así en el trabajo de terreno, puesto que tienen otras obligaciones con las familias, por lo cual puede ser difícil sensibilizar a la población para su participación en trabajo de campo.

6.8 PRUEBA DE HIPÓTESIS

Se trabajó con una base de datos realizada en SPSS, esta consta con dos vistas la primera es la vista de datos y la segunda es la vista de variables.

En la investigación se centra en conocer si la calidad de las prácticas alimentarias y hábitos de higiene influyen en la desnutrición de niños y niñas menores de 5 años, para lo cual se crean dos hipótesis.

H₀: A menor calidad de las prácticas alimentarias y de hábitos de higiene, mayor es la incidencia de desnutrición en niños de 0 a 5 años, atendidos en el puesto de salud, el Carmen de San Juan de rio coco.

H₁: La calidad de las prácticas alimentarias y de hábitos de higiene, no influye en la incidencia de desnutrición en niños de 0 a 5 años, atendidos en el puesto de salud, el Carmen de San Juan de rio coco.

Para la prueba de la hipótesis se realiza estadístico de prueba con CHI cuadrada, para medir la relación entre las 3 variables y V de Cramer para medir la fuerza de asociación entre las tres variables.

Regla de decisión; en este caso es preciso calcular el valor crítico, que representa el límite entre la región de aceptación y la región de rechazo. Se trabajará con la probabilidad asociada al estadístico de prueba.

- Bajo la región de aceptación están las probabilidades mayores al nivel de significancia que es mayor de 0.05
- Bajo la región de rechazo están las probabilidades menores o iguales al nivel de significancia de 0.05

Calculo de CHI cuadrado y V de Cramer

Se relacionará las variables Desnutrición con Prácticas alimentarias y Desnutrición con Hábitos de higiene.

Relación de Prácticas alimentarias- Desnutrición.

Tabla 18. Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,339 ^a	2	,844
Razón de verosimilitudes	,336	2	,845
Asociación lineal por lineal	,265	1	,606
N de casos válidos	214		
a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.			
b. La frecuencia mínima esperada es 10,77.			

Fuente: Datos primarios de la encuesta, enero 2020

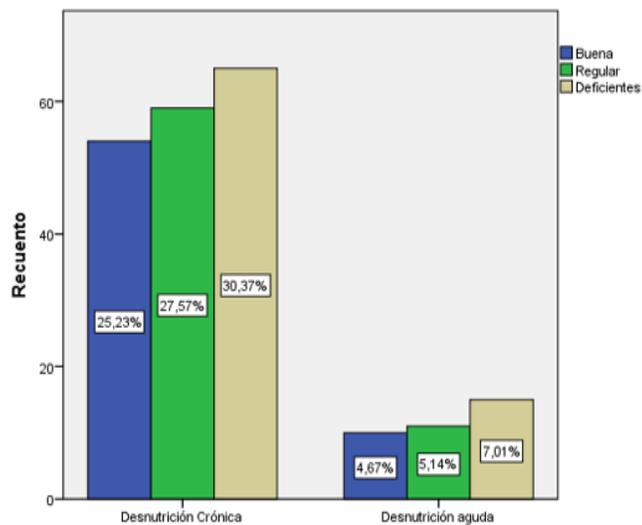
Tabla 19: Medidas simétricas			
		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,040	,844
	V de Cramer	,040	,844
N de casos válidos		214	
a. Asumiendo la hipótesis alternativa.			
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.			

Fuente: Datos primarios de la encuesta, enero 2020

En este caso se puede observar que el estadístico asociado a CHI cuadrado da 0.844, es decir, mayor a 0.05.

Se indica que se acepta la hipótesis que dice: que A menor calidad de las **prácticas alimentarias** y de hábitos de higiene, mayor es la incidencia de **desnutrición** en niños de 0 a 5 años. El resultado es evidente en el gráfico 42.

Gráfico 42: Prácticas alimentarias – Desnutrición. Universo de estudio: 214 encuestas.



FUENTE: Datos primarios de encuesta, enero 2020.

Calculo de CHI cuadrado y V de Cramer

Relación de Hábitos de higiene- Desnutrición.

Tabla 20. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,059 ^a	2	,971
Razón de verosimilitudes	,059	2	,971
Asociación lineal por lineal	,004	1	,952
N de casos válidos	214		

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
b. La frecuencia mínima esperada es 8,41.

Fuente: Datos primarios de la encuesta, enero 2020

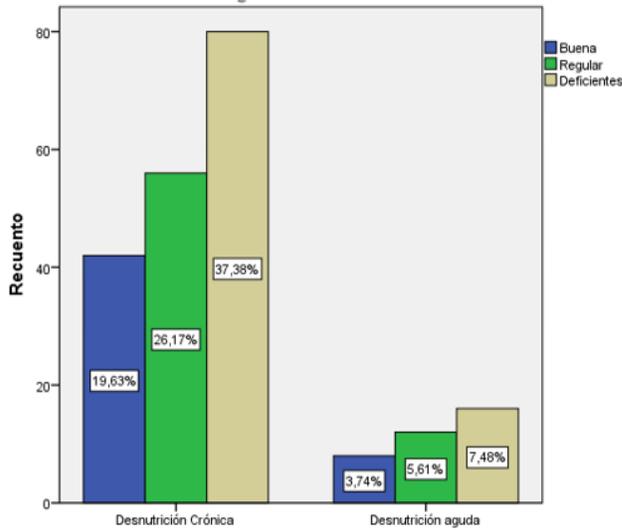
Tabla 21. Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,017	,971

	V de Cramer	,017	,971
N de casos válidos		214	
a. Asumiendo la hipótesis alternativa.			
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.			

Fuente: Datos primarios de la encuesta, enero 2020

Gráfico 43: Hábitos de Higiene– Desnutrición. Universo de estudio: 214 encuestas.



FUENTE: Datos primarios de la encuesta, enero 2020.

En este caso se puede observar que el estadístico asociado a CHI cuadrado da 0.971, es decir, mayor a 0.05.

Esto indica que se acepta la hipótesis que dice que A menor calidad de las prácticas alimentarias y de hábitos de higiene, mayor es la incidencia de desnutrición en niños de 0 a 5 años. El resultado es evidente en la tabla de frecuencias.

6.9 PROPUESTA DE ESTRATEGIA COMUNITARIA

Actualmente, en el sector 9 El Carmen, San Juan del Rio Coco se ejecuta una Estrategia Comunitaria llamada PROCOSAN, que responde al Modelo de salud familiar y comunitaria implementado por el Ministerio de Salud (MINSA), y que se dirige al fomento de la salud de las personas, inicialmente los y las niñas, las mujeres en su estado de embarazo, enseñando hábitos nutricionales y estilos de vida que protegen y fomentan su salud y nutrición.

Por ello, tomando como referencia esta estrategia, y al demostrar que la desnutrición aún persiste en este sector, se realiza el siguiente análisis FODA enfocada en la Estrategia PROCOSAN en base a eso realizar la propuesta de la estrategia comunitaria planteado como tercer objetivo en el presente estudio.

6.9.1 ANÁLISIS FODA A PROGRAMA COMUNITARIO DE SALUD Y NUTRICIÓN (PROCOSAN)

TABLA 22: Análisis FODA

Fortalezas	Oportunidades	Debilidades	Amenazas
<p>F.1. Enseña hábitos nutricionales y estilos de vida que protegen y fomentan la salud y nutrición.</p> <p>F.2. Contempla 2 componentes madre e hijo.</p> <p>F.3. Brinda atención de las morbilidades a nivel de la comunidad.</p> <p>F.4. Brigadistas se encuentran capacitadas para realización de pesaje y tallaje de niñas y niños</p> <p>F.5. Enfatiza en niñas y niños menores de 2 años.</p> <p>F.6. Cuenta con Manual técnico operativo, manual</p>	<p>O.1. Es un Programa elaborado para abordar el fenómeno de la desnutrición desde el marco del quehacer del MINSA como la institución rectora de la salud y garante de este derecho en nuestro país Nicaragua.</p>	<p>D.1. Se centra en consejería.</p> <p>D.2. Se basa en el aprendizaje de los adultos.</p> <p>D.3. No incluye acciones para combatir la limitación en la adquisición de los alimentos.</p> <p>D.4. No se forma comité encargado exclusivamente de vigilar la nutrición de los niños.</p> <p>D.5. No es una estrategia que profundiza en el manejo de desnutrición.</p> <p>D.6. No incluye acciones de coordinación con otras instituciones para fortalecer el emprendedurismo comunitario.</p> <p>D.7. Establece como requisito una cantidad específica de casos para</p>	<p>A.1. Familias no pueden cumplir con las orientaciones sobre hábitos alimenticios por ser de escasos recursos.</p> <p>A.2. Desinterés por parte de los padres de acudir a las sesiones de pesaje.</p> <p>A.3. Posibilidad de subregistros en datos de peso y talla por la inasistencia de niños y niñas al programa de peso y talla.</p>

<p>comunitario y bibliografía de apoyo. F.7. Garantiza a las y los brigadistas materiales para la realización del sesión de pesaje</p>		<p>que se pueda impulsar la estrategia comunitaria. D.8. Las actividades de promoción y prevención solo son llevadas a cabo por las brigadistas sin involucrar a la población capacitada.</p>	
--	--	--	--

6.9.2 PROPUESTA DE ESTRATEGIA COMUNITARIA: ECOPADES

Tomando como referencia los resultados obtenidos y la metodología para la realización de una estrategia comunitaria según lo descrito en el marco teórico sumado al análisis FODA de PROCOSAN surge la idea de ECOPADES una propuesta de Estrategia Comunitaria Para la Prevención y Atención de la Desnutrición en la niñez de 0-5 años que se describe a continuación.

1. ¿QUÉ ES ECOPADES?

Es una Estrategia Comunitaria para la Prevención y Atención de la Desnutrición en la niñez de 0-5 años, la cual está centrada en la participación activa de la familia y comunidad como protagonistas de la restitución del derecho de su propia salud y orientada a contribuir a la erradicación de la desnutrición en la niñez fomentando buenas practicas alimenticias.

2. OBJETIVOS DE ECOPADES

Objetivo general:

Contribuir a la erradicación de la desnutrición en la niñez de 0-5 años en el Sector de El Carmen, San Juan del Rio Coco, Nicaragua.

Objetivos específicos:

- 1- Promover la organización y participación de los diferentes actores y sectores sociales para disminuir la incidencia de la desnutrición.
- 2- Mejorar prácticas alimenticias de las familias con niños de 0-5 años

- 3- Propiciar el acceso de las familias a alimentos nutritivos, sanos y suficientes para disminuir la desnutrición con énfasis en la niñez de 0-5 años.
- 4- Favorecer la sensibilización de la población sobre las consecuencias de la desnutrición en el desarrollo de la niñez de 0-5 años.

3. SELECCIÓN DE COMUNIDADES:

Esta estrategia está dirigida específicamente a las comunidades del Sector No. 9, denominado El Carmen en el Municipio de San Juan del Río Coco, Nicaragua y puede ser implementada en cualquier comunidad en la que se cuente con niños de 0-5 años, interesada en prevenir o reducir la incidencia de la desnutrición y para ello se requiere de una adecuada participación comunitaria y del trabajo coordinado con SILAI-MINSA-ESAFIC como la institución garante del derecho a la salud.

4. COMPONENTES DE LA ESTRATEGIA:

Para su implementación, ECOPADES se ha estructurado alrededor de cinco componentes, los cuales incluyen acciones para el trabajo con el Personal del MINSA, familias, comunidad en general y liderazgo, y concretamente con niñez de 0-5 años y mujeres embarazadas.

A continuación, se describe cada uno de los cinco componentes incluyendo las acciones que cada uno de ellos contempla:

COMPONENTE NO. 1 CAPACITACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD

En primera instancia, el Ministerio de Salud (MINSA) deberá instruir al personal que labora desde el nivel departamental y municipal hasta el nivel sectorial (Puestos de Salud) a fin de que conozcan la Estrategia y la promuevan en los Sectores, haciendo énfasis en objetivos, componentes y metodología a aplicar. Además, se incluye el adiestramiento en el

uso de los instrumentos de apoyo y seguimiento a los Comités comunitarios, estructura alrededor de la que funcionará ECOPADES.

Esta capacitación, partirá de un evento a nivel nacional el cual se irá replicando en cada uno de los niveles operativos en los que se organiza el Ministerio de Salud (MINSA) en los territorios, con la posibilidad de generar otros espacios para el fortalecimiento de capacidades del personal a cargo en base a las demandas y necesidades que surjan durante la implementación de la Estrategia.

COMPONENTE NO. 2: ORGANIZACIÓN Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

Las acciones previstas para promover la organización y participación comunitaria, son las siguientes:

a) Presentación de la Estrategia a la comunidad y a Organismos e instituciones que tienen incidencia en dicha localidad

Posterior a la capacitación del personal de salud, cada ESAFC deberá organizar una Asamblea comunitaria en un período no mayor de 2 semanas, garantizando la participación de al menos un miembro de cada familia existente en el territorio, líderes y lideresas, delegadas-os de la palabra, Secretarios Políticos de donde se implementará esta Estrategia. En esta Asamblea, se realizará la presentación oficial de la Estrategia dando a conocer sus objetivos, metodología, alcances de la estrategia y requerimientos organizativos necesarios para impulsar ECOPADES.

b) Conformación del Comité de Nutrición (COMNUT)

Durante la Asamblea comunitaria en la cual se presentará la Estrategia, se identificarán a miembros potenciales del Comité de Nutrición, quienes podrán optar a los cargos por voluntad propia o a propuesta de la población. Dichos integrantes deberán cumplir con los siguientes criterios: ser una persona responsable, respetuosa, con disponibilidad de tiempo, buena comunicación con la población y con capacidad de trabajar en equipo.

Este comité estará compuesto por un mínimo de 4 miembros y un máximo de 8, en función de los siguientes cargos o responsabilidades, pudiendo nombrar de 1 a 2 personas para cada uno de ellos, en dependencia del tamaño del territorio de incidencia.

- Coordinador General del Comité
- Coordinador(es) de sesiones de pesaje
- Educador en nutrición comunitaria
- Responsable de gestión alimentaria

Cabe señalar, que la conformación del Comité de Nutrición, no necesariamente deberá realizarse durante la Primera Asamblea Comunitaria, sino que una vez identificadas las propuestas se podrá convocar a las personas involucradas a una sesión posterior en donde se procederá a la selección de los miembros de acuerdo a los cargos definidos.

En caso que un miembro renuncie o incumpla con sus funciones, deberá procederse a la elección de otro miembro para el cargo vacante, a partir de las primeras propuestas que se hagan en la Asamblea Comunitaria inicial. Esta elección estará a cargo del Comité.

El comité deberá reunirse 1 vez al mes para evaluar el cumplimiento de la Estrategia comunitaria y el estado nutricional de las y los niños de 0-5 años.

c. Divulgación de roles y funciones del Comité de Nutrición

Tanto durante la Asamblea Comunitaria como en la posterior sesión para la elección de los miembros del Comité de Nutrición, se enfatizará en la divulgación de los roles y funciones de cada uno de los cargos definidos en el Comité de Nutrición.

Coordinador-a General del Comité: será el encargado o encargada de establecer las coordinaciones con el Puesto de Salud, así como vigilar el adecuado funcionamiento del resto de miembros del Comité. En caso de que una o un miembro no cumpla con sus

responsabilidades, deberá asumir las funciones de éste(a) mientras se procede a la elección de un nuevo miembro.

Coordinador-a de sesiones de pesaje: estará a cargo en conjunto con los Promotores comunitarios, de realizar la evaluación del estado nutricional de los y las niños de 0-5 años de forma mensual. Ambos deberán reunirse 1 vez al mes. Este es el encargado de referir a los pacientes desnutridos para ser valorados por el Médico de su sector.

Educador en nutrición comunitaria: se encargará de coordinar las visitas a las escuelas, implementar las campañas sobre la importancia de la Nutrición, y de la elaboración de carteles que promueven la nutrición, así como la ubicación de los mismos en puntos estratégicos de la comunidad. Así como de facilitar la capacitación dirigida a las familias en coordinación con los y las Promotoras. Este deberá informar a toda la población la fecha, hora y lugar en el cual se llevarán a cabo dichas actividades en conjunto con los y las promotoras comunitarias (1 vez al mes)

Responsable de gestión alimentaria: Deberá coordinar el concurso “Producimos y consumimos más y mejores alimentos”, establecer coordinaciones con el MEFCA para la gestión de semillas y capacitar a la población sobre técnicas de cultivos, Además, promoverá las ferias comunitarias y coordinará la creación y funcionamiento del Club de Nutrición Infantil

d. Capacitación a miembros del Comité

El ESAFC deberá realizar capacitación a los y las miembros del Comité de Nutrición abordando las siguientes temáticas las cuales se ha definido en base a la normativa MINSA 029 “Guía de alimentación y nutrición en embarazo, puerperio y niñez menor de 5 años” publicada en el año 2009, así como el Manual comunitario de PROCOSAN:

- Conceptos básicos de nutrición
- Técnicas de una correcta toma de medidas antropométricas de niños de 0-5 años.

- Interpretación y análisis de resultados y gráficas de crecimiento
- Alimentación adecuada de acuerdo a la edad del niño
- Inocuidad alimentaria
- Medidas a realizar en caso de encontrar niños con desnutrición
- Preparación y diversificación de los alimentos

Esta capacitación se realizará al inicio de la implementación de la Estrategia y se podrán programar sesiones de refrescamiento en base a las necesidades detectadas durante el funcionamiento de la misma.

e. Captación y capacitación de Promotoras-es comunitarios de Nutrición

El Comité deberá encargarse de captar a 3 personas de la comunidad para que ocupen el cargo de Promotores-as comunitarias, los cuales tendrán un rol de carácter técnico y serán los encargados y encargadas de realizar las visitas casa a casa, supervisar las prácticas alimenticias, realizar pesa y talla a niños y niñas asignadas (cada promotor estará a cargo de 8 a 10 familias) y entregará los resultados de sus visitas al Coordinador-a de pesaje. El Comité deberá capacitar a los Promotores y Promotoras sobre temáticas previamente establecidas, tomando como referencia la normativa MINSA 029 guía de alimentación y nutrición en embarazo, puerperio y niñez menor de 5 años publicada en el año 2009

f. Planificación y evaluación de las actividades del Comité

Cada comité deberá realizar un cronograma de actividades donde se establezcan las fechas, lugar y hora de las actividades orientadas por la estrategia durante el mes y posteriormente divulgar dicha información para garantizar que la comunidad esté al tanto de las acciones realizadas y a realizar por el comité y puedan involucrarse en las actividades.

COMPONENTE NO. 3: FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES DE LAS FAMILIAS

Las actividades contempladas en este componente son las siguientes:

3.1 Identificación de familias con niñez de 0-5 años y mujeres embarazadas en riesgo o en situación de desnutrición.

La actividad fundamental a cargo de los promotores y promotoras comunitarias, son las visitas a las familias con niños y niñas de 0-5 años y a mujeres embarazadas. A través de estas visitas se podrá identificar a niños y niñas en riesgo o en situación de desnutrición.

Una vez identificados estos niños, niñas y mujeres, se procederá a realizar una visita conjunta entre Promotor-a y Coordinador-a del pesaje para evaluar a las familias apoyándose de las curvas de crecimiento y desarrollo y documentándolo en el Informe mensual de estado nutricional de niños y niñas de 0-5 años y de acuerdo a los resultados orientar conducta a seguir según normativa 029 MINSA 2009. Estas visitas deberán realizarse 1 vez al mes a cada una de las familias detectadas y en caso de encontrar anomalías deberá ser cada 15 días.

3.2 Capacitación a las familias

En cada visita se deberá orientar al menos a 1 miembro de cada familia con niñez de 0-5 años y mujeres embarazadas que se encuentran en riesgo o en situación de desnutrición, sobre buenas prácticas alimenticias e inducirles a la participación en las actividades comunitarias en pro de la lucha contra la desnutrición, siendo la capacitación a las familias una de las acciones clave en esta estrategia.

La capacitación a familias, estará a cargo del Educador en Nutrición y las temáticas a abordar serán similares a las tratadas con los miembros del Comité, siendo éstas:

- a) Conceptos básicos de nutrición (Causas y consecuencias).
- b) Alimentación adecuada de acuerdo a la edad del niño
- c) Preparación y diversificación de los alimentos
- d) Técnicas para la producción de hortalizas y verduras.

Las capacitaciones a las familias se realizarán una vez al mes.

Componente No. 4: Gestión de los alimentos:

4.1 Concurso “Producimos y consumimos más y mejores alimentos”.

A través de este concurso se pretende promover la producción y consumo de alimentos de manera que las familias puedan diversificar su dieta diaria de manera balanceada. Para ello, se lanzará una convocatoria abierta a todas las familias de la comunidad en donde se le darán a conocer los criterios para la participación, y se les instará a inscribirse para lo que deberán ponerse en contacto con él o la Responsable de Gestión Alimentaria (Miembro del Comité de Nutrición).

El número de familias participantes estará en dependencia de la cantidad de familias existentes en la comunidad y se espera alcanzar una meta de entre 10 y 30 familias por comunidad.

Entre los criterios más importantes está el deseo expreso de la familia de participar en el concurso el que deberá quedar registrado en su carta de solicitud para ingresar, que deleguen a una o un miembro como responsable o persona de contacto y que estén dispuestas a integrarse a las capacitaciones. Se dará prioridad para la selección a las familias que tengan niños o niñas en riesgo o en situación de desnutrición.

Este concurso consiste en la implementación del JARDIN DE LOS ALIMENTOS en donde las familias podrán destinar un área de su terreno para el cultivo de hortalizas, vegetales, granos, animales domésticos, plantas medicinales, plantas para condimento, entre

otras, haciendo una combinación con plantas ornamentales de manera que no se caiga en la idea tradicional de un huerto. Se promoverá que las familias pongan en práctica toda la creatividad posible para hacer de esa área un espacio que incluso les sirva para disfrutar en familia. El otro aspecto de este concurso es propiciar la diversificación en el consumo de alimentos, es decir que lo que se produzca sea utilizado en la alimentación diaria.

Para la implementación de este concurso se establecerán coordinaciones con otras instituciones como el MEFCCA para la gestión de semillas y asesoramiento técnico. El Concurso tendrá una duración máxima de 12 meses.

El criterio para la selección de las familias ganadoras será la que más variedad y cantidad produzca y consuma en proporción al número de miembros de la familia y que realice una distribución equitativa de los alimentos.

4.2 Ferias comunitarias para promover formas de preparación de los alimentos:

Cada tres meses el Comité promoverá las Ferias comunitarias de alimentos en donde las familias integradas en la implementación de esta Estrategia puedan vender alimentos preparados utilizando los productos de su JARDIN y en base a las nuevas recetas que han aprendido a partir de las capacitaciones o el intercambio con otras familias. Se espera que las familias elaboren platillos nutritivos y limpios para ofertar a la población promoviendo así el emprendedurismo desde la propia comunidad y fomentando diversificación de los alimentos.

4.3 Creación y funcionamiento del Club de Nutrición Infantil.

Los niños y niñas en riesgo o en situación de desnutrición, sobre todo que provengan de familias en situación de vulnerabilidad económica y que no puedan garantizarle una dieta balanceada, tendrán la oportunidad de acceder al servicio de alimentación que brindará el Club de Nutrición Infantil.

Este espacio comunitario que funcionará a través de los aportes de la comunidad o de organismos e instituciones de la sociedad civil o del Estado, ya sea en efectivo o en especies para brindarle a la niñez en riesgo, al menos un tiempo de comida dos o tres veces por semana y que contenga (carbohidratos, proteínas, lípidos, vitaminas, minerales, azúcar y agua) basándose en lo establecido en la normativa MINSA 029 Guía de alimentación y nutrición en embarazo, puerperio y niñez menor de 5 años publicada en el año 2009.



Fuente:

MINSA, 2009

Este Club será coordinado por el Comité e irá incrementando su oferta de servicios en la medida en que se incremente la recaudación de recursos.

Tabla 23: CLASIFICACIÓN Y NUTRIENTES QUE PROPORCIONAN LOS ALIMENTOS ENCONTRADOS EN LA COMUNIDAD

Grupo	Ejemplo de alimentos	Nutriente que proporciona
Cereales y derivados	<ul style="list-style-type: none"> • Cereales: Avena, cebada, arroz, maíz, trigo • Derivados del cereal: Harina, pastas, galletas • Hortalizas feculentas: papa, yuca, malanga 	Carbohidratos Vitamina B
Frutas y hortalizas	<ul style="list-style-type: none"> • Frutas: banano, sandía, naranja, mandarina, mango, melón, papaya, limón • Hortalizas: lechuga, repollo, remolacha, zanahoria, tomate, chiltoma, cebolla, rábano. • Otros: Espinaca, Jiñocuabo 	Fibra Vitaminas Antioxidantes Minerales Rico en hierro
Lácteos y sus derivados	<ul style="list-style-type: none"> • Leches: leche de vaca, leche de cabra, leche de soya • Yogures: simples o con frutas • Queso, crema 	Proteínas y calcio
Carnes y huevo	<ul style="list-style-type: none"> • Carnes rojas: Vaca, cerdo, conejo, chivo • Carnes de aves y huevos: pollo, pato, chompipe, codorniz • Mariscos 	Proteínas Hierro Fosforo
Lípidos	Grasas de origen animal y vegetal	Lípidos
Azúcares	Miel de jicote, fructosa, jaleas, dulces	Glucosa

Ilustración Ejemplo de alimentación según grupo de edad

6 A 8 MESES	9 A 11 MESES	12 A 23 MESES	24 A 59 MESES
Mañana - Leche materna - Frijoles molidos 3 cucharadas. - Arroz frito 3 cucharadas - Mango maduro 2 cucharadas.	Mañana - Leche materna - Gallo pinto 6 cdas. - Banano cocido 3 cucharadas. - Huevo frito 3 cdas.	Mañana - Gallo pinto 8 cucharadas. - Queso rallado 1 cucharadas. - Huevo frito 1 unidad. - Tortilla ¼ unidad. - Melón 2 cucharadas. - Leche materna	Mañana - Arroz frito ¼ de taza - Frijoles fritos ¼ de taza - Maduro cocido ¼ unidad - Queso rallado 4 cucharadas. - Mango 1 unidad
	Medio día - Leche materna - Frijoles majados 4 cucharadas. - Ayote maduro majado 4 cdas o arroz frito 3 cucharadas. - Queso rallado 1 cucharada.	Medio día - Frijoles cocidos 4 cucharadas. - Arroz frito 4 cucharadas. - Plátano maduro cocido ¼ unidad. - Carne 1 onzas - Zanahoria cocida 3 cucharadas. - Leche materna	Media mañana Naranja 1 ½ unidad Medio día - Arroz frito ½ taza - Frijoles 1 taza - Carne 2 onzas - Tortilla 1 unidad - Mandarina 1 unidad
Medio día - Leche materna - Ayote maduro o zanahoria cocida y majada 3 cdas. - Queso rallado 1 cucharada. - Arroz frito 4 cucharadas.	Noche - Leche materna - Gallo pinto 8 cucharadas. - Chayote en trocitos cocido 1 cucharada. - Queso 1 cucharadas. - Maduro frito 2 cucharadas.	Medio tarde - Pico 1 unidad - Leche materna Noche - Plátano maduro frito 2 cucharadas. - Frijoles cocidos 5 cucharadas. - Arroz frito 5 cucharadas. - Queso 2 cucharadas. - Ayote maduro 2 cucharadas. - Leche materna	Medio tarde - Atol de maicena ½ vaso Noche - Gallo pinto 1 taza - Crema de leche 1 cucharada. o Aguacate 1/8 de unidad - Tortilla 1 unidad - Queso rallado 4 cucharadas. - Naranja 1 unidad

Normativa 029 Guía de alimentación y nutrición en embarazo, puerperio y niñez menor de cinco años 2009 páe. 61

COMPONENTE NO. 5: COMUNICACIÓN PARA EL CAMBIO

A) Implementación de Campaña sobre la importancia de la Nutrición.

Actividades lúdicas con niñas y niños en las Escuelas:

Los Promotores y Promotoras en conjunto con el Educador en Nutrición, como parte de sus actividades realizarán quincenalmente visitas a las escuelas con el objetivo de contribuir a la sensibilización de docentes y de la niñez sobre la importancia de la nutrición y el papel de las buenas prácticas alimenticias. En estas visitas se solicitará que algunos o algunas docentes den un espacio de 15 a 20 minutos para promover actividades lúdicas con niños y niñas relacionadas al tema de la nutrición.

Elaboración y ubicación de carteles que promueven la nutrición, en puntos estratégicos de la comunidad.

El Educador o Educadora comunitaria en nutrición en conjunto con los Promotores y Promotoras, elaborarán y ubicarán en sitios estratégicos de la comunidad como pulperías, Puesto de salud, Escuela, Parque, iglesias y otros; carteles con información y mensajes alusivos a la importancia de la Nutrición en la niñez y durante el embarazo.

Estos carteles serán elaborados manualmente y en lo posible se procurará involucrar a docentes, niños y niñas mediante las actividades que se promuevan en las Escuelas a fin de que estos Carteles sean elaborados desde y para la comunidad.

Ejemplo del contenido de un posible cartel:

Título: Luchemos contra la desnutrición.

Contenido:

Ejemplo de alimentación de acuerdo al grupo de edades de niños, alimentación en el embarazo o puerperio (normativa 029 guía de alimentación y nutrición en embarazo, puerperio y niñez menor de 5 años publicada en el año 2009). Además de fomentar la higiene personal y el lavado de manos y alimentos.

SEGUIMIENTO Y MONITOREO A LA ESTRATEGIA POR PARTE DEL MINISTERIO DE SALUD.

El Ministerio de Salud deberá elegir un encargado a nivel central y en cada municipio, el cual estará encargado de vigilar el cumplimiento de esta Estrategia comunitaria y valorar si ha habido mejoría en el estado nutricional de la niñez menor de 5 años.

La información obtenida de las diferentes actividades orientadas por la estrategia deben seguir un flujo lógico con el fin de que las diferentes instancias manejen las acciones que se

están realizando en las comunidades y si responden o no lo indicado en la estrategia y realizar un adecuado monitoreo se describe a continuación en la siguiente ilustración.

Ilustración No.1 Flujo de la información ECOPADES



Indicadores de monitoreo y seguimiento

- Ganancia mensual de peso en niños y niñas en desnutrición
- Capacitación a familias
- Concursos comunitarias Huerto familiar
- Realización de Ferias comunitarias
- Funcionamiento de Club de nutrición
- Actividades Lúdicas con niñas y niños en las escuelas
- Colocación de carteles informativos en puntos estratégicos

Además de que se deberá realizar supervisión de la Estrategia, cada mes se deberá enviar un consolidado de las actividades realizadas en la comunidad los cuales servirán además para monitoreo y seguimiento tomando en cuenta lo descrito en la estrategia resumido en el siguiente formato:

CAPITULO VII. CONCLUSIONES

- El estudio revela la prevalencia de la desnutrición crónica por encima de la aguda, sobre todo en el sexo masculino, en el rango de edad de 6 a 24 meses.
- Con la información recabada en el estudio se confirma la hipótesis de que a menor calidad de las prácticas alimentarias y de hábitos de higiene, mayor es la incidencia de desnutrición en niños de 0 a 5 años, atendidos en el puesto de salud El Carmen, San Juan de Rio Coco, dicha hipótesis se cumple en un 84.4% .
- Un hallazgo significativo es que las familias no están incorporando a la dieta alimentos ricos en proteínas y vitaminas, se centran sólo en alimentos con altos contenidos de carbohidratos porque los modelos de producción están limitados al cultivo tradicional del café y granos básicos.
- Otro punto importante es que no poseen una frecuencia adecuada de consumo de alimentos de acuerdo a la edad, además de que no poseen un horario establecido y que está relacionado con los bajos ingresos económicos de las familias con niños con desnutrición.
- En cuanto a la atención en salud los padres consideran como buena y menos del 1% como mala a pesar de que en el tratamiento solo se den suplementos de hierro y desparasitante en cada control ya que la vitamina A se administra únicamente en jornada.
- Se evidencia una asistencia significativa a las sesiones comunitarias de peso y talla que se realizan mensualmente en el sector. Respecto a la atención comunitaria el brigadista si realiza acciones para la promoción de la asistencia al PROCOSAN.
- Las familias presentan disposición a ser partícipes a la estrategia comunitaria propuesta por este estudio.

CAPITULO VIII. RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud (MINSa)

- Que el MINSa considere realizar un ´pilotaje en la comunidad de estudio a fin de valorar la efectividad y poder implementar en otros territorios ya sea en su totalidad o solamente alguno componente.
- Se le hagan los ajustes correspondientes en base a los resultados obtenidos.
- La efectividad de esta estrategia ´sta dada por la capacidad organizativa del territorio, se debe trabajar en el fortalecimiento de las capacidades de la misma.

A l´deres y familias de la comunidad

- Rescatar la estrategia como una oportunidad de mejorar las condiciones del estado nutricional de la niñez desde el esfuerzo y trabajo comunitario.
- Enfatizar en los esfuerzos productivos como una oportunidad futura de desarrollo econ´mico y social.

A la Universidad Aut´noma de Nicaragua (UNAN-Managua; FAREM-Estel´)

- Poner a disposici´n de las instancias correspondientes del Ministerio de Salud (MINSa) esta estrategia, o compartirla para que pueda ser integrada o incorporada al programa PROCOSAN.

BIBLIOGRAFIA

- Acevedo, Gaitán y Ortiz, D. C. (2017). *´Estado nutricional y merienda escolar complementado con el suplemento chapuditos de niños y niñas del preescolar Fabret-Tito de la asociación familia padre Fabretto, Estelí, octubre 2016´*. Managua, Nicaragua: UNAN-MANAGUA.
- Acosta y Abaunza, O. M. (2012). *´Estado nutricional y desarrollo psicomotor en menores de 2 años enfermos de neumonía o diarrea en dos municipios de Madriz, primer trimestre 2011´*. León, Nicaragua: UNAN. Riul.
- Albornoz Cardenas, I., & Marcelo Davila, R. M. (2019). *´Relacion entre hábitos alimenticios y estado nutricional en niños de 1 a 3 años del centro de salud breña, Lima 2018´*. Lima, Peru: Universidad Norbert Weiner.
- Alonso Alvarez, M. A., & Alonso Franch, M. (2007). *Manual practico de nutricion en pediatria*. Madrid: Ergon. Recuperado el 14 de 12 de 2019, de https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/manual_nutricion.pdf
- Aranceta, B. J. (2013). *Nutrición comunitaria*. España: Elsevier.
- Araujo, J. E. (2017). *Diseño arquitectonico de viviendas progresivas de interes social para el barrio Menfis Bajo en la ciudad de Loja*. Loja, Ecuador: UIDE. Obtenido de <file:///C:/Users/gabri/Downloads/T-UIDE-0698.pdf>
- Barahona, P., & Barahona, J. (2012). *Habitos de Higiene en el estudiante y su desarrollo mediante la aplicacion de instructivo*. Ecuador: UNEMI. Obtenido de <http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/1947/1/Los%20h%C3%A1bitos%20de%20higiene%20en%20el%20estudiante%20y%20su%20desarrollo%20mediante%20la%20aplicacion%20de%20instructivo..pdf>
- Briones, U. M. (2013). *´Estudio de la alimentación y estado nutricional de los niños de un orfanato-escuela en Guatemala´*. Guatemala: Universidad de Granada.
- Calvo, E., Duran, P., Mazza, C., Abeya, E., & Longo, E. (2009). *Evaluación del estado nutricional de niñas, niños y embarazadas mediante antropometría*. (1ra ed.). Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud de la Nación. Obtenido de <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000256cnt-a07-manual-evaluacion-nutricional.pdf>
- Carrión Diaz, C. C., & Zavala Sánchez, I. R. (2018). *El estado nutricional asociado a los hábitos alimentarios y el nivel de actividad física de los estudiantes de la facultad de ciencias dela salud de la universidad católica sedessapientiae en el periodo 2016 – II*. Lima, Peru: Facultad de Ciencias de la Salud.

- Carrión Merino, S. T. (2017). “*Hábitos alimentarios y estado nutricional en escolares de la parroquia Quinara del cantón Loja, periodo septiembre 2015-junio 2016*”. Loja - Ecuador: Universidad Nacional de Loja - Facultad de Salud Humana.
- Carrión, M. S. (2017). “*Hábitos alimentarios y estado nutricional en escolares de la parroquia Quinara del cantón Loja, período septiembre 2015-Junio 2016*”. Loja-Ecuador: Universidad de Loja.
- Chacha Castro, J. (2013). *Los bajos ingresos económicos dificultan los procesos de escolarización*. Quito-Ecuador: UTE.
- Cueva, A. (2017). *Prácticas alimentarias en niños y adolescentes con síndrome de Down que asisten a las escuelas especiales №1, 2 y el CADE de la ciudad de Loja*. Loja-Ecuador: universidad de Loja. Obtenido de <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/19529/1/TESIS%20ADRIANA%20CUEVA.pdf>
- Díaz Galindo, A. (2015). Ingreso de los hogares urbanos y rurales. *Encuestas del Banco Central de Nicaragua*, 79.
- Díaz, d. S. (1990). Definiciones de estrategia. En d. S. Díaz, *La estrategia básica de marketing* (pág. 23). Madrid: ESIC.
- Espinoza de la Cueva, G. (2012). Los Hábitos de Higiene y su incidencia en el desarrollo escolar. *UTE*, 17.
- FAO, FIDA, OMS, PMA, & UNICEF. (2017). Estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo. *Revista FAO*, 116. Recuperado el 14 de 12 de 2019, de <http://www.fao.org/3/a-I7695s.pdf>
- Fernandez, C. (2013). Detección de malnutrición al ingreso al hospital . *Scielo*, 13-14.
- GALARZA, V. (2017). Hábitos alimentarios saludables. *CECU*, 4.
- Hernández & López, D. (2016). Hábitos de una alimentación y su influencia en el aprendizaje del niño Kenneth de I nivel del Segundo Ciclo de Preescolar del Centro Educativo Alfonso Cortés del Distrito VI de Managua durante el II semestre del año 2015. *UNAN-Managua*, 8.
- INIDE. (2014). *Situación sociodemográfica San Juan de Río - Coco*. Managua.
- Jansen, H., Rodríguez, À., Damon, A., & Pender, J. (2003). *Determinantes de estrategias comunitarias de subsistencia y el uso de prácticas conservacionistas de producción agrícola en las zonas de ladera en Honduras*. Honduras: EPTD.
- León, C. J. (2019). “*Estado nutricional en niños menores de 5 años y su participación en programas alimentarios, 2017*”. Lima, Perú: UPCA.
- Lisbona., M. (2005). *La comunidad a debate: reflexiones sobre el concepto de comunidad en el México contemporáneo*. Michoacán, México: ISBN.

- Llausas Magaña, E. (2009). El niño con infecciones recurrentes. *Pediatrica-Infecciones*, 3-4.
- Lopez Roldan, P., & Fachelli, S. (2015). *Metodologia de la Investigación Social Cuantitativa*. Barcelona, España: UAB .
- Mendoza, A. (2017). *Practicas alimentarias de la madre y estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses. Puesto de salud Garatea. Nuevo Chimbote 2014*. Chimbote-Perú: UNS. Obtenido de <http://repositorio.uns.edu.pe/bitstream/handle/UNS/2877/42879.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- MINSA. (2009). *Normas de alimentación y nutrición para embarazadas, puerperas y niñez menor de 5 años*. Managua, Nicaragua: MINSA. Recuperado el 14 de 12 de 2019, de file:///C:/Users/gabri/Downloads/N_029_AM_300_09_Nor_Guia_ALI_NUT_EMB_PUER.6783.pdf
- MINSA. (2012). *Manual técnico operativo*. Managua: Minsa.
- MINSA. (2012). *Manuel tecnico operativo de la niñez (PROCOSAN)*. Managua: MINSA.
- MINSA. (2018). *Atencion Integral de las enfermedades prevalentes en la infancia*. Managua: MINSA. Recuperado el 29 de 12 de 2019, de [file:///C:/Users/gabri/Downloads/Normativa+146+--+SOP%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/gabri/Downloads/Normativa+146+--+SOP%20(2).pdf)
- MINSA. (2018). *NORMATIVA 146. AEIPI Atencion Primaria*. Managua: MINSA.
- Mostacero, E., & Pineda, B. (2013). *Diagnostico nutricional de los alumnos entre 12 a 15 años de institucion educativa publica Reyna de Santa Maria*. Huacho-Peru: EAPESE.
- Munuera y Rodríguez, J. L. (2007). Concepto de estrategias. En J. L. Munuera y Rodríguez, *Estrategias de marketing* (págs. 33-34). Madrid: ESIC.
- Nicolás Majluf, A. H. (2004). *Estrategias para el liderazgo competitivo*. (G. S.A, Ed.) Argentina: Granica S.A. Recuperado el 10 de 12 de 2019, de Estrategias para el liderazgo competitivo: https://books.google.com.ni/books?id=Y34l6turglkC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Nieto y Peña. (2016). *Evaluación nutricional y prácticas alimentarias en niños de 0 a 35 meses de edad y sus madres el Jicarito, san Antonio de oriente, francisco Morazón, Honduras 2016*. Honduras: EQV.
- Núñez, S. (2013). *Habitos alimentarios en niños de 10 años de edad concurrentes a una escuela de gestion publica, respecto, a un colegio de gestion privada de la ciudad de Rosario*. Argentina: Universidad Abierta Iberoamericana.

- OMS. (2011). *Administración de suplementos de Vitamina A a lactantes y niños de 6 a 59 meses*. Obtenido de Administración de suplementos de Vitamina A a lactantes y niños de 6 a 59 meses.:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44721/9789243501765_spa.pdf;jsessionid=BCC971A07B5076F503A149B2EE2C6E51?sequence=1
- OMS. (31 de Agosto de 2018). Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
- OMS. (16 de febrero de 2018). *Alimentación del lactante y del niño pequeño*. Obtenido de Alimentación del lactante y del niño pequeño:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44721/9789243501765_spa.pdf;jsessionid=BCC971A0B5076F503A149B2EE2C6E51?sequence=1
- Organización Panamericana de la Salud. (2016). *Hacia una Vida Saludable. Dirección general de salud*, 6.
- Pérez, M. (2019). *Higiene*. Higiene , 6.
- Pillocorema, B. (2013). *Tipos de familia estructural y la relacion con sus limite*. Cuenca: Universidad de Cuenca. Obtenido de <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/4302/1/Tesis.pdf>
- Rojas González, D. B. (2017). *Comportamiento de las infecciones respiratorias agudas en niños menores de cinco años atendidos en el centro de salud Emiliano Pérez Obando, Paiwas en Región Autónoma del Atlántico sur, durante el año 2006*. León: UNAN- León.
- Ronda Pupo, G. A. (2002). *Un concepto de estrategia*. Obtenido de Un concepto de estrategia: <https://www.google.com/amp/s/www.gestiopolis.com/un-concepto-de-estrategia/amp/>.
- Ruiz Hurtado, S. (2018). *Estado nutricional, hábitos alimentarios y prácticas de actividad física de niños de 6 a 11 años que pertenecen a la asociación de padres de niños y jóvenes diabéticos de nicaragua (apnjd) septiembre 2016-marzo 2018*. Managua: UNAN - Managua.
- Ruiz Obando, A. d. (2010). *Seguridad alimentaria y nutricional de las familias rurales de las comarcas: Los 24, las cortezas y la montaña número 2 del departamento de Masaya-municipio Tisma, Noviembre 2009-Junio 2010*. Managua: UNAN-Managua.
- Salinas, J. (2014). *Analisis de la cobertura y calidad de la provision de servicios basicos a la parroquia de Sayausi en la gestion de su gobierno autonomo descentralizado periodo 2010-2012*. Universidad Politecnica Salesiana. Obtenido de <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/6310/1/UPS-CT002885.pdf>

- Sebba Marino, M. C. (2015). Prácticas alimentarias y razones para cambios en la alimentación de la población adulta de Brasilia. *Revista Cubana de salud pública*, Habana-Cuba.
- Serafin, P. (2012). Habitos Saludables para crecer sanos y Aprender con Salud. *Alimentacion Escolar*, 21-23.
- Soriano del Castillo, J. M. (2011). *Nutricion básica humana*. Valéncia, España: PUV. Recuperado el 13 de 12 de 2019, de <https://books.google.com.ni/books?id=-C43kg7wWBYC&printsec=frontcover&dq=NUTRICION&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjSmtWe3LXmAhWi2FkKHdSABZkQ6AEIJzAA#v=onepage&q=NUTRICION&f=false>
- Stekel y Schlesinger, A. y. (2013). Alteraciones inmunológicas de la desnutrición. *Revista chilena de pediatría*, 455.
- Tobón, C. O. (2004). Comunidad. En C. O. Tobón, *Fundamentos teóricos y metodológicos para el trabajo comunitario en salud* (pág. 74). Manizales, Colombia: Universidad de Caldas.
- Torrez, C., & Calero, M. (2017). Agua residual se va a los rios en Nicaragua. *LA RENSA*, 21.
- UNICEF. (2011). *La desnutricion infantil, cauas, consecuencias y estrategias para su prevencion y tratamiento*. España: UNICEF.
- UNICEF. (2017). Los hábitos de higiene. *UNICEF*, 5.
- Vargas Cordero, Z. R. (2011). LA INVESTIGACIÓN APLICADA: UNA FORMA DE CONOCER LAS REALIDADES CON EVIDENCIA CIENTÍFICA. *REVISTA EDUCACIÓN*, 155-165.
- Ximena, B., Darwin, E., & Viviana, F. (2010). *Prevalencia de la mala nutricion y su relacion con el rendimiento academico en niños de la escuela Julio Matovelle*. Cuenca, Ecuador. Recuperado el 29 de 12 de 2019, de <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3516/1/MED22.pdf>
- Yllescas Hernández, L. T. (2017). *Sistematización del desarrollo e implementación del programa comunitario de salu y nutrición, en el miniterio de salud de Nicaragua*. Managua: CIES-UNAN.
- Zambrana, E. (2018). Investigacion Documental. *Pub Med*, 5-6.
- Zúniga, V. S. (2015). *‘Estado nutricional, hábitos alimentarios y merienda escolar de estudiantes que cursan el quinto y sexto grado del colegio público del poder ciudadano experimental México, período de noviembre 2014 a febrero 2015’*. Managua, Nicaragua: Repositorio-UNAN.

ANEXOS



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA

UNAN-MANAGUA

ANEXO 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
UNAN – MANAGUA - FAREM – Estelí

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACION

TEMA: Estrategias comunitarias de prevención de la desnutrición en niños de 0-5 años en el puesto de Salud el Carmen, sector 9, municipio de San Juan del Rio Coco

El presente estudio es con el fin de desarrollar nuestra investigación de seminario de graduación para optar al título universitario de Licenciatura en Medicina y Cirugía, así como el desarrollo profesional de los estudiantes investigadores. El propósito del mismo es establecer Estrategias comunitarias de prevención de la desnutrición en niños de 0-5 años en el puesto de Salud el Carmen, sector 9, municipio de San Juan del Rio Coco.

Los individuos que decidan participar de dicho estudio serán encuestados con el fin de conocer información referente a características socio demográficas, la evaluación del estado nutricional actual, los hábitos alimentarios .esto permitirá obtener una visión global de la situación actual de los niños y a su vez lograra aporte al cumplimiento de los objetivos específicos del estudio

Dentro de los posibles riesgos que se pueden presentar durante la realización del estudio están: perdida de la información brindada, incomodidad al llenar la encuesta con alguna pregunta, impaciencia.

Como beneficio de su participación en dicho estudio se encuentra la entrega de un informe detallado sobre los principales hallazgos encontrados durante la realización del mismo, cabe mencionar que el puesto de salud de El Carmen, no cuenta con estudio anteriores que implique características sociodemográficas evaluación nutricional , hábitos alimentarios y de higiene, por lo que se permitirá conocer nuevas estadísticas y que a su vez la comunidad y personal médico, realicen las pertinentes acciones para lograr mejores resultados en su atención y manejo en el enfoque de nutrición a su vez los niños(a) se han beneficiados al recibir una atención aún más integral.

Antes de dar autorización para este estudio debe comunicarse con los investigadores de este estudio para aclarar cualquier tipo de duda o inquietud pertinente; a su vez estos deberán aclararles satisfactoriamente sus interrogantes para evitar posibles confusiones.

La información que se obtenga será confidencial y no se usara para ningún otro propósito fuera de la investigación. Su respuesta al cuestionario será codificada usando un número de identificación y serán anónimas. Una vez transcrita la encuesta. Se destruirá.

Dado en el municipio de San Juan de Rio Coco, a los 18 días del mes de enero del año 2020.

1. Br. Linda Celeste Alvares Martínez
2. Br. Samuel Antonio Centeno Córdoba
3. Br. Gabriela Areli Gil Valenzuela

ANEXO 2

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
NICARAGUA
UNAN-MANAGUA, FAREM ESTELÍ



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN-MANAGUA

ENCUESTA DIRIGIDA A FAMILIAS

El llenado de la siguiente encuesta, es con el objetivo de recoger datos valiosos para realizar la investigación de “Estrategias comunitarias de prevención de la desnutrición en niños de 0 a 5 años atendidos en el puesto de Salud del Carmen, sector 9, municipio de San Juan del Rio Coco, período junio a diciembre de 2019”. Los resultados se utilizarán sólo con fines académicos, es de carácter anónimo y confidencial.

I. DATOS GENERALES (marque con una X)

1. **Número de Integrantes de la familia:** 0-2 ____ 3-4 ____ 5-6 ____ mayor de 6 ____
2. **Número de hijos:** 0-2 ____ 3-4 ____ 5-6 ____ mayor de 6 años ____
3. **Número de niños menores o igual a 5 años:** 1 ____ 2 ____ 3 ____ más de 3 ____
4. **Promedio de ingresos económicos mensuales:** Menor de 500c\$ ____ 500-1000c\$ ____ 1000-2000c\$ ____ mayor a 2000c\$ ____
5. **Personas que trabajan (puede seleccionar más de 1 opción):** Mamá y papá ____
Papá ____ Mamá ____ abuelo/a ____

II. SITUACIÓN DE LA VIVIENDA Y SERVICIOS BÁSICOS (marque con X)

6. **La propiedad de la vivienda es:** Propia ____ alquilada ____ vive con parientes ____
7. **Estructura de vivienda:** Adobe ____ concreto ____ ladrillos ____ tablas ____ zinc ____ minifalda ____
8. **Número de cuartos en su vivienda:** 1 ____ 2 ____ 3 ____ más de 3 ____

- 9. Disposición de la basura en su vivienda:** Tren de aseo___ quema___
entierra___ quebrada___ recicla___
- 10. Disposición de excretas (puede seleccionar una o varias):** Inodoro___
letrinas___ fecalismo al aire libre___
- 11. Disposición de aguas residuales (puede seleccionar una o varias):** Alcantarillado
público___ sumideros___ la riega en patio y calle___
- 12. Fuente de acceso de agua (puede seleccionar una o varias):** Potable___
pozo___ quebrada, ríos___ pipa distribuidora de agua___
- 13. Acceso al agua potable (puede seleccionar una o varias):** Todos los días___ 1
vez al día___ 2 veces por semana___ 1 vez a la semana___
- 14. Servicio de energía eléctrica:** Eléctrica___ panel solar___ no cuenta con el
servicio___
- 15. Animales domésticos:** Perros___ gatos___ vacas___ cerdos___ Gallinas___

III. ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL CENTRO DE SALUD (marque con X)

- 16. Usted acude al Centro de Salud para llevar control de sus hijos/as?:** Si ___
No___ Solo cuando se enferman: _____
- 17. ¿Quién es la persona que se encarga de llevar al niño/a al centro de salud
cuando se enferma?**
Mamá y papá___ papá___ mamá___ abuelo/a___ Hermano/a___
otros (escriba)___
- 18. ¿Cuántas veces se enferma el niño al año?:** 1 vez ___ 2 veces año___ 3 veces
al año___ más de 3 veces___
- 19. ¿Qué enfermedad le da más al niño?**
Resfriado común___ diarrea___ anemia___ problemas de oído___ dolor de
cabeza___ dolor de estómago___ Otros (escribir): _____
- 20. ¿En cada control pesan al niño?:** Siempre ___ A veces___ Nunca___
- 21. ¿En cada control tallan al niño?:** Siempre ___ A veces___ Nunca___
- 22. Estado de vacunas del niño:** Todas las vacunas___ alta ponerle algunas
vacunas___

23. En el centro de salud le suministran al niño/a después de los 6 meses de edad:

Hierro: Si___ No___

Vitamina A: Si___ No___

Desparasitante: Si___ No___

24. ¿En el centro de salud, cuando va al control le facilitan charlas de:

Prevención de desnutrición: Si___ No___

Consejería de alimentación: Si___ No___

Consejería sobre hábitos de higiene: Si___ No___

25. ¿Cómo valora la atención del centro de salud, en cuanto al control del niño?:

Muy buena___ Buena___ mala___

26. ¿En el último control del niño en que rango de nutrición se encontraba?: Talla

baja___ bajo peso___ Normal___ desnutrido___

IV. PRÁCTICAS ALIMENTARIAS Y NUTRICIONALES (marque con una X)

27. A su hijo o hija menor de 2 años, ¿Le incluye la lactancia materna?: Sí___
No___

28. ¿Cuántos tiempos de comidas incluye al día en el niño menor de 5 años?: 1 vez
al día___ 2 veces al día___ 3 veces al día___ más de 3 veces___

29. Horario de alimentación del niño/a menor de 5 años (marcar más de 1 opción)

Desayuno a 7 am ___ almuerzo a 12 md___ cena 5-6-pm___

No poseo horario___

30. Meriendas entre comidas del niño/a menor de 5 años: 2 meriendas___ 1
merienda___ no realiza meriendas___

31. ¿Cuántas veces a la semana el niño/a consume alimentos de origen animal como leche, quesos, cuajada, huevos, carne de res, pollo, pescado, cerdos, vísceras, garrobos, venados?

1 vez___ 2 veces por semana___ más de 3 veces___ nunca___

32. ¿Cuántos días a la semana el niño/a consume alimentos básicos: arroz, frijoles y tortilla?

Diario___ 4 veces___ 3 o menos___ nunca___

33. ¿Cuántos días a la semana el niño/a consume otros alimentos como frutas y verduras (papaya, mango, naranja, mamey, y verdura como: ayote, zanahoria, tomate, chiltoma, ¿repollo, pepino, etc.)?

Diario____ 4 veces____ 3 o menos____ nunca____

34. ¿Tiene huertos en su casa?: Sí____ No____

35. En el caso que tenga huertos en su patio ¿Qué tipo de productos cultiva?:

Verduras____ Frutas____ Ambos____

36. ¿Cómo valora las Prácticas alimentarias en las familias de su comunidad?

Buena____ Mala____ Regular____

V. HÁBITOS DE HIGIENE

37. ¿Cuándo usted orienta a su niño el lavado de manos y uñas? (marcar más de 1 opción) Después de ir al servicio____ antes de comer____ después de comer____

38. Usted como madre ¿Realiza el lavado adecuado de los alimentos para su preparación?: Siempre____ a veces____ nunca los lavo____

39. Frecuencia de baño del niño/a menor de 5 años: Diario____

más de 2 veces al día____ 1 vez a la semana____ nunca____

40. Cepillado de dientes al niño: Después de cada comida____ 2 veces al día____

1 vez al día____ nunca____

41. Limpieza de genitales al niño/a

Siempre en cada baño____, a veces____ nunca____

No me fijo bien en la limpieza genital puesto que el niño se baña solo____

42. ¿Cada cuánto hace cambios de ropa al niño?

Diario____ Más de 2 veces al día____ 3 veces por semana____

usa la misma ropa toda la semana____

43. ¿Cuándo el niño se enferma, usted como madre le realiza higiene y aseo diario?

Si diario____ No lo baño, solo le cambio ropa____ no se baña y no se cambia ropa____

44. Hábitos de higiene:

Buena____ Regular____ Mala____

VI. ATENCIÓN COMUNITARIA

45. ¿Qué actividades implementa el Brigadista para garantizar la salud preventiva en la comunidad? (Marcar más de una opción)

Charlas: _____ Jornadas de limpieza: _____ Abatización: _____

Vacunación: _____ Programa de peso y talla: _____

Otras (escribir): _____

46. ¿Recibe visitas del brigadista para incentivar la participación en programas de peso y talla?

Una vez por semana _____ una vez por mes _____ dos veces por semana _____

Una vez cada 15 días _____ nunca _____

47. ¿Cuáles son las actividades que el brigadista coordina desde las escuelas? (Marcar más de 1 opción)

Charlas de manejo de la basura: _____ Educación sanitaria: _____

Abatización: _____ Educación sexual reproductiva: _____

Otras (escribir): _____

48. ¿Cuáles son las prácticas motivacionales que implementa el brigadista de salud en su comunidad al coordinar el programa PROCOSAN? (Marcar más de 1 opción)

Dar a madres y padres información sobre salud nutricional del niño/a _____

Consultas a las familias sobre su estado de salud _____

Acoplarse a la satisfacción de las familias _____

Realizar oferta de peso y talla _____

Visitas a las familias en sus viviendas _____

49. ¿Cómo valora la participación del brigadista en apoyo al puesto de salud, en cuanto al control del niño?

Buena: _____ Regular: _____ Mala: _____

50. En el caso de que se impulsara una estrategia comunitaria para la prevención de la desnutrición en niños/as menores de 5 años, ¿Estaría dispuesto/a a participar?

Sí_____ No_____

51. ¿En qué actividades estaría dispuesto/a a participar? (Marcar más de una opción)

Charlas educativas_____

Ferias de salud_____

Reuniones organizativas_____

Talleres (mañana o tarde) _____

Visitas casa a casa_____

Grupos de interés con otras madres/padres_____

ANEXO 3

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA. UNAN – MANAGUA UNAN-MANAGUA— FAREM – Estelí



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN-MANAGUA

ENTREVISTA DIRIGIDA A LAS FAMILIAS

I. DATOS GENERALES

Nombre y apellidos:

Fecha de la entrevista:

II. ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL CENTRO DE SALUD

- 1- ¿Qué tipo de acciones promueve el ministerio de salud para la atención de niños y niñas con desnutrición?
- 2- ¿En cuál de las acciones que promueve el MINSA para mejorar el estado nutricional se ha integrado usted y su familia?
- 3- ¿Considera que la consejería brindada en cada control, es de ayuda en su familia?
- 4- ¿Cuál es la importancia de llevar a su niño a los controles de crecimiento y desarrollo y sesiones de pesaje?
- 5- ¿Qué otras acciones podría promover el MINSA para mejorar la atención y tratamiento de los niños con desnutrición?

III. PRÁCTICAS ALIMENTARIAS Y NUTRICIONALES

- 1- ¿Ha recibido orientaciones de parte del centro de salud sobre las raciones, los horarios y tipos de alimentos que debe de dar a sus hijos?
- 2- ¿De qué manera son manejados los casos de desnutrición desde sus hogares desde el punto de vista alimenticio?
- 3- ¿Cuáles son las causas que podrían limitar una buena alimentación y nutrición en los niños?

- 4- ¿Qué alimentos son indispensables en su dieta diaria?
- 5- ¿Qué otros alimentos incluye en la dieta y cada cuánto tiempo?
- 6- ¿De qué manera se podría lograr mejorar las practicas alimentarias y nutricionales en las familias?

IV. SALUD E HIGIENE

1. ¿Cuáles son las acciones que realizan en sus hogares para garantizar la salud e higiene en su familia y con qué frecuencia?
2. ¿Qué limitaciones tiene para lograr una buena salud e higiene en su hogar?
3. ¿Cómo cree que se podría mejorar el estado de salud e higiene en los hogares?

V. ATENCION COMUNITARIA

- 1- ¿Por qué es importante el trabajo de la brigadista?
- 2- ¿Qué podría hacer la comunidad para disminuir la desnutrición de niños y niñas?
- 3- ¿Cómo podría organizarse la comunidad para responder al problema de desnutrición en los niños y niñas de la comunidad?
- 4- ¿Qué limitante podrían tener para lograr disminuir la desnutrición desde la comunidad?

ANEXO 4

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
NICARAGUA. UNAN – MANAGUA
UNAN-MANAGUA, FAREM – Estelí**



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN-MANAGUA

ENTREVISTA DIRIGIDA A LA RED COMUNITARIA

I. DATOS GENERALES

Nombre y apellidos:

Fecha de la entrevista:

II. ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL CENTRO DE SALUD

- 1- ¿Acuden las madres con los niños de forma puntual al pesaje?
- 2- ¿Personal de salud le ha capacitado sobre la prevención de la desnutrición?
- 3- ¿Qué materiales le han brindado para el pesaje?
- 4- ¿Qué tipo de documentos le han brindado para que usted brinde charlas?
- 5- ¿Las enfermeras le explican sobre las gráficas del VPCD?
- 6- ¿Qué estrategias conoce para atención de los niños y niñas desnutridas?

III. PRÁCTICAS ALIMENTARIAS Y NUTRICIONALES

- 1- ¿Cuáles son sus buenas prácticas alimenticias y de higiene en el hogar?
- 2- ¿Usted les explica que alimentos incorporar en las comidas?
- 3- ¿De qué manera el factor económico repercute en la nutrición de los niños?
- 4- ¿Considera que las madres están incorporando todos los nutrientes en las comidas?

IV- SALUD E HIGIENE

- 1- ¿Considera que los niños presentan buena higiene personal?
- 2- ¿Considera que las madres desempeñan un buen papel en el aseo y cuidados de los niños?
- 3- ¿En la comunidad la falta de agua, es una limitante para el aseo de los niños?
- 4- ¿Al realizar las visitas casa a casa observa buenas prácticas de higiene?

V- ATENCION COMUNITARIA

- 1- ¿Qué estrategias implementa para el peso y talla de los niños?
- 2- ¿Quién le ha capacitado para que usted sea apoyo a la comunidad, y de qué forma?
- 3- ¿Valora como una estrategia de prevención de la desnutrición el peso y talla mensual de los niños?
- 4- ¿Qué acciones propondría para disminuir la desnutrición en niñas y niños?

ANEXO 5

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
NICARAGUA. UNAN – MANAGUA
UNAN-MANAGUA – FAREM – Estelí**



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN-MANAGUA

ENTREVISTA DIRIGIDA A DIRECTORA MINED

I. DATOS GENERALES

Nombre y apellidos:

Fecha de la entrevista:

II. ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL CENTRO DE SALUD

1. ¿Cuál es el procedimiento que aplica el MINED para identificar casos de desnutrición en las escuelas?
2. ¿Qué acciones implementa el MINED cuando identifican casos de niños en estado de desnutrición?
3. ¿Qué tipo de coordinaciones establece el MINED con el MINSA para la atención de niños y niñas con desnutrición?
4. ¿Cuáles han sido las coordinaciones más efectivas?
5. ¿Qué otras coordinaciones se han propuesto?
6. ¿De qué manera el MINED da seguimiento a niños y niñas con desnutrición?

III. PRÁCTICAS ALIMENTARIAS Y NUTRICIONALES

1. ¿Qué estrategias utiliza el ministerio de educación para contribuir a mejorar las prácticas alimenticias y nutricionales de los niños y niñas en las escuelas?
2. ¿Cuáles de esas estrategias alimentarias han sido las más efectivas? ¿Porqué?

3. ¿Qué otras estrategias se podrían implementar en las escuelas para mejorar las practicas alimentarias y nutricionales?

IV. SALUD E HIGIENE

1. ¿Cómo el ministerio de educación fomenta la higiene personal y promueve la salud desde las escuelas?
2. ¿Cómo el ministerio de educación previene la transmisión de enfermedades infecto contagiosas?
3. ¿Cómo el ministerio de educación incide en las familias para mejorar la salud e higiene de los niños?

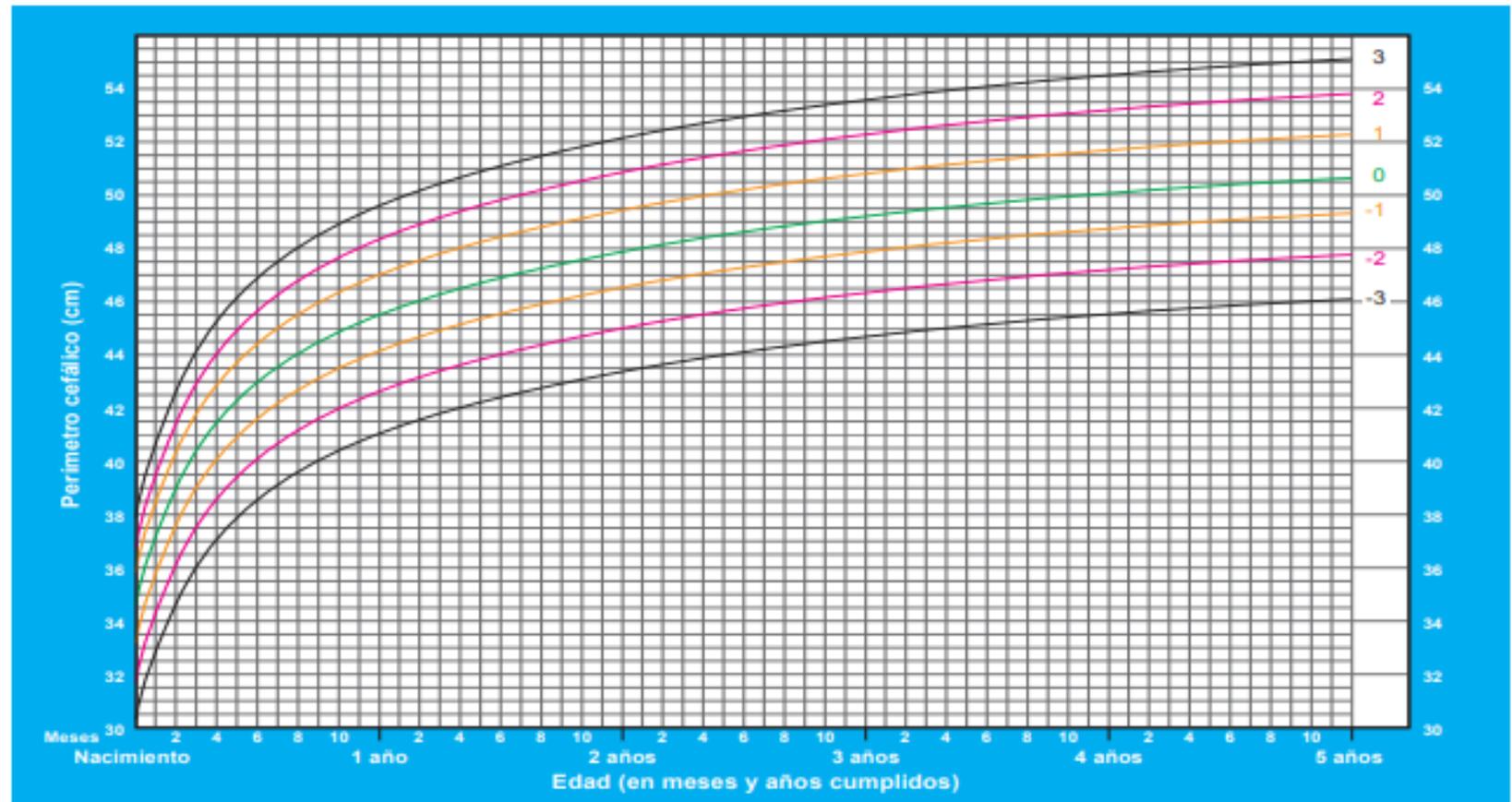
V. ATENCION COMUNITARIA

1. ¿De qué manera el ministerio de educación se vincula con la Red comunitaria para la atención de la niñez en desnutrición?
2. Que tipos de acciones ejecutan conjuntamente para dar la atención
3. De esas acciones cuales han sido las más efectivas
4. ¿Qué otras acciones se podrían promover en conjunto para disminuir la desnutrición?

Perímetro cefálico para la edad Niños



Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

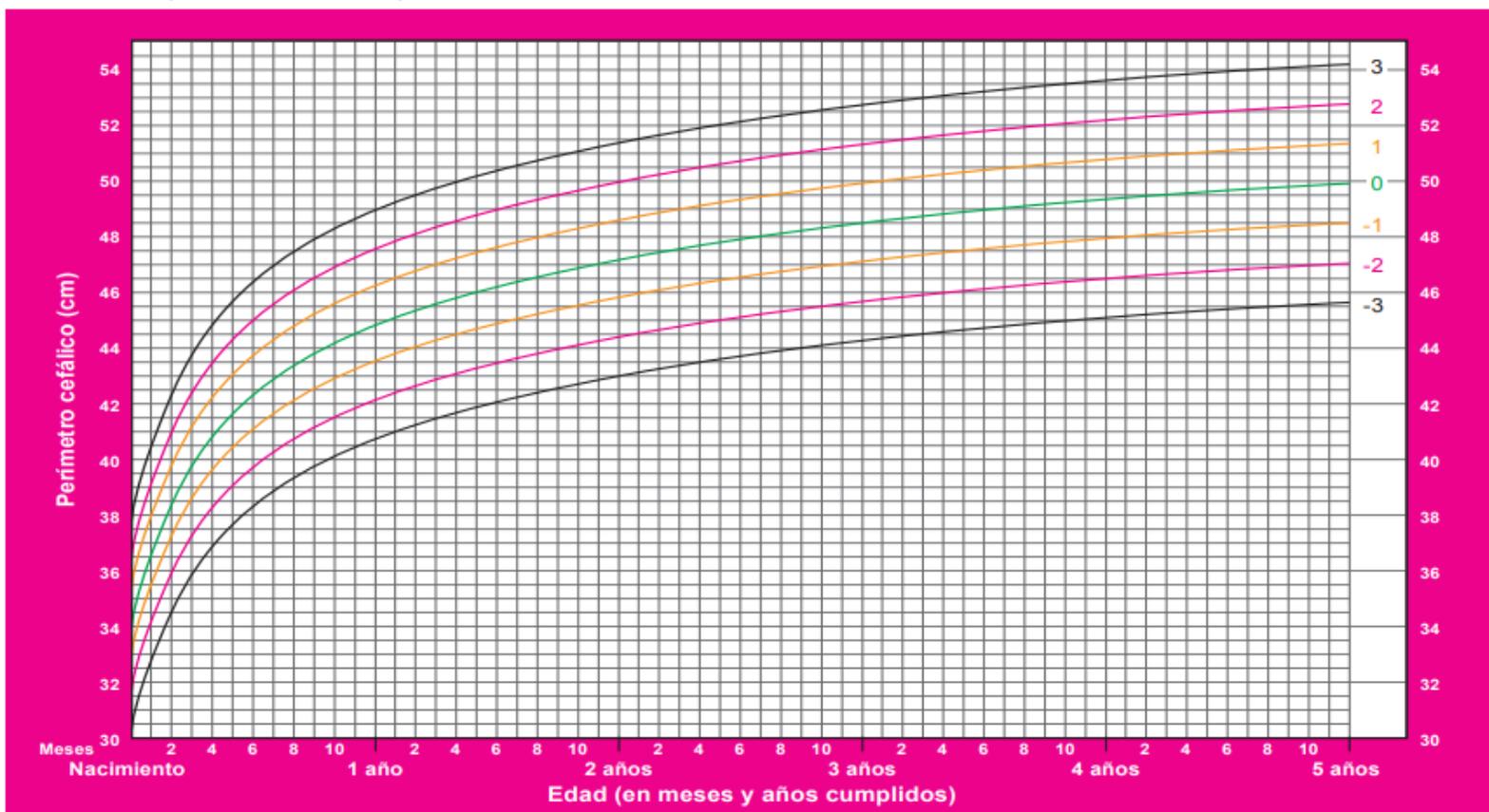
Fuente: (MINSA, 2018, pág. 62)

PATRONES DE CRECIMIENTO PARA NIÑAS Y NIÑOS

Perímetro cefálico para la edad Niñas



Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)

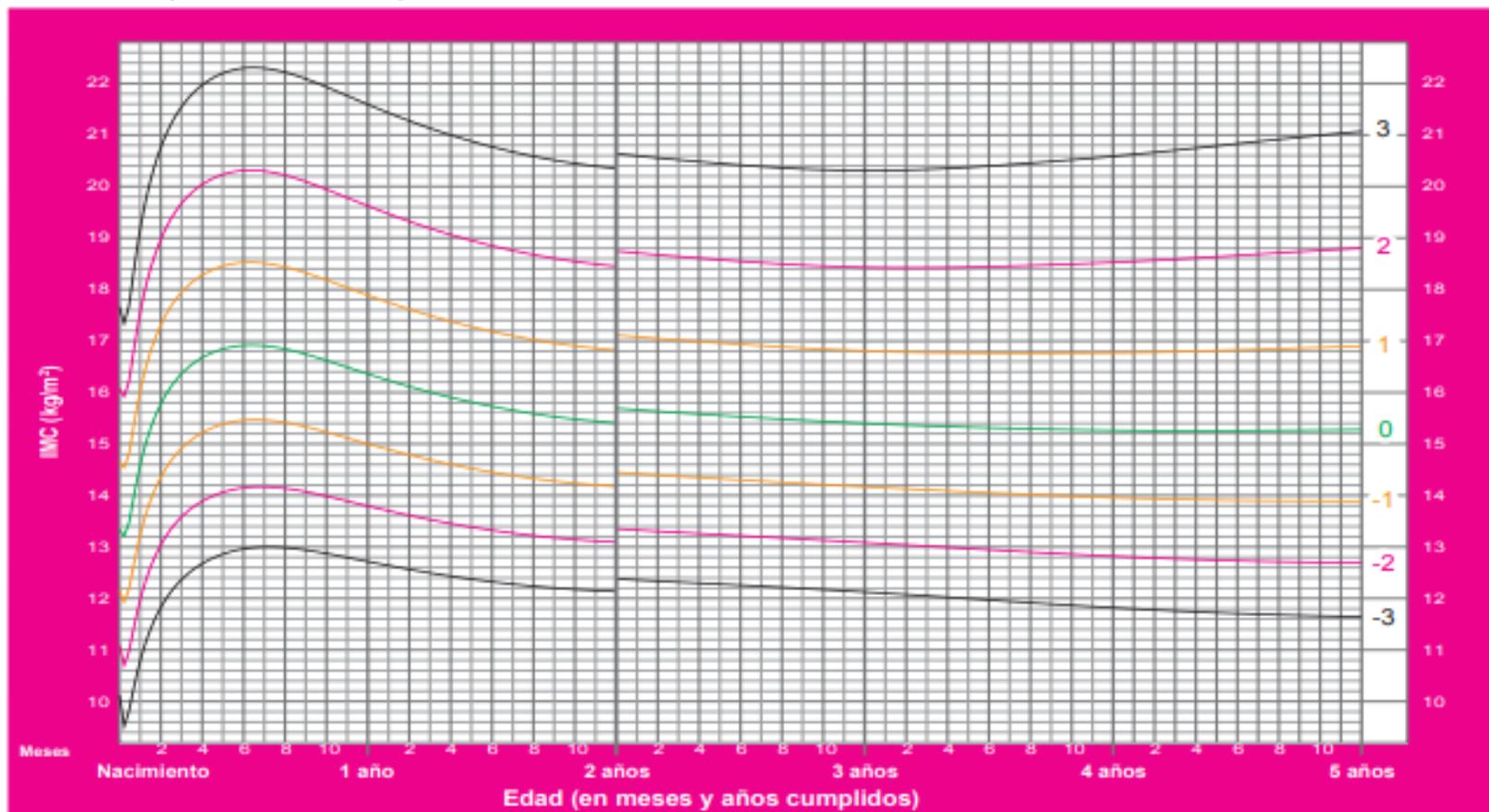


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Fuente: (MINSA, 2018, pág. 63)

IMC para la edad Niñas

Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



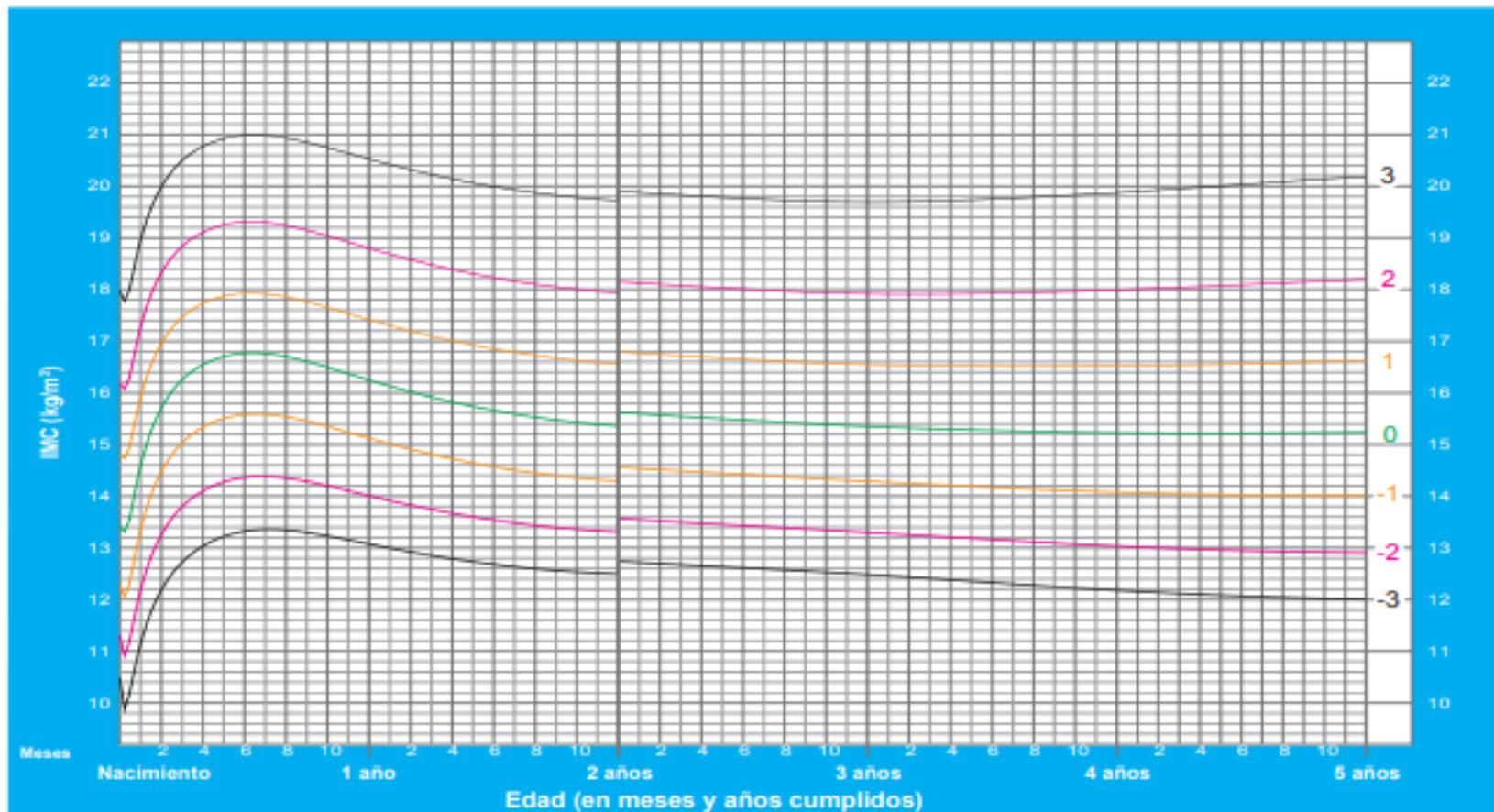
Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Fuente: (MINSA, 2018, pág. 64)

IMC para la edad Niños



Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



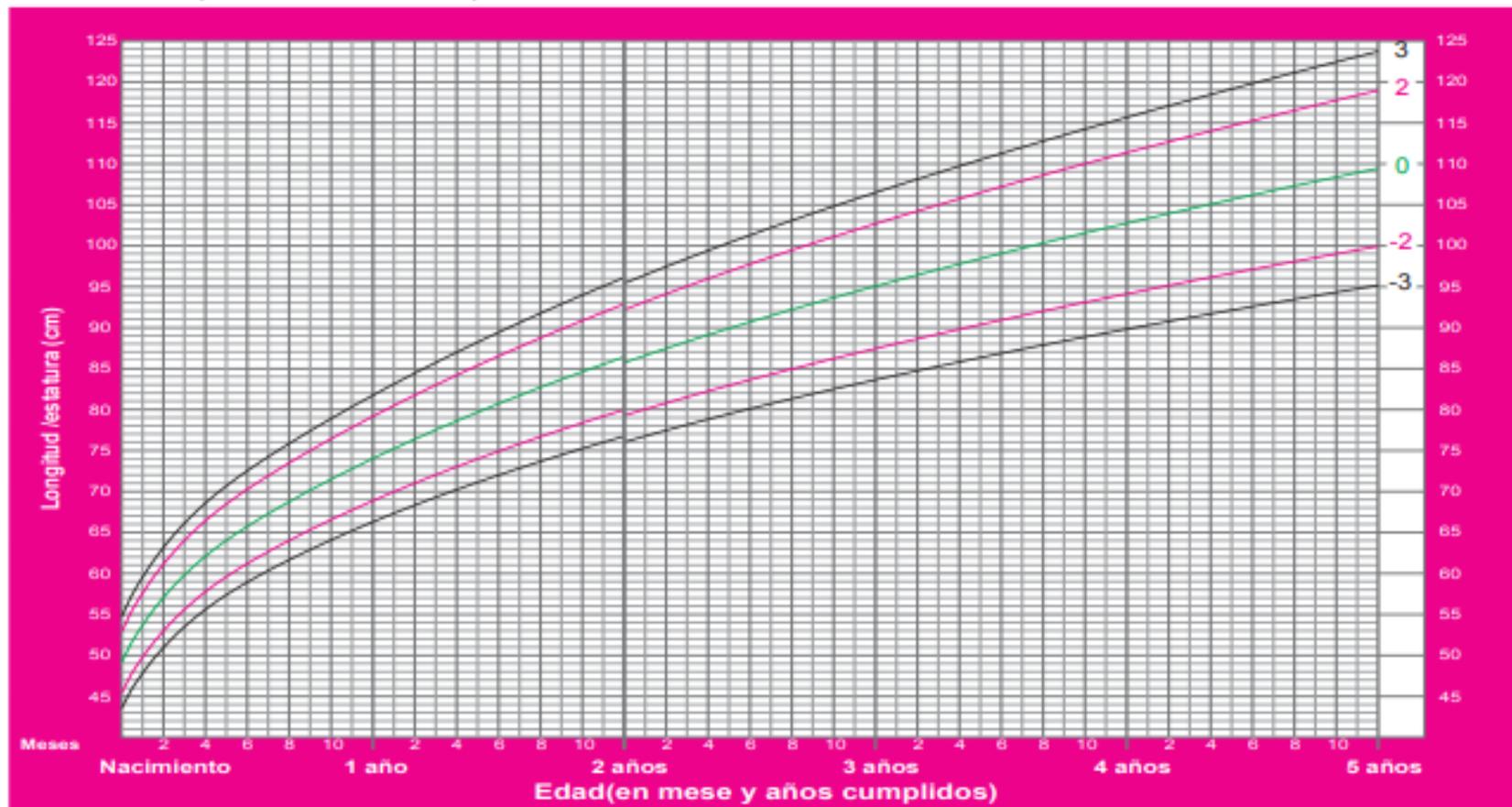
Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Fuente: (MINSA, 2018, pág. 65)

Longitud/estatura para la edad Niñas



Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



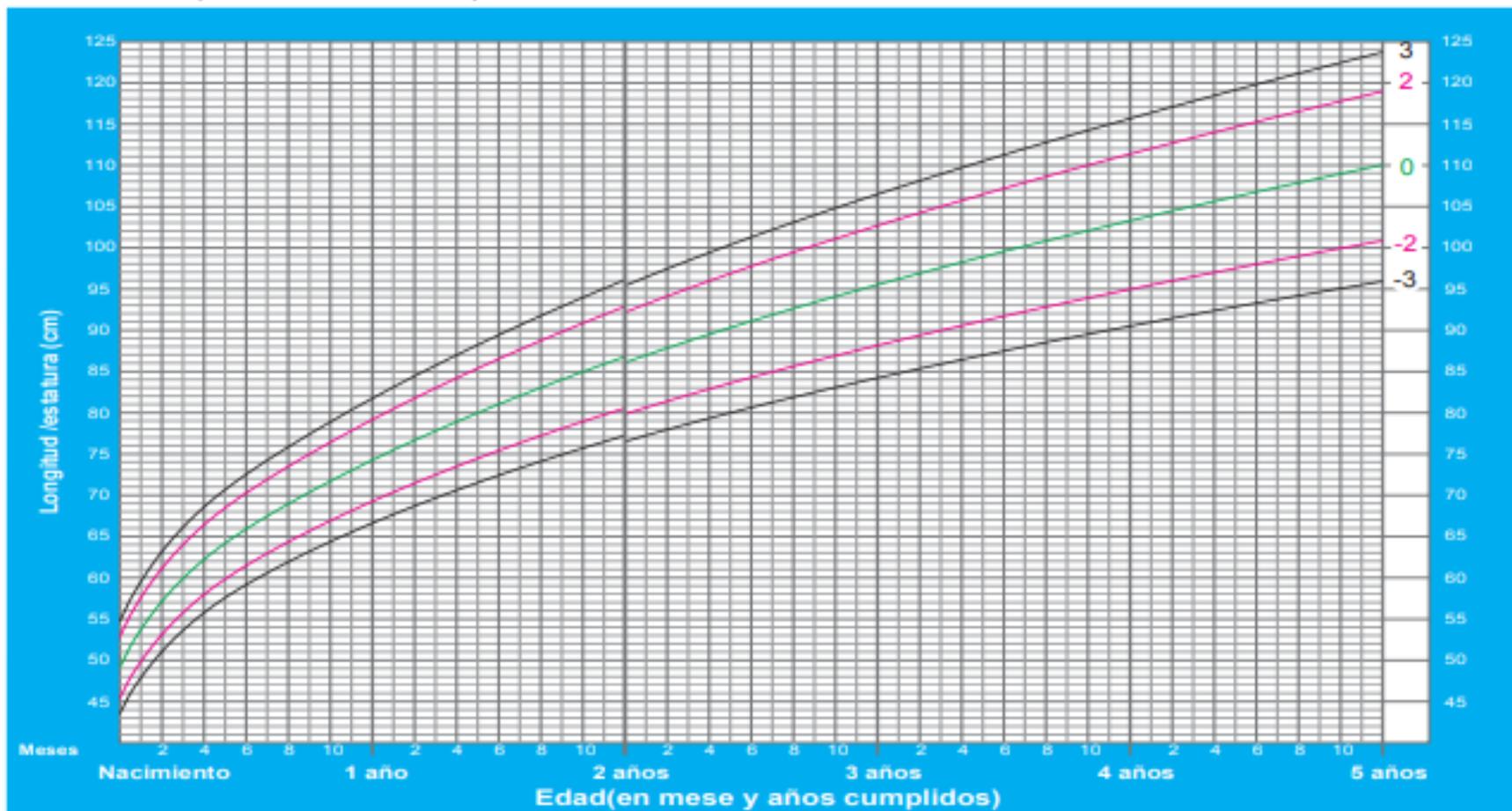
Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Fuente: (MINSA, 2018, pág. 66)

Longitud/estatura para la edad Niños



Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



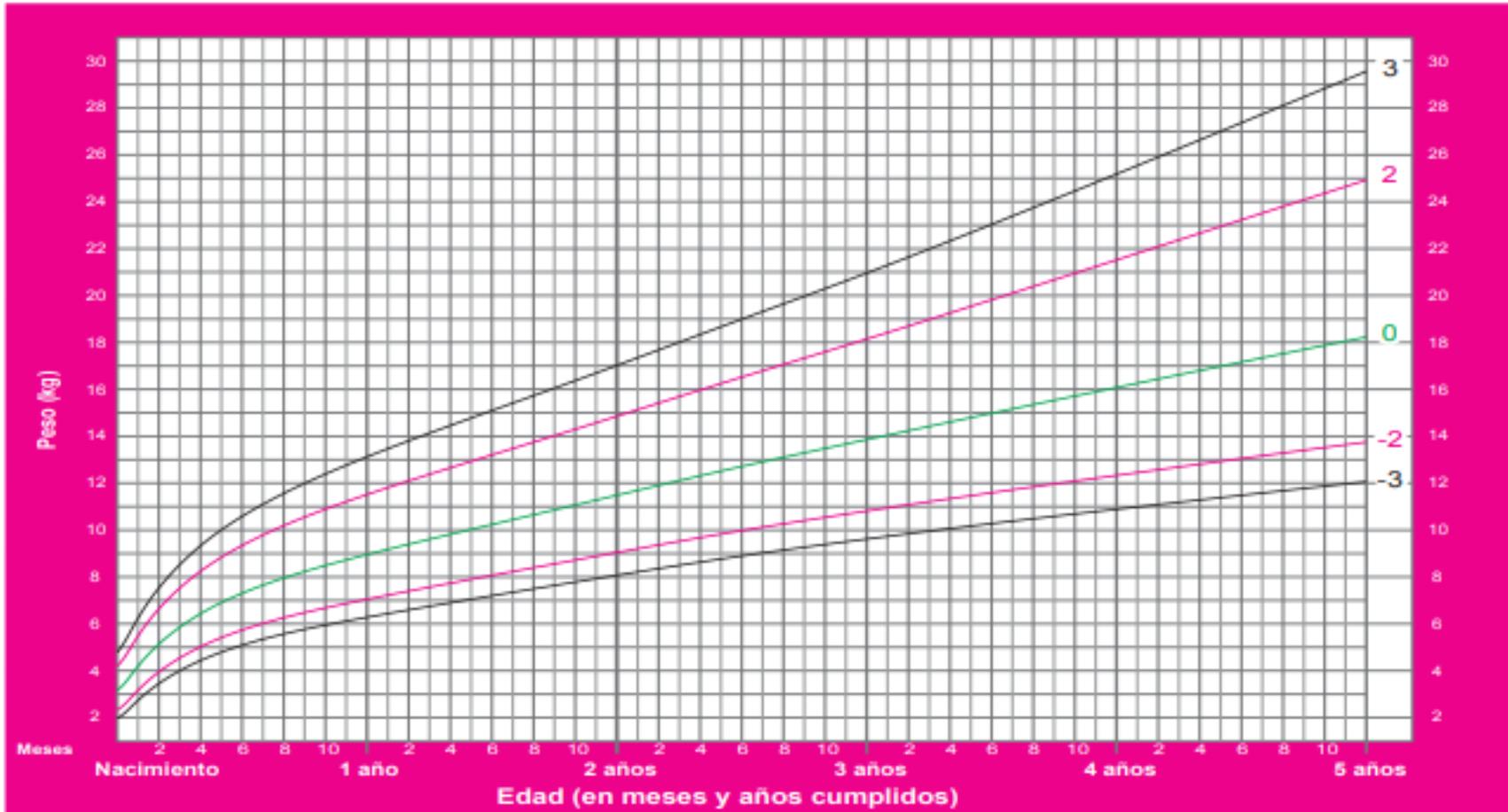
Patrones de crecimiento infantil de la OMS

(MINSa, 2018, pág. 67)

Peso para la edad Niñas



Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



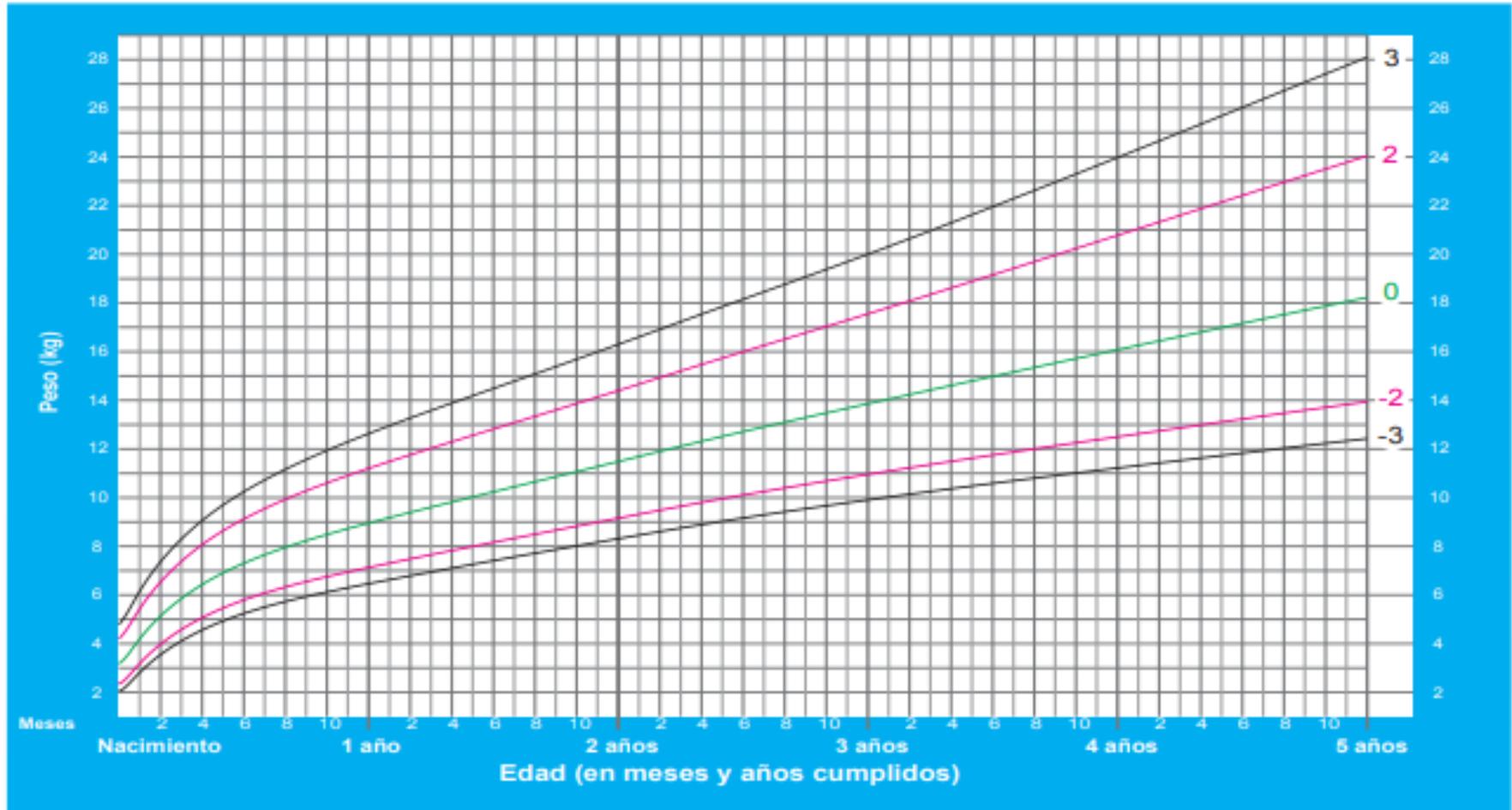
Patrones de crecimiento infantil de la OMS

(MINSa, 2018, pág. 69)

Peso para la edad Niños



Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



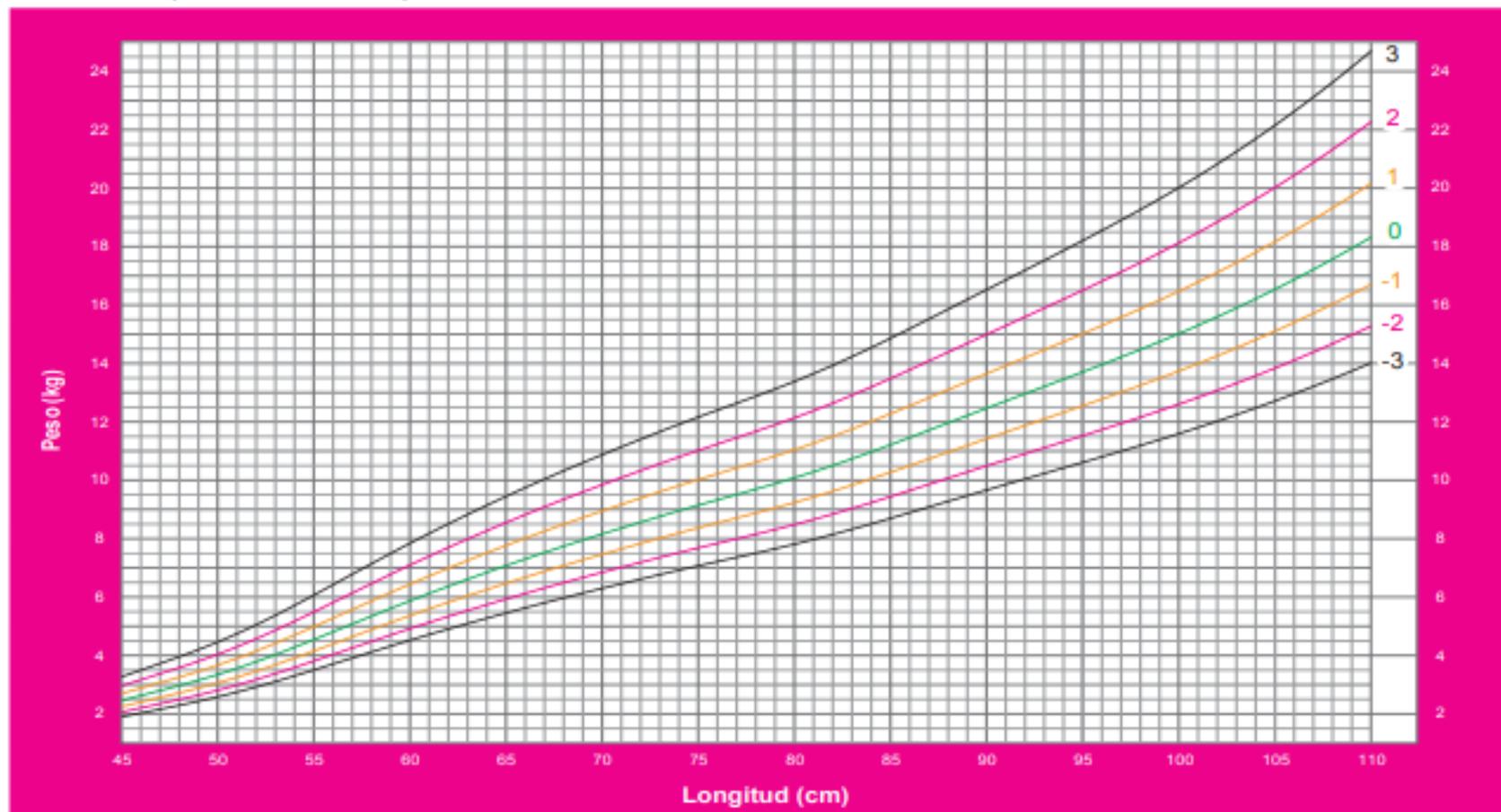
Patrones de crecimiento infantil de la OMS

(MINSa, 2018, pág. 70)

Peso para la longitud Niñas



Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



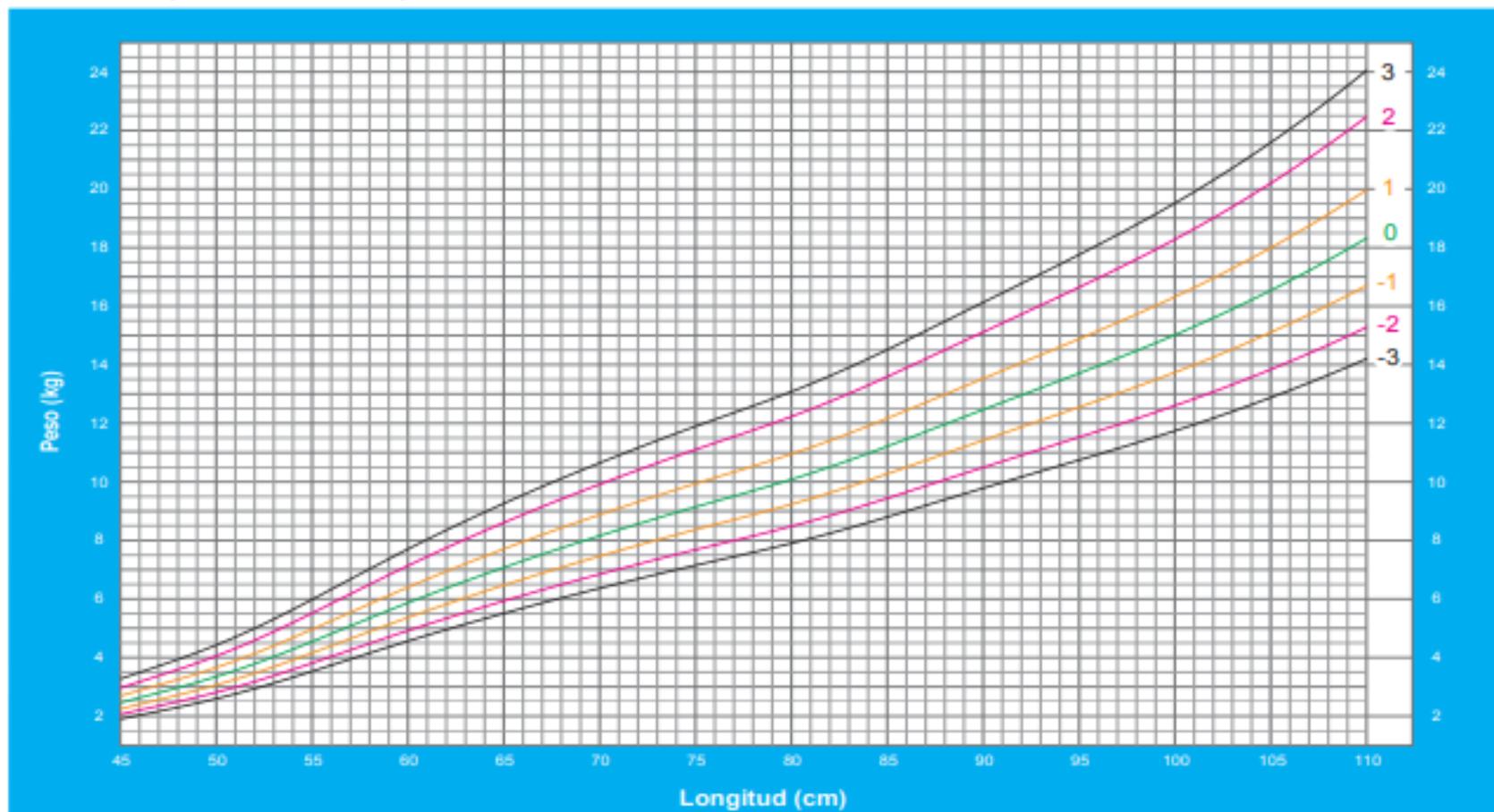
Patrones de crecimiento infantil de la OMS

(MINSa, 2018, pág. 71)

Peso para la longitud Niños



Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



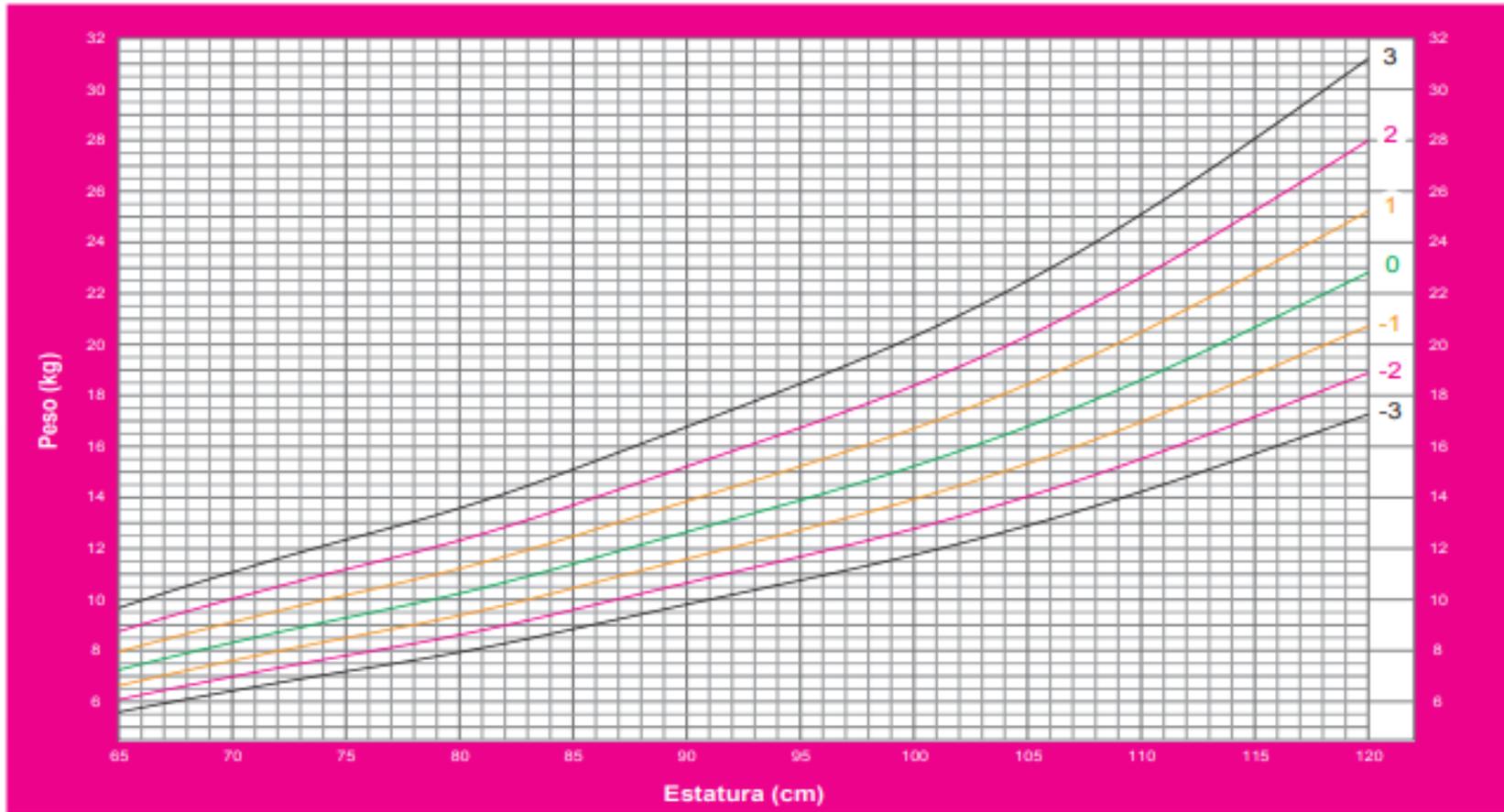
Patrones de crecimiento infantil de la OMS

(MINSA, 2018, pág. 72)

Peso para la estatura Niñas



Puntuación Z (2 a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

(MINSa, 2018, pág. 73)

Indicadores de Crecimiento menores 5 años OMS-INTERPRETACIÓN			
Puntuaciones Z	Longitud / talla para la edad	Peso para la edad	IMC para edad / Pero / Longitud o Talla
Por encima de 3 Mayor o igual a +3.1	Muy alto para la Edad (ver nota 1)	Sospecha de Problema de Crecimiento (Ver Nota 2) (Confirme Clasificación con Peso / Talla)	Obesidad
Por encima de 2 De + 2.1 a +3	Rango Normal		Sobrepeso
Por encima de 1 De +1.1 a +2	Rango Normal		Posible Riesgo de Sobrepeso (Ver Nota 3)
0 (X, mediana) De +1 a -1.0)	Rango Normal	Rango Normal	Rango Normal
Por debajo de -1 De -1.1 a -3	Rango Normal	Rango Normal	Rango Normal
Por debajo de -2 De -2.1 a -3	Talla Baja (ver nota 4) (Desnutrición Crónica Moderada)	Peso Bajo (Desnutrición Global Moderada)	Emaciado (Desnutrición Aguda Moderada)
Por debajo de -3 Mayor o igual a -3.1	Talla Baja (ver nota 4) Desnutrición Crónica Moderada)	Peso Bajo Severo (Desnutrición Global Severa)	Emaciado Severo (Desnutrición Aguda Severa)

(MIN
SA,

2018,

pág.

74)

