



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA
SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**



**Maestría en Salud Pública 2008-2010
El Salvador**

Tesis para optar al Grado de Maestra en Salud Publica

**“NUTRICION DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS, UNIDAD
DE SALUD DR. CARLOS DIAZ DEL PINAL. MUNICIPIO DE SANTA
TECLA. SAN SALVADOR-EL SALVADOR,
ENERO - OCTUBRE 2011.”**

Autora: Rina Evelyn Gutiérrez Vásquez

**Tutora: Alice Pineda Whitaker
MSc. Epidemiologia
MSc. Desarrollo Rural Ecosostenible**

San Salvador, El Salvador. Noviembre de 2011

ÍNDICE

Dedicatoria.....	i
Agradecimientos.....	ii
Resumen.....	iii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. JUSTIFICACIÓN.....	2
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
III. OBJETIVOS.....	4
IV. MARCO TEÓRICO.....	5
V. DISEÑO METODOLÓGICO.....	22
VI. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS.....	27
VII. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	28
VIII. CONCLUSIONES.....	31
IX. RECOMENDACIONES.....	32
X. BIBLIOGRAFÍA.....	33
XI. ANEXOS.....	35

DEDICATORIA

A Jehová Padre Omnipotente, por darme la vida y haberme abierto esta puerta, permitiéndome culminar con éxito este proyecto importante para mi vida, gracias.

A mis padres Miguel del Transito Gutiérrez y Julia Esperanza Vásquez de Gutiérrez, por estar siempre conmigo en los momentos buenos y malos dándome la fuerza y fortaleza para seguir adelante ante toda adversidad y llevándome en sus oraciones para que todo me salga bien, a quienes les agradezco enormemente el amor, cariño y apoyo, gracias y que Dios todo poderoso me los Bendiga.

A mis hermanos, cuñada y sobrinos, Amelia Guadalupe, Miguel Adán y Wendy, por brindarme el apoyo y comprensión durante todo el proceso de estudio, a mis lindos sobrinos Henry, Ariadna, Katherine, Eduardo y Miguelito por ser tan ingeniosos y dar alegría a mi familia.

A mis tías y Hermana Betty, que siempre han estado pendientes de mí en todo momento, les agradezco sus consejos y sus oraciones.

A mis maestros de esta gran Institución que es el CÍES, por la confianza y la oportunidad brindada y formarme como maestra, especialmente al Dr. Miguel OroSCO, MSc. Alice Pineda mi tutora con mucho cariño y respeto, Dr. Eliseo Orellana, entre otros que fueron pieza fundamental en esta maestría a quienes considero excelentes maestros.

A mis compañeros de trabajo de la Unidad de Salud Dr. Carlos Díaz del Pinal por haber permitido realizar el estudio en este establecimientos de salud, proporcionándome el apoyo y el acceso a la información para la elaboración de este estudio.

A todos los que con una palabra de aliento siempre estuvieron ahí, dándome ánimos para seguir adelante, Bendiciones para Ustedes.

Rina Evelyn Gutiérrez Vásquez.

AGRADECIMIENTOS

La presente tesis ha implicado mucho esfuerzo, dedicación por parte de la autora y tutor, cuya finalización no hubiera sido posible sin la colaboración de desinteresada de todas las personas que contribuyeron a su realización.

A continuación cito a los que ayudaron a ser posible la finalización de esta tesis.

En primer lugar darle las gracias a Dios por guiarme durante todo el proceso de este estudio, por darme la inteligencia y sabiduría, para crear las ideas correctas y por haber puesto en mi camino a las personas valiosas que han sido parte importante en la ejecución y finalización esta obra.

A mi familia por estar siempre al pendiente en todo momento brindándome el apoyo incondicional, aconsejándome en hacer las cosas lo mejor posible.

A los maestros del Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud de El Salvador y Nicaragua que con su gran apoyo y experiencia académica me guiaron y transmitieron y me dieron parte de su conocimiento.

A la directora de la institución participante y a su equipo de trabajo, que sin su colaboración y aceptación, no hubiese sido posible realizar este estudio interesante y fructífero.

A todas las madres participantes del estudio que me prestaron su valiosa colaboración en el llenado del instrumento y compañeros de trabajo que facilitaron la revisión de expedientes de los niños en estudio.

“Gracias a todos que Dios los Bendiga”

RESUMEN

El presente estudio aporta información descriptiva y de corte transversal sobre la Nutrición de los niños y niñas menores de 5 años de Unidad de Salud Dr. Carlos Díaz del Pinal, Municipio de Santa tecla Departamento de La Libertad; la investigación analizo el estado nutricional de los niños y niñas que asisten al control infantil, tomando en cuenta el conocimiento que poseen las madres, permitió identificar como se están brindando los controles infantiles en el establecimiento y al mismo tiempo verificar el cumplimiento de normativa, la accesibilidad a la compra de variedad de alimentos, la procedencia y el grado de escolaridad de las madres entre otros; el universo estuvo conformado por 4,952 niños y niñas, para la realización de la investigación, se tomo una muestra de 135, tomando en cuenta una serie de criterios de inclusión y exclusión que permitió la selección de la población en estudio; para la recolección de datos se utilizo un cuestionario que constaba de tres partes permitiendo obtener los datos generales de las madres y los niños, el conocimiento de las madres en alimentación y nutrición; se utilizo la técnica de la entrevista y la revisión de expedientes presentándose ciertas limitantes en estos.

La información obtenida se proceso en el programa computacional Epi- Info, que contribuyo al cruce de variables y conocer el nivel de conocimiento de las madres; los resultados indican que poseen conocimientos en la nutrición de sus niños identificando que es importante para ellas asistir a los controles infantiles, clasifican como debe ser el adecuado estado nutricional, manifestaron haber recibido charlas educativas describiendo algunos de los temas recibidos, que el hierro ayuda a prevenir la desnutrición, que dar vitamina A previene la ceguera y la introducción de alimentos que es a partir de los 6 meses; se identifico que desconocen de los alimentos fortificados, limitantes en la compra de variedad de alimentos y no consumo de productos cárnicos.

I. Introducción

Actualmente, la pobreza y el hambre son dos problemáticas que agobian a la humanidad y que diariamente ponen en riesgo la vida de miles de personas debido a los efectos que producen sobre el desarrollo humano.

En El Salvador, la pobreza extrema que viven los hogares principalmente de las zonas rurales, no les permite cubrir el costo de la Canasta Básica Alimentaria y mucho menos los servicios de salud y educación trayendo como consecuencia serias repercusiones sobre el crecimiento y desarrollo humano.

Sin embargo en el País, se han realizado algunos avances para controlar la situación nutricional de los niños y niñas, como es la reducción de la desnutrición infantil; pero aun existen algunos indicadores que merecen especial atención y constituyen grandes desafíos tales como: la alta prevalencia de anemia, la creciente prevalencia de niños con bajo peso al nacer, el sobrepeso, obesidad infantil y los 135 municipios con alta y muy alta prevalencia en retardo en talla, que refleja la desnutrición a lo largo de la vida de los niños (as) salvadoreños, la pobreza, el analfabetismo materno.

Además agrava la crisis económica mundial que afecta la situación alimentaria nutricional global, poniendo en riesgo la seguridad alimentaria de los salvadoreños actualmente sigue existiendo una situación crítica en cuanto al tema, al punto de que el PNUD ha calificado la meta 2 del ODM 1 como de “difícil cumplimiento” en su segundo Informe de País sobre el avance de los ODM. Además, según dicho informe, existe el riesgo de que los avances y logros en otras metas se reviertan.

La Malnutrición es el resulta del exceso ó déficit calórico. Entre los factores de riesgos identificados, se encuentra: la pobreza, el analfabetismo materno, el crecimiento intrauterino deficiente, las desnutrición en los tres primeros años de vida, regímenes alimentarios inadecuados, la inactividad física desde la niñez, el nivel educativo de las madres y padres, lo que representa una carga creciente para los sistemas de atención en salud, servicios sociales y la estabilidad económica familiar y social.

Se considero importante indagar en los conocimiento de madres que asisten a control infantil en la unidad de salud Dr. Carlos Días del Pinal, para identificar y corregir situaciones que afecten negativamente a la población en estudio, al mismo tiempo se pueda sacar el máximo provecho de los resultados con la finalidad de brindar una mejor atención con calidad y calidez a los usuarios y trabajar en las deficiencias detectadas.

La investigación se encuentra desglosada en una serie de capítulos que permite al lector la comprensión clara de cada uno de ellos.

II. Justificación

Actualmente, la pobreza y el hambre son dos problemáticas que agobian a la humanidad y diariamente ponen en riesgo la vida de miles de personas debido a los efectos que producen sobre el desarrollo humano.

En El Salvador, principalmente de las zonas rurales son los que viven en una extrema pobreza, obteniendo como resultado el difícil acceso a la canasta básica alimentaria, a los servicios de salud, educación y vivienda, lo cual trae repercusiones en la nutrición, especialmente en los grupos vulnerables como adultos mayores, mujeres embarazadas y niños creando un impacto en la salud, viéndose afectados a estos últimos con el problema de mal nutrición limitando el crecimiento y desarrollo de los niños y niñas menores de 5 años.

La atención integral a la primera infancia es el eje fundamental para el desarrollo físico, emocional y cognitivo del ser humano. Invertir en la atención a los menores de 5 años de edad puede reducir la necesidad de realizar costosas intervenciones posteriores, para remediar el fracaso escolar, la deserción y conductas antisociales.

Contribuye a disminuir las desventajas propias de los niños y niñas que viven en contextos de pobreza, así como a nivelar diferencias sociales y económicas.

Disminuye las inversiones compensatorias en etapas posteriores de la vida de los niños y niñas, convirtiéndola en una inversión social más rentable.

En síntesis el hambre y la desnutrición limitan el desarrollo de un país y general una inadecuada inserción productiva, aumentando la vulnerabilidad y la marginalidad social por lo tanto es importante la evaluación del el estado nutricional de los niños y niñas menores de 5 años que asisten al control infantil en la Unidad de Salud Dr. Carlos Díaz del Pinal durante Enero - Octubre de 2011

III. Planteamiento del Problema

¿Cuál es el estado nutricional de los niños y niñas menores de 5 años que asisten a control infantil en la Unidad de Salud Dr. Carlos Díaz del Pinal Enero –Octubre 2011?

IV. OBJETIVOS

- **OBJETIVO GENERAL:**

Analizar el estado nutricional de los niños y niñas menores de 5 años que asisten al control infantil en la Unidad de Salud Dr. Carlos Díaz del Pinal durante Enero - Octubre de 2011.

- **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

1. Identificar las características biológicas y sociales de la población en estudio.
2. Valorar las intervenciones educativas en nutrición que hace el establecimiento de salud a las madres de los niños en los controles infantiles.
3. Determinar el nivel de conocimientos de las madres en una alimentación nutritiva.
4. Identificar el estado nutricional de los niños y niñas.

V. MARCO TEORICO

Antecedentes Demográficos y Geográficos.

El Salvador cuenta con una población total de 6, 150,953 habitantes, distribuidos en 21,040.79 Km². con los que cuenta el territorio nacional, con una densidad poblacional de 292 habitantes por Km². Para el área urbana el total de la población es de 3, 884,432 habitantes, representando el 63.2% del total de la población y en el área rural de 2, 266,521 habitantes, lo que representa el 36.8 % del total de la población.

En relación a las áreas geográficas el área urbana se ubicaba el 62.7% de la población, lo que indica un crecimiento del 0.45% de esta área entre el año 2007 y 2009. Por otro lado, cabe destacar que el Área Metropolitana de San Salvador (AMSS), experimenta la mayor concentración de la población, al albergar el 28.8% del total de habitantes del país.

La población menor de 30 años es de un 59% y la población de 60 años y más, que es considerada como de la tercera edad, representa el 10.3%. Esto revela que la población salvadoreña es bastante joven, lo que facilita la renovación generacional en los ámbitos productivos y de la sociedad en general.

Al diferenciar la población por sexo, se observa que, las mujeres representan el 52.7% de la población total del país y los hombres el 47.3%; obteniéndose un índice de masculinidad de 0.90, es decir que existen en el país 90 hombres por cada 100 mujeres esto de acuerdo a la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples año 2009 (EHPM).

Características Educativas

Existen tres indicadores básicos que permiten conocer las fortalezas y debilidades del sistema educativo nacional: la tasa de analfabetismo, asistencia escolar y la escolaridad promedio; en relación al analfabetismo a nivel nacional, aproximadamente 693,181 personas de 10 años y más no saben leer y escribir, lo que representa una tasa de analfabetismo de aproximadamente del 14%.

El 16% del analfabetismo está representado por mujeres, mientras los hombres solo representan el 11.6 %.

La tasa de asistencia escolar es de 32.4% del total de población de 4 años y más representa un total de 1, 856,171 alumnos que asistieron a un centro educativo formal en todo el territorio nacional; la escolaridad promedio a nivel nacional es de 6 grados, por departamento se encuentra que los Departamentos de San Salvador y la Libertad registran los indicadores más altos, con 7.7 y 6.6 grados de escolaridad respectivamente. Por otro lado, los departamentos con niveles más

bajos de escolaridad son La Unión y Morazán con 4.2 y 4.3 grados, respectivamente.

Características Económicas.

La población en edad para trabajar para el año 2009 según la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples asciende a 4, 065,439 personas, lo que representa un 66%.

Del total de la población en edad para trabajar el 2, 551,667 personas constituyen la Población Económicamente Activa (PEA). Al hacer una caracterización por área geográfica, el 67.5% se encuentra en el área urbana y el 32.5% en el área rural; los hombres representan el 58.6% y las mujeres un 41.4%.

Situación de Desempleo.

Para el año 2009 la situación de desempleo es de 187,088 personas a nivel nacional, lo que representa una tasa de 7.3%. En el área urbana es del 7.1% y en el área rural de 7.8%. Al caracterizar el desempleo por grupos de edad, es más alto es la población joven, el grupo de edad de 16 a 29 años registró una tasa de desempleo de 11.4%; y el grupo de 30 a 44 años de edad, se obtuvo una tasa de 5.4%.

En relación al subempleo se clasifica en: visible o por jornada e invisible o por ingresos. La primera modalidad se refiere a aquellas personas que estando ocupadas, trabajan menos de 40 horas a la semana en forma involuntaria; en la segunda, se ubican las personas que trabajando 40 horas semanales o más, obtienen un ingreso menor al salario mínimo vigente.

Según los resultados obtenidos para el año 2009, la tasa de subempleo en nuestro país es de 34%. De estos, el 7.1% se clasifica como subempleados visibles o por jornada y el 26.9% como subempleados invisibles o por ingresos.

Trabajo Infantil.

Respecto al trabajo infantil los resultados obtenidos para el año 2009, indican que existen 188,884 infantes entre la edad de 5 a 17 años, que se encuentran desarrollando alguna actividad que representa un ingreso para el hogar; en el rango de edad de 5 a 17 años, el 73.3%, corresponde al género masculino y un 26.7% al género femenino. Cabe destacar que a medida se va incrementando la edad, la población ocupada crece, en el rango de 5 a 9 años de edad, trabaja el 3.6%; en el grupo de 10 a 14 años, lo hace el 41.7% y para la población de 15 a 17 años, este porcentaje es del 54.7%.

Ingresos de la población.

A nivel nacional, el ingreso promedio mensual de los hogares es de \$498.09. En el área urbana es de \$597.11 y en el área rural es de \$303.88; lo que indica que las condiciones de vida de los hogares del área rural, están por debajo de los que poseen los hogares urbanos.

Al analizar el ingreso promedio mensual por departamento, los hogares ubicados en San Salvador y La Libertad, superan el promedio nacional con ingresos de \$642.95 y \$620.00, respectivamente; mientras que los departamentos que presentan los ingresos más bajos son: Morazán \$344.20 y Ahuachapán \$342.71.

En cuanto al salario mínimo según decreto de mayo de 2011 del Consejo del salario mínimo de El Salvador acuerdan alza del 8% en las remuneraciones, pacto realizado entre el gobierno, empresas y sindicatos dejaría los sueldos en 104,97 dólares; para el comercio; en 224,29 dólares, para la industria en 219,40; y para el sector textil en 187,68 dólares.

Características de la Vivienda

Para, evaluar la calidad de vida de la población, es importante tomar en cuenta las características generales de las viviendas, lo cual permite constatar la situación en la que se encuentran los hogares tanto a nivel urbano como rural.

En cuanto al tipo de vivienda, la mayor participación corresponde a los hogares que habitan en casa privada con el 91.2%, equivalente a 1, 411,493 hogares; un 1.5% de la población habita en pieza de mesón; también un 4.3% lo hace en vivienda improvisada, un 1.4% vive en pieza en casa y un 0.9% habita en condominio. A parte de esto, se puede mencionar que existe una menor proporción de 0.7% de hogares que habitan en apartamento, vivienda temporal y rancho

Así mismo, los materiales de construcción predominantes en las paredes a nivel nacional, son de concreto mixto y adobe, representando el 71.9% y 16% respectivamente. A nivel de área geográfica las variaciones en cuanto a los materiales de construcción de la vivienda son bastante marcados, pues en el área urbana, el 83.9% de las paredes son de concreto o mixto; en el área rural, esta proporción es de 46.9%; por el contrario, en el caso de las paredes de adobe, en el área urbana se encuentran en el 8.3% de viviendas, y en 31.2% el área rural.

En cuanto a materiales de de construcción del techo a nivel nacional, la mayor participación la tiene la lámina de asbesto con el 36.5%, seguida de lámina metálica buena con 30.2% de las viviendas y la teja de barro o cemento en un 28.1%.

Extensión de servicios de agua potable y saneamiento.

Las Naciones Unidas han afirmado reiteradamente la importancia del acceso a servicios de agua potable y saneamiento como parte de los factores que posibilitan el desarrollo Humano y contribuyen a una adecuada nutrición y la reducción del riesgo a contraer enfermedades.

En este contexto, resulta importante el análisis actual de la extensión de servicios de agua potable y saneamiento, con el fin de conocer la tendencia que poseen en el tiempo y de esta forma analizar la contribución del gasto destinado a este rubro a la mejora de la salud y nutrición.

El acceso al agua potable representa un papel fundamental en la salud y la nutrición de las familias salvadoreñas.

Según la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2009, solamente el 78.7% de la población cuenta con agua potable por cañería a nivel nacional. Los que se abastecen con agua de pozo, representan el 12.8%, y otros medios (incluye ojo de agua, río o quebrada, camión, carreta o pipa, manantial protegido y no protegido, colecta agua lluvia y otros medios) el 8.5% de los hogares.

El estado higiénico de los hogares aumenta el riesgo de enfermedades de origen infecciosos, lo que agudiza el estado de malnutrición. Por lo tanto, el acceso a servicios de saneamiento se considera dentro del gasto público que tiene impacto relacionado a la nutrición.

Al respecto, la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2009, afirma que el 4.4% de la población no disponen de servicio sanitario. En el área urbana es de 0.8% y en lo rural 11.5%.

Respecto a la recolección de los desechos sólidos a nivel nacional, el 51.2% del total de hogares utilizan el tren de aseo municipal (incluye los que la depositan en contenedores); lo hacen con recolección domiciliaria privada el 0.5%, el 35.6% la queman y la entierran, la depositan en cualquier lugar el 12.5%.

El 91% de los hogares cuenta con servicio de alumbrado eléctrico; le sigue en orden aquellos hogares que utilizan candela con el 4.1%, Kerosén (gas) con el 4.2% y otros tipos el 0.4%.

Niveles de Pobreza

Entre los indicadores más relevantes que se obtienen a través de la EHPM, está el indicador de la pobreza. Esta se divide en extrema y relativa. Su parámetro es el valor de la Canasta Básica Alimentaria (CBA).

En pobreza extrema se ubican aquellos hogares que con su ingreso per cápita no alcanzan a cubrir el costo per cápita de la Canasta Básica Alimentaria (CBA) y en pobreza relativa los hogares que con sus ingreso per cápita no alcanzan a cubrir el

costo de la CBA ampliada (dos veces el valor de la CBA). El costo de la CBA per cápita urbana en el año 2009 fue de \$ 44.33 y la rural de \$ 27.86.

El costo de la CBA, en el área urbana, para un hogar tipo promedio de 3.79 miembros es de \$168.01 y la CBA ampliada es de \$336.02. El costo de la CBA en el área rural, para un hogar tipo promedio de 4.34 miembros es de \$120.91 y la CBA ampliada es de \$241.82.

A nivel nacional un 37.8% de los hogares se encuentran en pobreza; de estos el 12% se encuentra en pobreza extrema; mientras que el 25.8% están en pobreza relativa. En el área urbana el 33.3% de los hogares viven en pobreza; el 9.2% están en pobreza extrema y el 24.1% en pobreza relativa. En el área rural un 46.5% de hogares se encuentran en pobreza, de los cuales el 17.5% están en pobreza extrema y el 29% en pobreza relativa.

Situación de Nutrición en El Salvador en niños y niñas menores de 5 años.

Se han identificado cuatro departamentos y 66 municipios que presentan alto porcentaje de desnutrición y que se ubican principalmente en las áreas rurales del país, los problemas nutricionales persisten debido a no tomar en cuenta la multicausalidad, no se enfoca de manera multisectorial y las intervenciones no se desarrollan en forma coordinada y simultánea, se suma a ello la escasa participación de gobiernos locales y de la comunidad, así también existen determinantes sociales que influyen en la malnutrición de la población infantil que se refieren a: el analfabetismo, discriminación/exclusión social, falta de acceso a servicios de salud, desempleo/subempleo, inseguridad alimentaria, enfermedades infecciosas, vivienda inadecuada, contaminación ambiental, violencia doméstica, inadecuado saneamiento básico/ agua insegura, baja participación social y percepción de derechos, déficit de recursos humanos adecuadamente formados.

Intervenciones Básicas.

Embarazadas:

- Suplementación con hierro, ácido fólico y vitamina A
- Vacunación antitetánica
- Hogares de espera materna para embarazadas de riesgo
- Complemento nutricional para mujeres con bajo peso para edad gestacional

Parto y recién nacido:

- Parto atendido por personal capacitado
- Ligamento tardío del cordón
- Alojamiento conjunto y apego precoz
- Bancos de leche
- Madre canguro

Atenciones a niños y niñas de 2 a 6 meses:

- Suplementación micronutrientes
- Control de Crecimiento y Desarrollo
- Vacunación
- Lactancia materna

Atenciones a niños y niñas de 6 a 24 meses:

- Educación sobre Alimentación nutritiva y afectiva
- Control de Crecimiento y Desarrollo y Vacunación
- Suplementación micronutrientes
- AIEPI
- Complemento nutricional

Atenciones a niños y niñas de 6 a 24 meses:

- Control de Crecimiento y Desarrollo y Vacunación
- Educación integral
- Fortificación de alimentos
- Promoción de actividad física

Una adecuada alimentación debe estar acompañada por el acceso a servicios de salud que permitan el crecimiento y desarrollo humano. De lo contrario, una inadecuada alimentación y una salud deficiente, repercuten sobre la capacidad de aprendizaje del ser humano, su productividad, su desarrollo humano y como consecuencia impide el desarrollo económico de El Salvador.

En este aspecto, el acceso a servicios de salud sobretodo de la población materna e infantil, es un determinante de la desnutrición crónica en El Salvador debido a que los patrones inadecuados de alimentación se pueden reproducir a través de las generaciones. Asimismo, una salud deficiente imposibilita el adecuado aprovechamiento de los nutrientes ingeridos.

En este contexto, debido a que el acceso a servicios de salud, se encuentra íntimamente relacionado con la pobreza y la desigualdad social de El Salvador, la proporción de la población que carece de este beneficio se concentra en las zonas rurales del país, donde la pobreza extrema tiene más prevalencia.

Asimismo, el círculo de la pobreza se prolonga debido a que la inadecuada alimentación repercute en la salud, la deficiencia en la salud imposibilita el aprendizaje y como consecuencia de la falta de educación, el acceso al empleo se restringe e impide obtener mayores ingresos que permitan mejoras en las condiciones de vida de las personas.

Según el informe de la encuesta se salud familiar, FESAL 2008, en El Salvador, no se manifiestan problemas de emaciación (enflaquecimiento extremo), en cambio, se está experimentando un problema de sobrepeso en los niños y las niñas menores de 5 años. De acuerdo con la información existente, se estimó que en

1998, el 4% de la población infantil presentaba sobrepeso, cifra que aumentó a 5% en 2002/2003 y a 6% en 2008. Este problema es mayor en los grupos de mejor situación económica (9%) que en los de nivel socioeconómico más bajo (4%). El Salvador inicia lo que podría llegar a ser una epidemia de sobrepeso en las nuevas generaciones; sumándose esto el problema de anemia que presenta esta población ya que el 23% presenta algún grado de anemia, 3 puntos más que la cifra encontrada en FESAL-2002/03, y sube del 21 por ciento en el área urbana al 26 por ciento en el área rural.

Los cambios de vida en la sociedad repercuten en la familia, en la actualidad, padre y madre trabajan y en el mercado se ofrecen muchos alimentos elaborados y a bajo costo. Esta situación ha influido en la alimentación de los hijos e hijas y, poco a poco, las comidas caseras se han sustituido por productos altos en azúcar, grasa y sodio, que se compran listos para consumir. Aunque estos alimentos logran saciar el hambre, aumentan la posibilidad de padecer obesidad y no asegurar los requerimientos nutricionales diarios.

Importancia de la Educación Alimentaria Nutricional en El Salvador.

En la actualidad, la prevalencia de enfermedades relacionadas con la alimentación es uno de los problemas de salud más alarmantes – y prevenibles – en muchos países del mundo, en los cuales la dieta típica está basada en alimentos altos en calorías, grasa saturada, grasas trans, sodio y azúcar agregada. Además, es baja en fibra y micronutrientes, principalmente proporcionados por vegetales, frutas y granos integrales así como por alimentos ricos en calcio.

También se observa que los niños y niñas son más altos que los de generaciones anteriores, lo que significa que están consumiendo suficientes calorías que favorecen su crecimiento, sin embargo, eso no evidencia que sean más saludables. Gran parte de las calorías que consumen provienen de alimentos altos en grasa y azúcar, comúnmente conocidos como alimentos chatarra, que al consumirse con frecuencia y en forma desmesurada, condiciona una baja ingesta de alimentos que aportan los nutrientes necesarios para mantener una buena salud.

En el caso de la niñez, el problema más importante es el sobrepeso, con la probabilidad de mantenerse como adultos obesos y su salud se deteriore por enfermedades asociadas. El resto de niñas y niños que padecen sobrepeso desarrollan enfermedades tales como diabetes y asma. Asimismo, esta condición de sobrepeso tiene implicaciones psicológicas, ya que estas personas son blancos de comentarios ofensivos, discriminación, y otras manifestaciones de rechazo que favorecen el desarrollo de una autoestima baja.

Las nuevas generaciones crecen con malos hábitos alimentarios, establecidos durante el período de la infancia. Sin embargo, es importante señalar que al permanecer por mucho tiempo frente a la televisión, observan muchos

comerciales relacionados con alimentos altos en azúcar y en grasa, como boquitas y bebidas azucaradas, mientras, los padres y madres no se percatan de la forma en que estos hábitos y estilo de vida contribuyen a generar una serie de problemas de salud en niños y jóvenes.

Es importante estar informado sobre el daño que provoca el consumo de alimentos con contenido excesivo de grasa, azúcares y sodio, de igual forma, es necesario recordar los potenciales riesgos a los que el ser humano se expone al consumir estos alimentos

En ese sentido, se debe prevenir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud; por medio de la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos. Por tal motivo, es importante que los padres, niños y niñas, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición infantil y tengan acceso a los mismos.

Aunque los carbohidratos de bebidas carbonatadas proporcionan la principal y más barata fuente de energía en la alimentación, se considera que, el consumo frecuente y desmesurado de este tipo de alimentos puede proveer cantidades elevadas de azúcar (por encima de la cantidad diaria recomendada)

La ingesta excesiva de carbohidratos (entre ellos la sacarosa) se menciona como uno de los factores que favorecen el desarrollo de la caries dental, el aumento de la demanda de las vitaminas del complejo B que si está acompañado de un aporte dietético insuficiente, conduciría a un déficit de las vitaminas del complejo B y sus respectivas consecuencias y además contribuye al aumento de la incidencia de obesidad y diabetes mellitus.

No se puede asegurar que exista un conocimiento reflexivo de las autoridades escolares acerca del importante rol de las instituciones educativas en la promoción de la salud comunitaria y en especial de la orientación en la formación de buenos hábitos alimentarios de la población estudiantil. En las escuelas, las empresas productoras de boquitas y bebidas tienen mucha libertad para promover y vender este tipo de alimentos.

Muchos padres y madres están conscientes de la necesidad de garantizar una alimentación saludable a sus hijos más sin embargo el bajo precio y el fácil acceso a la comida chatarra lleva, los lleva, a considerarla como parte de la “lonchera escolar” o a incluirla en la misma dieta de las niñas y los niños, en sustitución de frutas y verduras.

Buenas Prácticas de Alimentación Saludables para la Familia Salvadoreña.

Con el propósito de de apoyar y orientar las actuales practicas de alimentación de la familia salvadoreña, se considero conveniente diseñar un instrumento con la aplicación nacional, que oriente a la población para que pueda optar un patrón

alimentario adecuado y un estilo de vida saludable, La buena nutrición en las diferentes etapas de la vida del ser humano, se constituye en la base para alcanzar el camino hacia la salud, es por ello que divide los alimentos en seis grupos siendo estos los siguientes:

1. Granos, raíces y plátano.
2. Frutas.
3. Verduras y hojas verdes.
4. Carnes, aves y mariscos.
5. Huevo, leche y derivados.
6. Grasas y azúcares.

La guía de alimentación para la familia salvadoreña cita diez recomendaciones básicas para una buena nutrición, siendo estas las siguientes:

1. Consuma una alimentación variada.
2. Incluya en todos los tiempos de comida, granos, raíces y plátano.
3. Coma todos los días tortillas y frijoles.
4. Coma todos los días verduras y hojas verdes.
5. Incluya frutas de estación en su alimentación diaria.
6. coma por lo menos 3 veces a la semana, huevo, leche y sus derivados.
7. Coma carnes, menudos o hígado por lo menos dos veces a la semana.
8. Consuma sal de la casita de la olla azul porque contiene yodo.
9. Asegúrese que el azúcar que consume este fortificada con vitamina A.
10. Tome abundante agua todos los días.

Atención Nutricional de niños y niñas menores de 5 años en Establecimientos de Salud de El Salvador.

Todos los países de la región identifican la atención materno-infantil como una de las principales prioridades de atención primaria. Desde hace muchos años se desarrollan programas de salud, de niño sano, crecimiento y desarrollo, en el niño en el país no es la excepción. La mayoría de ellos están basados en normas técnicas que han sido consensuadas con expertos nacionales o que han sido adaptadas siguiendo recomendaciones de organismos internacionales (OPS). Existe consenso en que los controles deben ser precoces, continuos, con una frecuencia definida por criterios de riesgo, donde la antropometría bien realizada e interpretada, así como las decisiones que se adopten según los resultados.

Sin embargo existe un limitado número de estudios que analicen como se desarrolla esta actividad y prácticamente ninguno que evalúe en forma independiente su impacto en la prevención y control de la desnutrición infantil. La mayor parte de los sistemas de información estadística de los países aportan datos sobre el número de controles realizados y de la población bajo control, con lo cual se puede determinar cobertura (población atendida/ población beneficiaria) y concentración de actividades (número promedio de controles por

beneficiario/año). Prácticamente no existe información sobre el grado de cumplimiento de las diferentes actividades definidas en las normas, ni menos sobre su calidad. Es recomendable entonces que el seguimiento de este tipo de actividades incorpore información sobre el grado de cumplimiento de un estándar de calidad predefinido.

En casi todos los países de la región existen otras importantes debilidades en esta actividad: baja cobertura, especialmente en las áreas más vulnerables, como en el control de salud de niños pequeños o los hace de forma muy esporádica, inicio de los controles en forma tardía (después del mes de edad de vida de los niños) lo que no posterga cualquier intervención educativa en un período especialmente crítico, baja concentración de los controles (número de controles por beneficiario/año), especialmente en niños de 12 a 24 meses, edad en que se produce la mayor incidencia de desnutrición (casos nuevos), que no son diagnosticados y tratados oportunamente, no hay equipamiento de basculas y tallímetros, insuficiente capacitación del personal, lo que afecta la metodología para pesar y tallar, la interpretación de los datos y la educación alimentaria hacia el beneficiario, ausencia de criterios de riesgo para identificar a la población más vulnerable, donde debieran concentrarse los mayores esfuerzos de prevención, limitada disponibilidad de material educativo, tanto para el equipo de salud, como para entregar a la población; insuficiente desarrollo de los sistemas de monitoreo y evaluación, lo que determina que la gestión del programa se realice sobre la base de conocimientos generales, más que con la información específica en que están efectivamente operando.

En El Salvador se pretende lograr que los controles de salud se realicen según las normas establecidas y con calidad, es una primera prioridad para obtener el efecto esperado en la prevención de la malnutrición. Ello refuerza la importancia de disponer servicios de atención primaria, de amplia cobertura, y con determinados estándares de calidad, especialmente en los sectores más vulnerables. Dentro de las estrategias de aumento de coberturas, en el país han incorporado promotores de salud y líderes de la comunidad como voluntarios de salud para que apoyen en los controles de salud, para evitar el incremento de la desnutrición y al mismo tiempo prevenirla.

Evaluación Nutricional.

Las evaluaciones nutricionales permiten la interpretación de la información obtenida a través de estudios dietéticos bioquímicos, antropométricos y clínicos; la información es utilizada para determinar el estado de salud de un individuo o grupo de población que ha sido influenciada por la ingesta y utilización biológica de nutrientes.

Aspectos Importantes en la Vigilancia Nutricional.

Frecuencia de las evaluaciones según norma de atención a menores de 5 años, equipo y materiales adecuados en calidad y cantidad, personal de salud

capacitados, técnica correcta y confiabilidad de los datos, educación y orientación a las madres.

Los indicadores nutricionales utilizados en las normativas de El Salvador son: Peso para la Edad, Peso para la talla, talla para la edad, perímetro cefálico e índice de masa corporal.

Para evaluar el estado nutricional de la población infantil se utilizan las graficas de crecimiento peso para la edad de niños y niñas de 0 a 24 meses de edad, y la grafica de crecimiento peso para la edad de niños y niñas de 2 a 5 años de edad

Propósitos y usos de las Mediciones Antropométricas.

La antropometría es la técnica que se refiere a la medición del tamaño (talla), peso y proporciones del cuerpo humano. Constituye una de las bases principales para evaluar el estado nutricional de individuos y poblaciones, por esta razón es importante escoger medidas que sean sensibles a cambios nutricionales y de salud.

Método poco costoso, aplicable en todo el mundo, establecen el tamaño y la composición del cuerpo y reflejan la ingesta inadecuada o excesiva, el ejercicio insuficiente y las enfermedades; permiten seleccionar a individuos y hacer la evaluación nutricional de los individuos, del estado de salud, de las condiciones económicas y sociales de los grupos de población, familias y comunidades para intervenciones orientadas a mejorar la nutrición y la salud.

Normativa de Atención a los niños y niñas menores de 5 años de El Salvador.

Para los efectos de esta Norma la atención del niño(a) de 8 días a 2 meses de edad en el establecimiento de Salud deberá hacerse de la siguiente manera:

- a. A todo niño o niña de 8 día a 2 meses que asista al establecimiento de Salud se verificará si está inscrito en el Programa Nacional de Atención Integral en Salud a la Niñez, de lo contrario se deberá inscribir.
- b. Se le realizará toma de medidas antropométricas: peso (con el mínimo de ropa o en ropa interior y sin zapatos), longitud y perímetro cefálico. Asegurarse de revisar que la báscula esté debidamente calibrada.
- c. Si es inscripción se evalúa el estado nutricional, utilizando la gráfica de peso para la edad en menores de 5 años y, si es control subsecuente, se evalúa también la tendencia del crecimiento utilizando la grafica de peso para la edad y la tabla de peso mínimo esperado de la Guía de Atención de AIEPI. Todo niño o niña con crecimiento inadecuado deberá citarse a control en un mes.

Para los efectos de esta Norma la atención del niño(a) de 2 meses a menor de 1 año en el establecimiento de Salud deberá ser de la siguiente manera:

a. A todo niño o niña de 2 meses a 1 año que asista al establecimiento de Salud se verificará si está inscrito en el Programa Nacional de Atención Integral en Salud a la Niñez, de lo contrario se deberá inscribir.

Se le realizará toma de medidas antropométricas: peso (con el mínimo de ropa o en ropa interior y sin zapatos), longitud y perímetro cefálico. Asegurarse de revisar que la báscula esté debidamente calibrada.

c. Si es inscripción o primera vez en el año se evalúa el estado nutricional, utilizando la gráfica de peso para la edad, si es control subsecuente se evalúa la tendencia del crecimiento utilizando la tabla de peso mínimo esperado y la grafica de peso para la edad y dejarle registrado. Si el niño o niña presenta crecimiento inadecuado, deberá citarse a control en un mes.

d. Evaluar las prácticas de alimentación del niño y dar consejería Nutricional de acuerdo a la determinación de la tendencia del crecimiento y a la situación encontrada, haciendo énfasis en lactancia materna exclusiva en los niños menores de 6 meses y el inicio de los alimentos complementarios a los mayores de 6 meses.

e. Administrar dosis de Vitamina A, y prescribir Hierro y Zinc, de acuerdo a la edad, según el manual básico para la suplementación de micronutrientes. Si el niño o niña está recibiendo cualquier multivitamínico no administrar la vitamina A. Si se administra la dosis correspondiente, debe ser anotada en el carnet infantil y en el formulario de información logística de micronutrientes.

f. Si el niño está sano se dejará control subsecuente en 2 meses, si no, de acuerdo a la situación médica encontrada.

Para los efectos de la presente Norma la atención del niño(a) de 1 año a menor de 2 años en el establecimiento de Salud deberá ser de la siguiente manera:

a. Todo niño o niña de 1 a 2 años que asista al establecimiento de Salud se verificará si está inscrito en el Programa Nacional de Atención Integral en Salud a la Niñez, de lo contrario se deberá inscribir.

b. Se le deberá realizar toma de medidas antropométricas: peso (con el mínimo de ropa o en ropa interior y sin zapatos), longitud y perímetro cefálico. Asegurarse de revisar que la báscula esté debidamente calibrada.

c. Si es inscripción o primera vez en el año se evalúa el estado nutricional, utilizando la gráfica de peso para la edad de menores de cinco años, si es control subsecuente se evalúa la tendencia del crecimiento utilizando la tabla de peso mínimo esperado de la Guía de Atención de AIEPI. Si el niño o niña presenta crecimiento inadecuado citarlo a control en un mes.

d. Evaluar las prácticas de alimentación del niño(a) y dar consejería nutricional de acuerdo a la tendencia del crecimiento, haciendo énfasis en la cantidad, frecuencia y consistencia de los alimentos disponibles en la familia según la Hoja de recomendaciones nutricionales.

e. Administrar dosis de Vitamina A, Hierro y Zinc, de acuerdo a la edad. Según Manual Básico para la Suplementación con Micronutrientes. Si el niño o niña está recibiendo cualquier multivitamínico no administrar la vitamina A. Si se administra la dosis correspondiente debe ser anotada en el carnet infantil y en el formulario de información logística de micronutrientes.

f. Dar consejería sobre higiene básica y salud ambiental, con énfasis en consumo de agua segura, disposición adecuada de excretas y desechos sólidos así como control de vectores.

g. Consejería y orientación en prevención de accidentes en el hogar.

h. Si el niño está sano se dejará control subsecuente cada 3 meses, si no, de acuerdo a la situación médica encontrada.

Para los efectos de esta Norma la atención del niño(a) de 2 años a menor de 5 años en el establecimiento de Salud deberá ser de la siguiente manera:

a. A todo niño o niña de 2 años a menor de 5 años que asista al establecimiento de Salud se verificará si está inscrito en el Programa Nacional de Atención Integral en Salud a la Niñez, de lo contrario se deberá inscribir.

b. Se le deberá realizar toma de medidas antropométricas: peso (con el mínimo de ropa posible), y talla. Asegurarse de revisar que la báscula esté debidamente calibrada.

c. Si es inscripción o primera vez en el año, evaluar del estado nutricional utilizando la gráfica de peso para la edad, de menores de 5 años y también se debe utilizar la grafica de peso para la talla en el niño mayor de 3 años. Si es control subsecuente evaluar la tendencia del crecimiento, utilizando la tendencia de la curva, según la Guía de Atención de AIEPI. Toma de Signos Vitales.

d. Evaluar las prácticas de alimentación del niño(a) y dar consejería Nutricional de acuerdo a la tendencia del crecimiento y el estado nutricional, haciendo énfasis en la cantidad, frecuencia y consistencia de los alimentos disponibles en la familia según la Hoja de recomendaciones nutricionales.

e. Revisar y suministrar micronutrientes de acuerdo a la edad, según Manual Básico para la Suplementación de Micronutrientes.

f. Todo niño de 2 a 5 años debe ser atendido con controles subsecuentes cada 6 meses.

Antecedentes del Departamento de La Libertad.

La Libertad es uno de los catorce departamentos de El Salvador. Su cabecera departamental es Nueva San Salvador anteriormente llamada Santa Tecla. Forma parte de los departamentos de la zona central de la república, limita al norte con el departamento de Chalatenango, al este con los departamentos de San Salvador y La Paz, al sur con el océano pacífico, al oeste con los departamentos de Santa Ana y Sonsonate.

La Libertad es el segundo departamento después de San Salvador con mayor densidad poblacional.

Aspectos sociales relevantes.

El Departamento de La Libertad cuenta con una población de 719,157, una extensión territorial de 1,652.88 Km², la tasa de analfabetismo en la población mayor de 10 años es de 11.9, tasa de desempleo es de 7.1

División Política

Para su administración el departamento de La Libertad está dividido en 22 municipios y 188 cantones, siendo su Cabecera Departamental la Ciudad de Nueva San Salvador. La Gobernación Política Departamental es ejercida por el Alcalde municipal del partido FMLN cuya oficina se encuentra ubicada en la Ciudad de Nueva San Salvador.

Municipios:

- | | |
|------------------------|------------------------|
| 1 Antiguo Cuscatlán | 12 Ciudad Arce |
| 2 Colón | 13 Comasagua |
| 3 Chiultipán | 14 San Isidro Labrador |
| 4 Huizúcar | 15 Jayaque |
| 5 La Libertad | 16 Nuevo Cuscatlán |
| 6 Nueva San Salvador * | 17 Quezaltepeque |
| 7 Sacacoyo | 18 San José Villanueva |
| 8 San Juan Opico | 19 San Matías |
| 9 San Pablo Tacachico | 20 Talnique |

10 Tamanique

21 Teotepeque

11 Tepecoyo

22 Zaragoza

Organización de los servicios de salud.

El Departamento cuenta con una Dirección Regional, Sistema Básico de Salud Integral y 29 Unidades de Salud, por la complejidad del Departamento se han clasificado 4 establecimientos como cabezas de red, siendo estas las siguientes: Puerto de La Libertad, San Juan Opico, Lourdes y Dr. Carlos Díaz del Pinal.

Datos Generales de Unidad de Salud Dr. Carlos Díaz del Pinal.

La Unidad de Salud está ubicada en el Municipio de Santa Tecla, atiende a una población de 100, 515 pacientes anuales, de los cuales 3271, son niños menores de 4 años

El área de atención geográfica de Influencia (AGI), de la Unidad de Salud está delimitada así:

Hacia el oriente por el Municipio de Antiguo Cuscatlán, hacia el Poniente con la 2ª Avenida Norte y Sur de Santa Tecla, hacia el Sur con los Municipios de Nuevo Cuscatlán, Antiguo Cuscatlán y Zaragoza; y por último hacia el Norte por los Cantones Álvarez y Buena Vista de este municipio.

• Servicios que presta:

1. Atención Integral a la Niñez
2. Atención Integral a Adolescentes
3. Atención Integral a la Mujer
4. Atención Integral al Adulto Masculino
5. Saneamiento Ambiental
6. Atención Al Adulto Mayor
7. Servicios de Apoyo: salud oral, visitas domiciliarias, programa de educación en salud.
8. Vacunación

Además se cuenta con 4 comités de salud, 4 redes de comunicación, 6 colaboradores de malaria y 5 ADESCOS.

FOSALUD labora en un horario de 24 horas, fines de semana y días festivos, ofertan los mismos servicios a excepción del Programa de Escuela Saludable, Saneamiento Ambiental y Visitas Domiciliares a pacientes con criterio de riesgo epidemiológico.

Es de mencionar, que en las mismas instalaciones de esta Unidad de Salud, con vive el personal administrativo del SIBASI La Libertad, con el mismo horario de labores de 7: 30 AM a 3: 30 PM.

En relación a la atención a la niñez la Unidad de Salud reporta para el mes de marzo del presente año como las 10 primeras causas de morbilidad en menores de de 5 años las siguientes patologías:

- 1- Infecciones Respiratorias agudas
- 2- Enfermedades Diarreicas agudas
- 3- Conjuntivitis Bactriana
- 4- Amibiasis Intestinal
- 5- Neumonía
- 6- Guiardiasis Intestinal
- 7- Varicela
- 8- Sospecha de Dengue Clásico
- 9- Desnutrición Severa
10. Mordedura por animal transmisor de Rabia.

Para el año 2010, se brindaron 4952 controles infantiles incluyendo las inscripciones que se realizan en los primeros meses del año; se reportaron 11 niños y niñas con desnutrición, 1 niño con desnutrición severa y 1 niño con sobre peso, esto de acuerdo al Sistema de Información de Morbilidades y Consulta Externa (SIMOW) y de acuerdo al Sistema de Vigilancia Nutricional de niños y niñas menores de 5 años que reporta el promotor de salud para el Municipio de Santa Tecla se reportaron 188 niños y niñas con desnutrición, siendo un total de de niños y niñas con desnutrición que le corresponde a este establecimiento de salud.

- **Descripción de la infraestructura:**

La Unidad de Salud se encuentra en un terreno dado en comodato por la municipalidad, su re construcción fue completada en Septiembre de 2004, siendo una edificación de dos niveles, cuenta con una Cisterna, Una Planta de Energía Eléctrica, servicio de agua potable, servicio de alcantarillado público amplia área de parqueo, zona verde, muros perimetrales con vigilancia diurna y nocturna, rampla para ingreso de pacientes o visitantes en sillas de ruedas, instalaciones provista para entrada y salida de personas con discapacidad física,

El área total es de 2560.57 m² ó 363.73 v² y el área construida es de 2048.46 m² ó 2930.99 v²

- **División territorial:**

Área Geográfica de Influencia de la Unidad de Salud “Dr. Carlos Díaz del Pinal” es la siguiente por colonias y cantones:

No.	LOCALIDAD	VIVIENDAS	POBLACION
1	BUENA VISTA I	845	3296
2	BUENA VISTA II	179	698
3	BOSQUES DE SUIZA	66	257
4	JARDINES DEL REY	430	1677
5	ALTOS DE SANTA MONICA	461	1798
6	PINARES DE SANTA MONICA	199	776
7	SANTA MONICA	581	2266
8	SANTA TERESA	1110	4329
9	LA MONTAÑA	100	390
10	FINCA LAS ASTURIAS I	240	936
11	FINCA LAS ASTURIAS II	494	1927
12	PASO FRESCO	38	148
13	SEVILLA	34	133
14	COM. LAS MARGARITAS	337	1314
15	CAMPO VERDE	116	452
16	LA SABANA	2250	8775
17	JARDINES DEL VOLCAN	2546	9929
18	LA MONTAÑA	200	780
19	SANTA TERESA	1110	4329
20	CENTRO HISTORICO	400	1560
21	COM. FATIMA	12	47
22	VILLA DE MIRAFLORES	300	1170
23	BRITANICA	41	160
24	COM. SAN JOAQUIN	49	191
25	COM. LA CRUZ	59	230
26	RESIDENCIAL MAYA	94	367
27	RESIDENCIAL EL CARMEN	250	975
28	JARDINES DE MERLIOT	984	3838
29	JARDINES DE LA LIBERTAD	703	2742
30	RES. EL PARAISO	301	1174

31	COM. EL PARAISO	89	347
32	LAS COLINAS	90	351
33	UTILA	900	3510
34	COM. SAN MARTIN	139	542
35	ALEMANA	200	780
36	COM. SAN RAFAEL	550	2145
37	COM. SAN JOSÉ EL PINO	339	1322
38	COM. EL TREBOL	49	191
39	PALMIRA	50	195
40	LAS PILETAS	80	312
41	TENERIFE	85	332
42	CANTON AYAGUALO	215	839
43	CANTON EL TRIUNFO	268	1045
44	CANTON LAS GRANADILLAS	325	1268
45	CANTON EL MATAZANO	341	1330
TOTAL DEL AGI		18952	73915

FUENTE: Catastro municipal, cotejado con diagnostico sanitario de la Unidad de Salud, marzo de 2009.

VI. Diseño Metodológico

Tipo de Estudio.

Descriptivo de Corte Transversal.

Universo y Muestra.

El universo estuvo conformado por 4,952 niños y niñas menores de 5 años de edad que asisten a control infantil en la Unidad de salud Dr. Carlos Díaz del Pinal ubicado en el Municipio de Santa Tecla Departamento de La Libertad.

La Muestra.

Se utilizó el tipo de Muestreo Aleatorio Simple y se eligió la población en estudio, siendo la fuente las madres de los niños menores de cinco años que asisten a control infantil.

n: Tamaño de la muestra.

N: Tamaño del Universo.

Z: Valor tipificado de la confiabilidad = 1,96 (corresponde al 95% de confianza)
Indica la dirección y el grado en que un valor individual se aleja de la media en una escala de unidades de desviación estándar.

p: Probabilidad de éxito

q: Probabilidad de fracaso

d: Coeficiente de confiabilidad..

Para el muestreo se utilizó la fórmula estadística siguiente:

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

$$n = \frac{1.96^2 (0.23) (0.77) 4952}{(0.07)^2 (4952 - 1) + (1.96)^2 (0.23) (0.77)} = 135 \text{ Niños y niñas}$$

Criterios de Inclusión de Exclusión.

Criterios de inclusión:

- Niños y niñas inscritos en control infantil en los meses de Enero a Junio de 2008 y que no han faltado al control.
- Niños y niñas con sus controles infantiles subsecuentes llevados por sus madres y que residan en el Departamento de La Libertad.

Criterios de exclusión:

- Niños y niñas con controles infantiles faltantes.
- Niños y niñas con expediente incompleto
- Niños que presenten alguna patología aguda o crónica

Tipo de fuente de datos

Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Las técnicas utilizadas fueron la entrevista y revisión de expediente de los niños y niñas.

Para la recolección de datos se utilizó como instrumento el cuestionario que consistió de tres partes: datos generales de la madre, datos generales de los niños y el conocimiento de las madres en alimentación y nutrición.

Método.

El método utilizado fue el análisis y síntesis que permitió estudiar las características fundamentales de la población en estudio.

Pilotaje.

Se realizó un cuestionario piloto que se estructuró, redactó y se sometió a las pruebas necesarias en trabajo de campo, con el objeto principal de determinar su validez como instrumento de medición y grado de adecuación.

Una vez realizadas las pruebas se procedió hacer las correcciones necesarias de manera que el instrumento se convirtiera en el ideal para la recolección de datos.

Recolección de datos.

Se realizó una encuesta con el propósito de reunir la información necesaria de la población en estudio haciendo preguntas cerradas y abiertas, se utilizó la técnica de la entrevista directa a las madres y la revisión de expedientes de los niños, para verificar el cumplimiento de normativa de control infantil con la finalidad de recolectar toda la información necesaria.

Consideraciones éticas

Se entrevistaron a las madres de niños y niñas menores de 5 años a quienes se les explicó que el objetivo de la encuesta, y se les solicitó el consentimiento informado, haciendo énfasis en la confidencialidad de la información.

Anexo N° 2

Toda información que se obtuvo para la realización de esta investigación ha sido utilizada y manejada correctamente, respetando todas las formalidades éticas referidas al manejo y cumplimiento adecuado de las citas, respetando así los derechos de autor y evitando el plagio de otras investigaciones.

Sesgo y su control:

Los sesgos se producen durante el proceso de la recolección de la información, debido a olvido, subjetividad, confusión, desconfianza, ignorancia, incompreensión

De acuerdo al tipo de estudio se pueden presentar sesgos de pertenencia que se refieren cuando se realiza una muestra aleatoria dentro de la población y pueden existir subgrupos de sujetos que comparten algún atributo en particular, relacionado positiva o negativamente con la variable en estudio; la solución para evitar este tipo de sesgos son los criterios de exclusión

Plan de análisis:

Una vez se hayan realizado todas las entrevistas a las madres se procedió a introducir la información en el programa computacional Epi- Info, que contribuyó al cruce de variables y de esta manera proceder a la respectiva codificación; seguidamente se clasificaron las preguntas contestadas tomando como base la siguiente escala

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES		
Cantidad de respuestas correctas	Porcentaje	Categorías de Clasificación
Las madres que respondan correctamente a 12 las preguntas de conocimiento	100%	Excelente
Las madres que respondan a 9 preguntas de conocimiento	75%	Muy Bueno
Las madres que respondan a 6 preguntas de conocimiento	50%	Bueno
Las madres que respondan a 3 preguntas de conocimiento	25%	Regular
Las madres que respondan a 2 preguntas de conocimiento	10%	Malo

Operacionalización de Variables

Variable	Definición Operacional	Indicadores	Escala	Valor
Conocimiento	conjunto integrado por información, reglas, interpretaciones y conexiones puestas dentro de un contexto y de una experiencia, que ha sucedido dentro de una organización, bien de una forma general o personal	Información, interpretación y el análisis	Cualitativa ordinal	- Excelente -Muy bueno - Bueno - Regular - Malo
Ocupación	Actividad a la que una persona se dedica en un determinado tiempo	Oficio o profesión	Cualitativa nominal politomica	Ama de casa Obrera Grado técnico Profesional
Escolaridad	Grado escolar alcanzado de una persona	Niveles educativos	Cualitativa ordinal	-Analfabetismo -Primaria -Secundaria -Educación media Técnico Medio -Educación Superior
Zona geográfica	Área limitada en extensión territorial	Distancia en kilómetros para llegar a un lugar determinado	Cualitativa Nominal dicotómica	-Urbano -Rural
Ingreso económico	Cantidad de dinero que una familia obtiene mensualmente y puede gastar en un periodo determinado cuando en cuenta el costo de la canasta básica alimentaria	-Accesibilidad Precio de los alimentos, ingreso de las familias, desempleo, subempleo.	Cualitativa ordinal	- Extrema - Relativa - Ampliada
Sexo	división del género humano en dos grupos: mujer o hombre	Género: Mejer Hombre	Cualitativa nominal dicotómica	- Femenino - Masculino
Edad	Años alcanzados cronológicamente	Edad cumplida	Cualitativa continua	- Menor de 1 año - De 1 año - De 2 a 4 años
Estado nutricional	Grado de satisfacer necesidades fisiológicas de nutrientes, consecuencia de conjunto de interacciones de tipo biológico psicológico	Evaluación antropométrica Peso/edad Peso/talla	Cualitativa ordinal	Obesidad -Sobrepeso -Normal -Desnutrición -Desnutrición

Variable	Definición Operacional	Indicadores	Escala	Valor
	y social	Talla/edad		severa
Intervenciones educativas	Complemento esencial de acciones tendientes a mejorar la seguridad alimentaria familiar y representan la estrategia principal en la prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas con la dieta.		Cualitativa Nominal dicotómica	Si No

VI. DESCRIPCION DE RESULTADOS

- De las características biológicas y sociales se obtuvo que el 36% las madres, tienen un nivel de académico de educación media y básica, un mínimo porcentaje no saben leer y escribir; en cuanto a la procedencia el 39% es del área da Santa Tecla y el 34% del Municipio de Colon.

Respecto al estado conyugal la mayoría se encuentran acompañadas y casadas; en cuanto a la ocupación un 86% manifestó que son amas de casa; además se identifico que un 71% se le dificulta la compra de variedad de alimentos ya que la mayoría tiene un ingreso económico de \$200 a 250 mensuales.

- Las intervenciones educativas no se imparten a todas las madres que asisten a los controles ya que un 43% no ha recibido charlas de nutrición, no se enfatiza en la importancia de los alimentos fortificados y en la función del hierro y de los 65 expedientes revisados el 84% no registra la educación nutricional ni la consejería impartida a las usuarias, no se tienen madres organizadas en clubs del área de nutrición; no se evalúa al personal de salud en relación como se está brindando la Educación Alimentaria Nutricional y Consejería Nutricional.

- Al evaluar las madres por medio de 12 preguntas de conocimiento en Educación Alimentaria Nutricional se obtuvo un total de 8 respuestas correctas, siendo un 70%, aproximándose a la categoría de clasificación Muy Bueno; entre algunos de los resultados obtenidos de las respuestas el 98% respondió que es importante asistir a los controles infantiles, brindar una alimentación sana, iniciar la introducción de alimentos después de los seis meses de edad, administrar la vitamina A para prevenir la ceguera y conocer como se clasifica el estado nutricional. Las madres no identificaron cual es la función del hierro, las harinas que contienen hierro y cuáles son los alimentos fortificados.

- En cuanto a la evaluación del estado nutricional de los niños y niñas solo se verifico 65 expedientes que asistieron al control infantil en el periodo de enero – octubre de 2011; siendo un 50% de los niños; los cuales el 48% de estos presento un estado nutricional normal y un 2% desnutrición severa.

VII. ANALISIS DE RESULTADOS:

A continuación se presentan los siguientes resultados.

En En relación al grado de escolaridad de las madres la mayoría han cursado educación media y básica. Ver tabla N° 1; respecto a procedencia la mayoría es de los municipios de Santa Tecla y Colon Tabla N° 2, en cuanto al estado conyugal se encuentran acompañadas y casadas Tabla N° 3, en relación a la ocupación la mayoría de las madres son amas de casa y son las encargadas del cuidado de sus hijos y de los que a seres del hogar Tabla N° 4.

La población en estudio que asisten al control infantil, la mayoría pertenecen al sexo femenino Tabla N° 5; la mayoría de los niños son de las edades comprendidas de un año a un año once meses, continuando los niños de dos años a dos años once meses. Tabla N° 6.

Se puede observar por medio de las preguntas de conocimiento, que la mayoría de las madres conocen la importancia de asistir a los controles infantiles y al preguntarles porqué dieron las siguientes opiniones: para saber cómo está el crecimiento y desarrollo, si están sanos o bien de salud, la importancia de la aplicación de las vacunas, saber cómo está el peso y para que no se enfermen. Tablas N° 7 y 7.1.

La mayoría de las madres identificaron cada cuanto deben asistir a los controles infantiles con sus niños, hicieron referencia, que de acuerdo a la edad cumplida y como se encuentra el estado nutricional del niño, así es la fecha de programación de la cita y al relacionarlo con la normativa de Atención Integral en Salud a la Niñez, según lo constatado estos se deben brindar: menores de un año cada dos meses de uno a dos años cada tres meses y de dos a menores de cinco años cada seis meses; en los expedientes revisados se constato que estos se están brindando cada dos meses. Tabla N° 8.

Las madres de familia manifestaron que si conocen los diferentes tipos de clasificación del estado nutricional que el niño y niña deben de tener en relación a la edad y el peso. Tabla N° 9.

La mayoría de madres manifestaron que sus hijos se encuentran con un estado nutricional normal, manifestando que en los controles el personal de salud les explica cual es la clasificación en la que deben estar los niños de acuerdo al indicador peso para la edad de la grafica de crecimiento y desarrollo. Tablas N° 10 y 11.

Al preguntar cómo debe ser el estado nutricional adecuado de los niños la mayoría de las madres expresaron que el niño debe tener el peso y la talla de acuerdo a la edad y se le debe dar vitamina, minerales y una alimentación adecuada evitando las golosinas, seguido de darle de comer las veces que sean necesarias en el día. Tabla N° 12

La mayoría de las madres manifestaron haber recibido charlas de nutrición cuando asisten al control infantil, los temas que mencionaron son: adecuada alimentación del niño, lactancia materna, importancia del crecimiento, una adecuada nutrición y una minoría manifestó no acordarse; al revisar la calendarización de charlas del establecimiento de salud se observó que estas solo se imparten en una hora ya establecida y no en cada vez que se hace la respectiva selección y colocación de las madres con los niños. Tablas N° 13 y 13.1.

La mayoría de las madres manifestaron que el médico y enfermeras les explican cómo debe ser el cuidado de la nutrición de sus niños, hicieron énfasis en cómo deben alimentarlos y mantenerlos en un peso normal, al relacionarlo con la normativa están cumpliendo con lo indicado en la consejería nutricional. Tabla N° 14.

La mayoría de las madres expresaron que el personal de salud les explica o aclara dudas al momento de estar recibiendo el control, manifestando estar satisfechas con la atención que brindan; una minoría respondió nunca haber preguntado. Tabla N° 15.

En relación a las enfermedades que pueden presentar los niños menores de 5 años al no tener una buena nutrición la mayoría manifestó que les da anemia y retardo en el crecimiento, continuando la anemia y una minoría manifestó que pueden enfermarse de diarrea. Tabla N° 16.

La mayoría de las madres expresaron que el hierro ayuda a prevenir la desnutrición en los niños y niñas menores de 5 años y al preguntarles en que les ayudaba respondieron que ayuda a los huesitos y los hace fuertes, ayuda al crecimiento y desarrollo, que es una vitamina, solo una minoría reconoce que previene la anemia y le da fuerza a la sangre; al conocer las diferentes opiniones se identificó que desconocen la función esencial de este mineral, lo asocian en ayudar a los huesitos y que hace fuerte a los niños. Tabla N° 17 y 17.1.

Se observa que la mayoría de las madres no identifican que los tres tipos de harina son fortificados con hierro y solo atribuyen a la Incaparina es la única harina que contiene hierro, en menor cantidad fueron las que respondieron correctamente la pregunta. Tabla. N° 18.

El mayor porcentaje de madres identifica que la vitamina A ayuda a prevenir la ceguera en los niños y una minoría manifestó no saber. Tabla N° 19.

Se observa en el establecimiento de salud el personal responsable de brindar los controles infantiles y las charlas educativas, no les explican a las madres sobre cuáles son los alimentos fortificados debido que la mayoría manifestó no saber de estos alimentos. Tabla N° 20.

Se observa que las madres iniciaron a darle alimentación a su niño niña a partir de los 6 meses constatando que si tienen conocimiento de ello y al compararlo con normativa de atención integral a la niñez y a la guía de alimentación salvadoreña que hace referencia que a esta edad se debe iniciar con la introducción de alimentos, se determina que el personal de salud hace referencia al tema, una minoría inicio la ablactación de dos a tres meses de edad. Tabla N° 21.

Se observa que los alimentos de mayor consumo son sopa de frijoles, continuando los huevos, el arroz, la sopas de hojas y las frutas; al relacionarlo con la guía de alimentación salvadoreña esto se encuentra dentro de lo normado, además se observa que las sopas y los carbohidratos son de mayor consumo y la fuente principal de proteína es el huevo y el pollo; los alimentos de menor consumo son el pescado, las ensaladas frescas y las carnes rojas. Tabla N° 22.

En relación al consumo de carnes rojas la mayoría de las madres manifestaron que estas se deben consumir una vez a la semana cuando lo recomendado es consumirlas dos veces a la semana según la guía de alimentación salvadoreña; en cuanto al consumo de frijoles en diferentes preparaciones la mayoría de las madres los consumen todos los días, continuando la opinión tres veces a la semana y de acuerdo a lo normado estos se pueden consumir todos los días; respecto al consumo de sopa de hojas verdes con vegetales la mayoría manifestó que estas deben consumirse 3 veces a la semana, cuando la guía de la alimentación salvadoreña lo recomienda todos los días; respecto al consumo de huevos estos se deben de consumir de 3 a 4 veces por semana, observando que la mayoría de las madres opinaron acertadamente. Tabla N° 23.

En relación al ingreso económico mensual se observa que la mayoría tiene un ingreso de \$200 a 250 mensuales, continuando el de \$100 125; al compararlo con el costo de la canasta básica del área urbana que toma como referencia a un promedio de 3.79 miembros es de \$168.01 y la Canasta Básica Ampliada es de \$336.02; se refleja que en su mayoría no se supe con la canasta básica ampliada y al preguntarles si se les dificulta la compra de variedad de alimentos la mayoría de las madres manifestaron los motivos expresan que los alimentos están caros, no alcanza el dinero para comprarlos, el sueldo no alcanza y solo el esposo trabaja, no tengo trabajo y por la crisis económica; las madres que manifestaron no afectarles dieron las siguientes opiniones: hay ingresos suficientes, tienen accesibilidad económica para comprarlos, el esposo trabaja y compra de todo, compra lo más necesario.

Quedando claro que la situación económica de las madres influye en la alimentación y nutrición de sus hijos. Tablas N° 24, 25 y 25.1.

VIII. CONCLUSIONES

1- De las características biológicas y sociales de las madres se identifico que presenta un nivel académico intermedio y básico, la mayoría se dedica al cuidado de sus hijos y a los oficios domésticos del hogar; la procedencia es de los Municipios de Santa Tecla y Colon.

2- Se constato que no todas las intervenciones en nutrición que el establecimiento de salud brinda a las madres se benefician, debido a que un buen numero manifestó no recibir charlas educativas y al verificarlo, se comprobó que es por los diferentes horarios de selección, previo a recibir el control infantil; además al revisar algunos expedientes se observo que no se registra la educación nutricional y la consejería impartida a las usuarias.

Al mismo tiempo no se enfatiza en la importancia de los alimentos fortificados y las funciones de algunos micronutrientes como el hierro, ya que estos temas no están contemplados en la programación de las charlas educativas.

3- Las madres tiene los conocimientos de cómo debe ser la nutrición adecuada de sus hijos y se basan en las explicaciones, charlas y consejerías que les brindan en los controles infantiles, reconociendo que es importante brindar una alimentación sana, el inicio de la introducción de alimentos después de los seis meses, la importancia de dar la vitamina A y como se clasifica el estado nutricional; al mismo tiempo se identificaron deficiencias en el conocimiento de las funciones de micronutrientes y cuáles son los alimentos fortificados.

4- Respecto al estado nutricional de los niños y niñas solo se verifico la mitad de los expedientes de la población en estudio, observando que los niños se encuentran con un estado nutricional normal, las razones de no hacer una revisión completa fue debido a que registros tomados de las tarjetas no coincidían con los del expediente ya que al revisarlos, estos eran de adultos y por otra parte en el área de archivo no se encontraron algunos de estos; limitando el análisis del estudio.

5- La ingesta de alimentos está claramente afectada por el ingreso económico de las madres ya que existe una prohibición de los alimentos principalmente los cárnicos, lo cual significa que no se tiene el acceso a cierto tipo de producto.

El ingreso económico es importante en la discusión de los resultados en relación a la accesibilidad y variedad de los alimentos.

IX. RECOMENDACIONES.

- 1- A los equipos supervisores del Ministerio de Salud verifiquen el cumplimiento de las normativas establecidas y al mismo tiempo fortalecer las capacidades del personal de salud en atención integral en salud y nutrición.
- 2- El personal del establecimiento de salud debe programar charlas educativas en los diferentes horarios de selección del control infantil y reflejar en los expedientes infantiles, las consejerías o la educación alimentaria nutricional que se imparte a las madres al momento de recibir los controles.
- 3- Que el personal de salud que brinda los controles infantiles conozca de la normativa de Atención Integral en Salud de la Niñez
- 4- En el establecimiento de salud el personal debe dar cumplimiento en un 100% de la normativa y llevar un mejor control de los expedientes en el área de archivo.
- 5- Fortalecer estrategias educativas en nutrición con participación comunitaria y rescatar alimentos locales de alto valor nutritivo.
- 6- Fomentar los huertos familiares a nivel comunitario para mejorar la accesibilidad y disponibilidad de alimentos de las familias, involucrando a las directivas, la municipalidad, ONG´S y Ministerio de Agricultura.
- 7- Promover las mezclas de alimentos a nivel comunitario, involucrando a las ONG´S, Ministerio de Educación y municipalidad.
- 8- Desarrollar estrategias de educación alimentaria nutricional involucrando a la Intersectorialidad con el fin de promover estilos de vida saludables.

XI. Bibliografía

1. Alcázar Lorena, El Rol de las Percepciones y Conocimiento de las madres en el Estado Nutricional de los Niños. Perú Noviembre 2010.
2. Asociación de Estadísticas Internacional de Estadísticas de La Educación, Hipótesis Alternativa. Vol. 8 N° 1, mayo 2007.
3. Besoain Claudia, Impacto de la Educación en Alimentación Saludable en el Estado Nutricional de Preescolares del CES Cordillera Andina 2002 – 2006. Chile 2007.
4. Buitrón Diego, Estado Nutricional en niños Naporuanas menores de cinco años en la Amazonia Ecuatoriana. Ecuador 2004.
5. Carniglia Castillo Álvaro, Conocimiento Nutricional de Madres de Pre-Escolares Obesos de Estratos Sociales económicos Bajo y Medio. Santiago de Chile 2006
6. Cauas Daniel, Definición de las variables, enfoque y tipo de investigación.
7. CEPAL, Análisis de las mejoras practicas recientes en América Latina en políticas de nutrición para cumplir con los objetivos de desarrollo del milenio, enero 2008.
8. CON SU ACCION C. A. y El Caribe, Comida Chatarra en los Centros Escolares, San Salvador, diciembre 2009
9. CONASAN, Seguridad Alimentaria y Nutricional, El Salvador, junio 2010.
10. CONASAN, Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional, El Salvador, junio 2010.
11. Dávila Jennifer, Relación entre el Síndrome del Burnout y la Percepción sobre el Clima Organizacional en Médicos del Área de Emergencia. Caracas 20 de Mayo de 2010.
12. FAO, Estado de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en El Salvador, octubre 2006.
13. FESAL 2008, Encuesta Nacional de Salud Familiar, febrero 2009.
14. Gonzalo Salas, Privaciones Nutricionales su Vinculo con la Pobreza y el Ingreso Monetario. Uruguay diciembre, 2006.
15. Guerra Grajales Tevni, Formulación de Hipótesis, marzo 2000.
16. Geukes, Sebastián, Relación entre Motivación y Rendimiento Académico.
17. Herrera Garrido Alicia, Desnutrición crónica, estudio de las características, conocimientos y aptitudes de la madre sobre nutrición infantil. Perú, 2003
18. Herrero Aguirre Hidelisa, Modificación de conocimientos sobre nutrición y alimentación en madres con niños desnutridos menores de 6 años. MEDISAN Cuba Noviembre 2006.

19. INCAP, Diagnóstico de la situación nutricional y caracterización de programas alimentario nutricionales dirigidos a niños y niñas de 6 - 36 meses Informe Final, Agosto 2005.
20. Manual 2.1, Curso de Estadística Aplicada a las Ciencias Sociales.
21. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Plan de Emergencia Sanitario Local Unidad de Salud Dr. Carlos Díaz del Pinal. Febrero 2009.
22. Ministerio de Economía, Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, DIGESTYC, julio 2010.
23. MSPAS, Estrategia de Nutrición a la Niñez ESNNI, El Salvador, mayo de 2009.
24. MSPAS, Guía de la Alimentación de la Familia Salvadoreña, El Salvador, 2000.
25. MSPAS, Norma de Atención Integral en Salud a la Niñez, El Salvador, abril 2005.
26. Morales Juan Antonio, Nutrición y Rendimiento Escolar en Bolivia. Bolivia 1979.
27. Nolberto Sifuentes Violeta, Estadística Inferencial Aplicada. Primera Edición Lima 2008.
28. OPS, Infancia, Seguridad Alimentaria y Nutrición para su aprobación, El Salvador, Edición Abril - Junio 2009.
29. Sandra Murillo, Prácticas y Creencias en Nutrición y Salud de Madres Rurales Costarricenses. Costa Rica 1979.
30. Trochim William MK, Métodos de Investigación de Knowledge Base. 10/20/2006
31. Vilorio de la Hoz Joaquín, Educación, Nutrición y Salud Retos para el Caribe Colombiano. Colombia Noviembre 2007.
32. Valdivia Velásquez Aníbal, Factores económicos asociados a la nutrición e impacto de programas de reducción de la pobreza en la desnutrición de países en desarrollo. Diciembre 2005

ANEXOS

Anexo N° 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA-MANAGUA CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA 2008 - 2010 SAN SALVADOR

Encuesta dirigida a las madres de niño y niñas menores de 5 años sobre el conocimiento en nutrición que consultan en La Unidad de Salud de Dr. Carlos Díaz del Pinal en el mes de septiembre 2011, la información recopilada será confidencial

Indicación: por medio de esta encuesta se conocerá el conocimiento en nutrición que tienen las madres de niños y niñas menores de 5 años, se tomara una muestra de 135 madres para luego analizar la información en el programa computacional de Epi Info.

I. Datos Generales de la madre.

1. Fecha de Entrevista: _____
2. Edad de la madre: _____ 3. Ocupación: _____
4. Grado de Escolaridad: _____ 5. Municipio: _____
7. Estado conyugal de la madre: casada _____ acompañada _____
soltera _____ divorciada _____ viuda _____
8. Ingreso económico familiar: _____

II. Datos Generales de los niños y niñas.

9. Edad: _____ Niño: _____ Niña: _____ N° Expediente _____

III. Conocimiento de las madres en alimentación y nutrición.

10. Le han explicado a usted en esta unidad de salud la importancia de traer a su niño o niña a sus controles infantiles: Si _____ No _____

11. Porque cree usted que es importante traer a su niño a control infantil:

12. ¿Cada cuanto trae a control infantil a su niño o niña?

- a) Una vez al mes
- b) Cada dos meses
- c) Cada tres meses
- d) Cada seis meses

13. ¿Cómo es el estado nutricional de su niño o niña?

Normal_____ Desnutrido_____ Desnutrido severo_____

Con sobrepeso_____ Obeso_____

14. ¿Le han explicado cómo se clasifica el estado nutricional de su niño?

Si_____ No_____

15. ¿De la siguiente clasificación en relación al peso como debe estar su niño?

Obeso_____ Sobrepeso_____ Normal_____ Desnutrido_____

Desnutrido severo_____

16. ¿Qué comprende por un estado nutricional adecuado?

- a) El niño debe tener el peso y la talla de acuerdo a la edad y se le debe dar vitamina, minerales y una alimentación adecuada evitando las golosinas.
- b) Tener un buen peso
- c) Que el niño este gordo
- d) Darle de comer las veces que sean necesarias en el día

17. ¿Ha recibido charlas de nutrición cuando ha traído a su niño o niña a los controles infantiles?

Si_____ No_____

Puede mencionar algunos temas que recuerde_____

18. ¿Le ha explicado el médico o enfermera del cuidado nutricional que debe tener con su niño cuando le está brindando el control?

Si_____ No_____

19. ¿Le han aclarado dudas o preguntas que usted a hecho al médico o enfermera al momento de estar recibiendo el control infantil de su niño o niña?

Si_____ No_____

Porque_____

20. ¿Qué enfermedades pueden presentar los niños al no tener una buena nutrición?

- a) Anemia
- b) Retardo en el crecimiento del niño
- c) Diarrea
- d) Dolor de estomago
- e) Anemia y retardo en el crecimiento

21. ¿Cree usted que el hierro ayuda a prevenir la desnutrición en los niños menores de cinco años? Si_____ No_____

Porque:

22. ¿Cuáles de las siguientes harinas con tienen hierro?

- a) Harina de trigo_____
- b) Harina de Maíz_____
- c) Incaparina_____
- d) los tres tipos de harina lo contienen_____

23. ¿Cree usted que darle vitamina "A" a los niños ayuda a prevenir la ceguera?

Si_____ No_____

24. ¿Le han explicado en este establecimiento de salud acerca de los alimentos fortificados?

Si_____ No_____

25. Edad en que inicio a darle alimentos a su niño o niña: _____

26. ¿De la siguiente lista de alimentos cuales son los que consume más frecuentemente?

- a) Sopas de hojas verdes
- b) carnes rojas en diferentes preparaciones
- c) Sopa de frijoles
- d) Pollo en diferentes preparaciones
- e) Macarrones
- f) Pescado en diferentes preparaciones
- g) Arroz
- h) Leche
- i) verduras
- j) Frutas
- k) Huevos
- l) Ensaladas frescas

27. ¿Cada cuanto cree usted que debe consumir los siguientes alimentos?

a) Carnes rojas: 3 veces a la semana____ 2 veces a la semana____
1 vez a la semana____

b) Frijoles en diferentes preparaciones: 3 veces a la semana____ 2 veces a la
semana____ Todos los días____

c) Sopa de hojas verdes con vegetales: 3 veces a la semana____ 2 veces a la
semana____ 1 vez a la semana____ Todos los días____

d) Huevos: 4 veces a la semana____ 3 veces a la semana____ 2 veces a la
semana____

28. ¿Se le dificulta a usted la compra de variedad de alimentos?

Si____ No____

Porque:

Anexos N° 3

Tabla N° 1 Frecuencia y porcentajes del grado de escolaridad de la madre que asisten a control infantil con sus niños, en la unidad de salud Dr. Carlos Díaz del Pinal Enero –Septiembre 2011.

Grado de escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
No sabe leer ni escribir	2	1%
De Primero a Tercer Grado	17	13%
De cuarto a sexto grado	22	16%
De séptimo a noveno grado	42	31%
Bachillerato	48	36%
Estudio Universitario	4	3%
Total	135	100%

Fuente: Encuesta

Grafico N° 1



Tabla N° 2 Frecuencia y porcentajes de la procedencia de las madres de los diferentes Municipios del Departamento de la Libertad, que asisten con sus niños a control infantil en la unidad de salud Dr. Carlos Díaz del Pinal Enero –Octubre 2011.

Municipios	Frecuencia	Porcentaje
Antiguo Cuscatlán	4	3%
Ciudad Arce	10	7%
Colón	46	34%
Comasagua	1	1%
Jayaque	1	1%
Nuevo Cuscatlán	1	1%
Quezaltepeque	2	1%
San José Villa Nueva	1	1%
San Juan Opico	8	6%
Santa Tecla	53	39%
Sacacoyo	3	2%
Zaragoza	5	4%
Total	135	100%

Fuente: Encuesta

Grafico N° 2



Tabla N° 3 Frecuencia y porcentaje del estado conyugal de las madres, que asisten a control infantil con sus niños en la unidad de salud Dr. Carlos Díaz del Pinal Enero –Octubre 2011.

Estado Conyugal	Frecuencia	Porcentaje
Acompañada	74	55%
Casada	37	27%
Divorciada	1	1%
Soltera	22	16%
Viuda	1	1%
Total	135	100%

Grafico N° 3

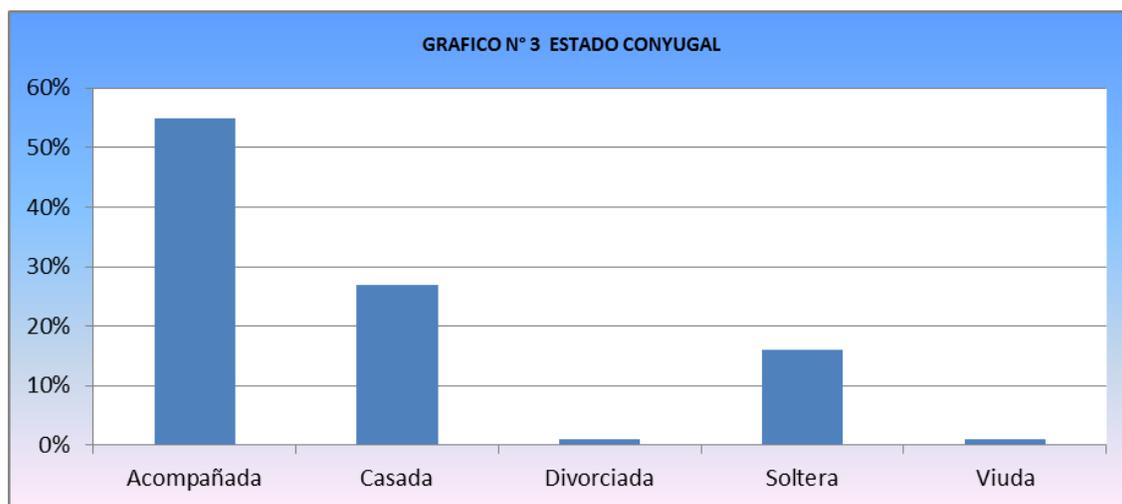


Tabla N° 4 Frecuencia y porcentajes de la ocupación de la madre que que asisten a control infantil con sus niños en la unidad de salud Dr. Carlos Díaz del Pinal Enero –Octubre 2011.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	116	86%
Comerciante	7	5%
Empleada	7	5%
Estudiante	5	4%
Total	135	100%

Fuente: encuesta

Gráfico N° 4

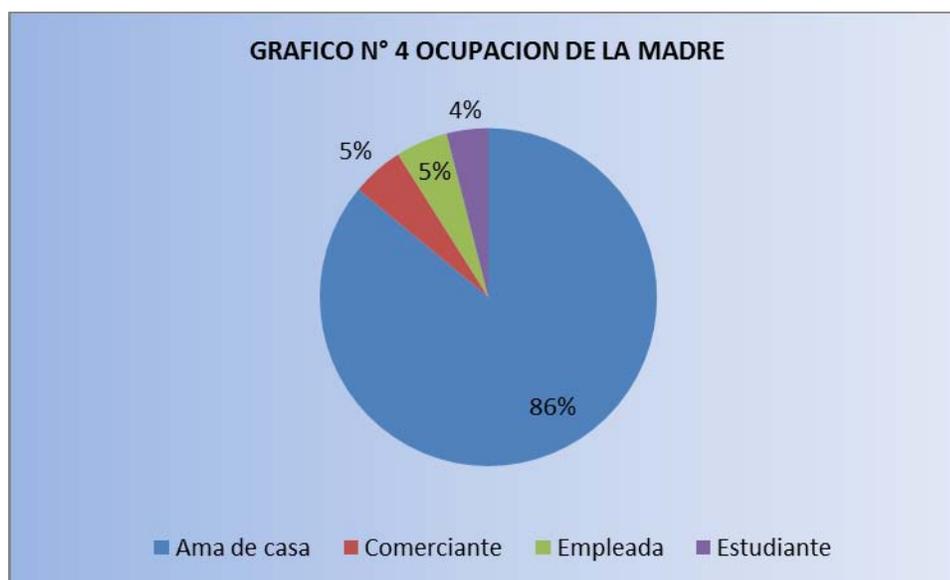


Tabla N° 5 Frecuencia y porcentajes de distribución por sexo de niños y niñas menores de 5 años que asisten a control infantil en la unidad de salud Dr. Carlos Díaz del Pinal Enero – Octubre 2011.

Encuestados	Frecuencia	Porcentaje
Niña	80	59%
Niño	55	41%
Total	135	100%

Fuente: Encuesta

Grafica N° 5.

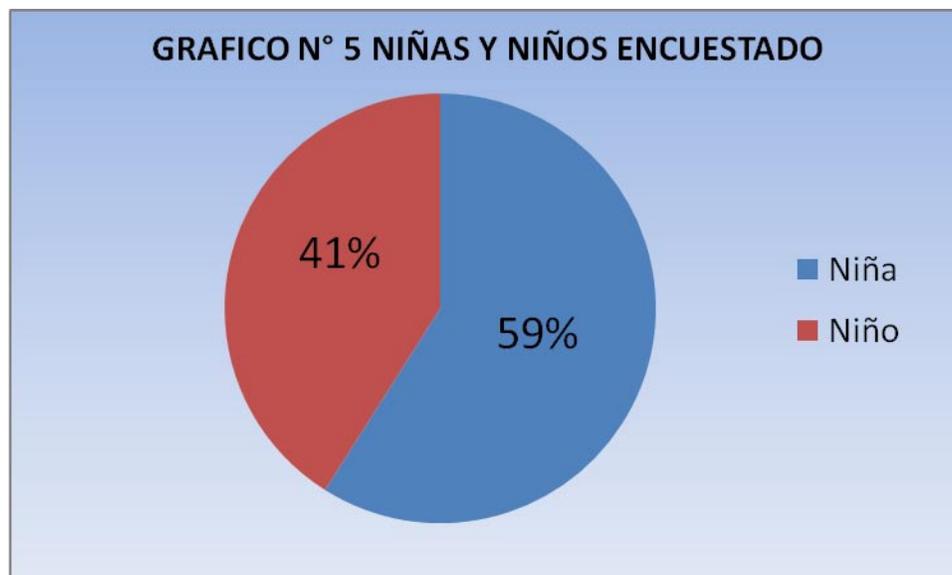


Tabla N° 6 Frecuencia y porcentajes de edades de los niños y niñas menores de 5 años que asisten a control infantil en la unidad de salud Dr. Carlos Díaz del Pinal Enero –Octubre 2011.

Edades de niños y niñas	Frecuencia	Porcentaje
8 a 11 meses	25	18%
1ª a 1 año 11 meses	55	41%
2ª a 2 años 11 meses	32	24%
3ª a 3 años 11 meses	18	13%
4 años	5	4%
Total	135	100%

Fuente: Encuesta

Gráfico N° 6

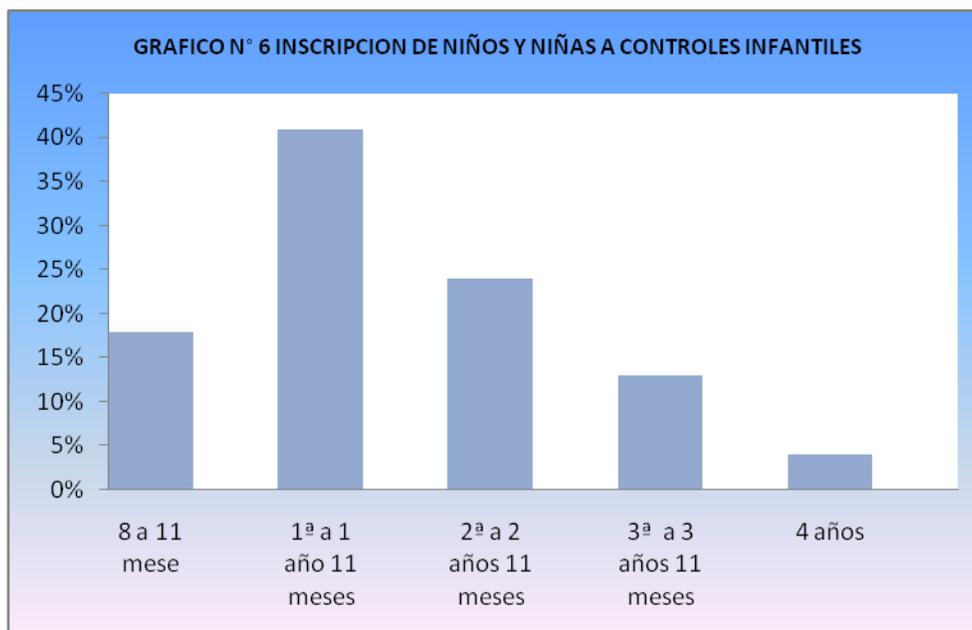


Tabla N° 7. Le han explicado en esta unidad de salud la importancia de traer a su niño o niña a los controles infantiles en la unidad de salud Dr. Carlos Díaz del Pinal Enero –Octubre 2011.

importancia de traer a su niño o niña a sus controles infantiles	Frecuencia	Porcentaje
Si	133	98%
No	2	2%
Total	135	100%

Fuente: Encuesta

Grafico N° 7



Tabla N° 7.1 Frecuencia y porcentaje de la importante traer a los niños y niñas menores de 5 años al control infantil en la unidad de salud Dr. Carlos Díaz del Pinal Enero –Octubre 2011.

Importancia del control infantil	Frecuencia	Porcentaje
Escuchar los consejos que me dan	1	1%
Para detectar enfermedades	18	13%
Para que le pongan las vacunas	43	32%
Para que lo examinen	1	1%
Para que no se enfermen	19	14%
Para saber cómo está el crecimiento y desarrollo	60	44%
Para saber cómo es la alimentación	11	8%
Para saber cómo está la talla	5	4%
Para saber cómo está el peso	29	22%
Para saber si esta desnutrido	2	2%
Para saber si están sanos o bien de salud	50	19%
Para saber si necesitan vitaminas	6	4%
Saber si está creciendo de forma adecuada	1	1%

Fuente: Encuesta

Grafico N° 7.1

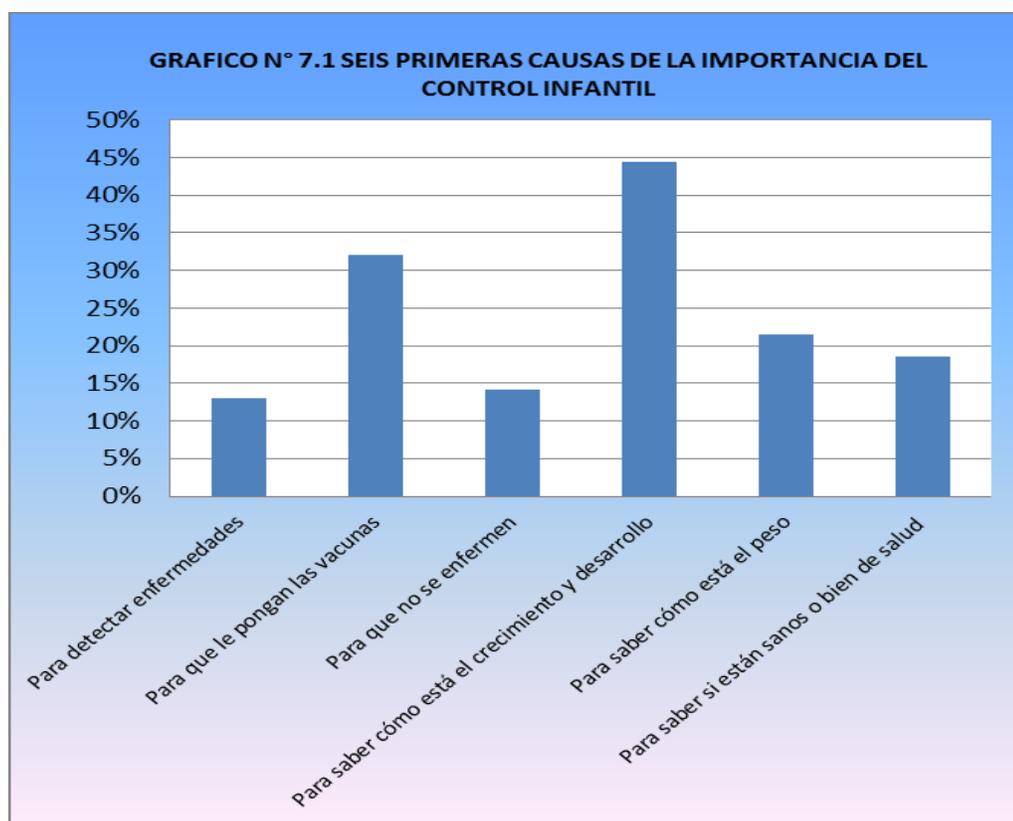


Tabla N° 8. Frecuencia y porcentajes de niños y niñas menores de 5 años que asisten a control infantil en la unidad de salud Dr. Carlos Díaz del Pinal Enero –Octubre 2011.

Controles infantiles	Frecuencia	Porcentaje
Una vez al mes	11	8%
Cada dos meses	55	41%
Cada tres meses	51	38%
Cada seis meses	18	13%
Total	135	100%

Fuente: Encuesta

Grafico N° 8

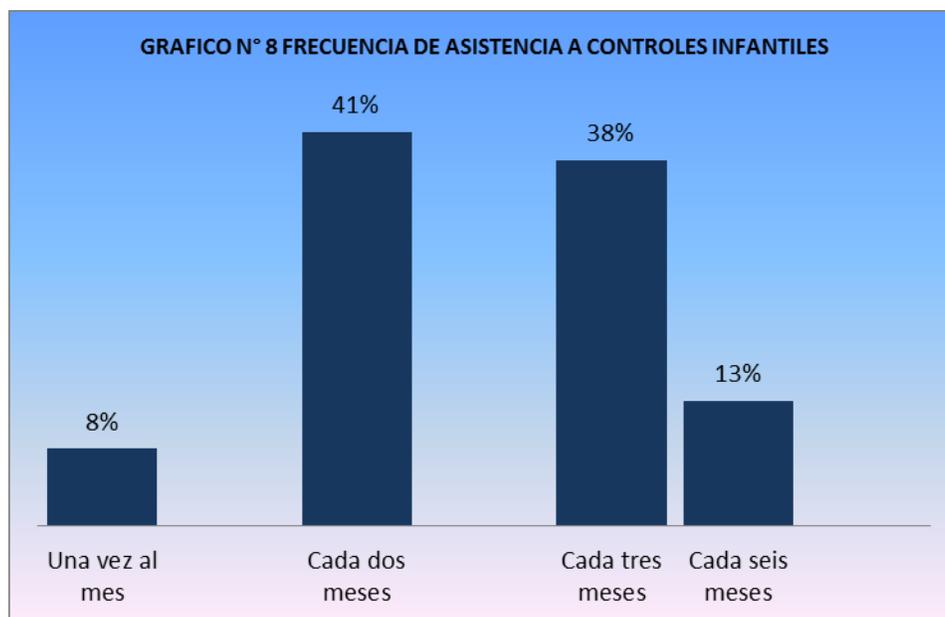


Tabla N° 9. Frecuencia y porcentajes de la clasificación del Estado Nutricional de niños y niñas menores de 5 años que asisten a control infantil en la unidad de salud Dr. Carlos Díaz del Pinal Enero –Octubre 2011.

clasificación del estado nutricional	Frecuencia	Porcentaje
Si	111	82%
No	24	18%
Total	135	100%

Fuente: Encuesta

Grafica N° 9

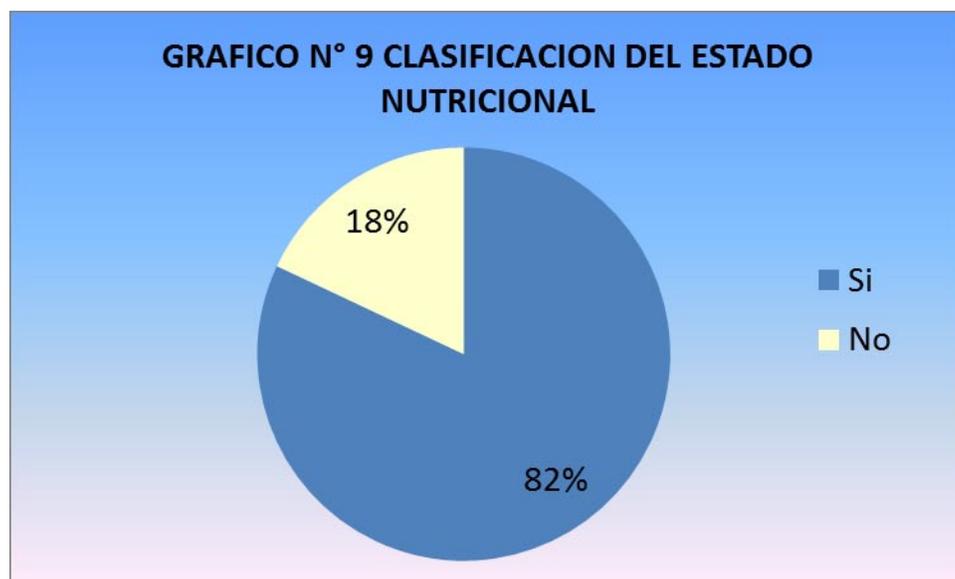


Tabla N° 10. Frecuencia y porcentajes de como es el Estado Nutricional de niños o niñas menores de 5 años que asisten a control infantil en la unidad de salud Dr. Carlos Díaz del Pinal Enero –Octubre 2011.

Estado Nutricional	Frecuencia	Porcentaje
Obeso	0	0
Con sobre peso	11	8%
Normal	117	87%
Desnutrido	7	5%
Desnutrido severo	0	0
Total	135	100%

Fuente: Encuesta

Grafico N° 10

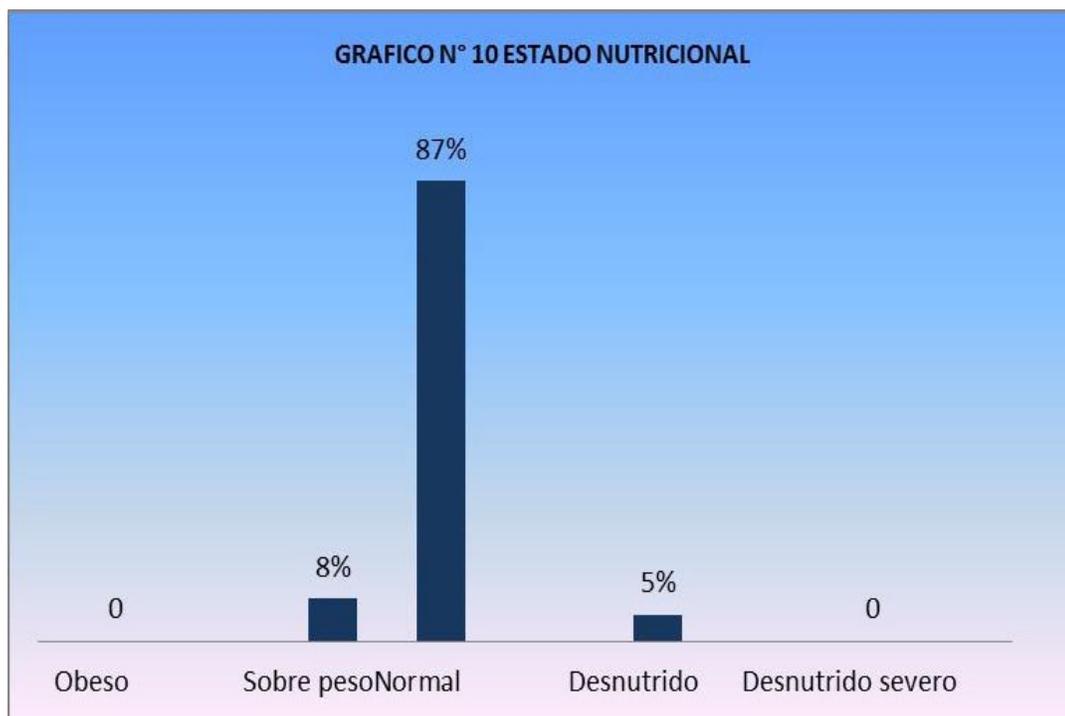


Tabla N° 11. Frecuencia y porcentaje de cómo deben estar los niños y niñas menores de 5 años que asisten a control infantil en la unidad de salud Dr. Carlos Díaz del Pinal Enero –Octubre 2011.

Clasificación nutricional	Frecuencia	Porcentaje
Obeso	0	0
Sobrepeso	0	0
Normal	133	98%
Desnutrido	0	0
Desnutrido severo	0	0
No sabe	2	2%
Total	135	100%

Fuente: Encuesta

Grafico N° 11



Tabla N° 12. Frecuencia y porcentajes de cómo debe de ser el estado nutricional de niños y niñas menores de 5 años que asisten a control infantil en la unidad de salud Dr. Carlos Díaz del Pinal Enero –Octubre 2011.

Estado nutricional adecuado	Frecuencia	Porcentaje
Darle de comer las veces que sea necesarias en el día	32	24%
El niño debe tener el peso y la talla de acuerdo a la edad y se le debe dar vitamina, minerales y una alimentación adecuada evitando las golosinas.	91	67%
Que el niño este gordo	0	0
Tener un buen peso	12	9%
Total	135	100%

Fuente: Encuesta

Grafica N° 12

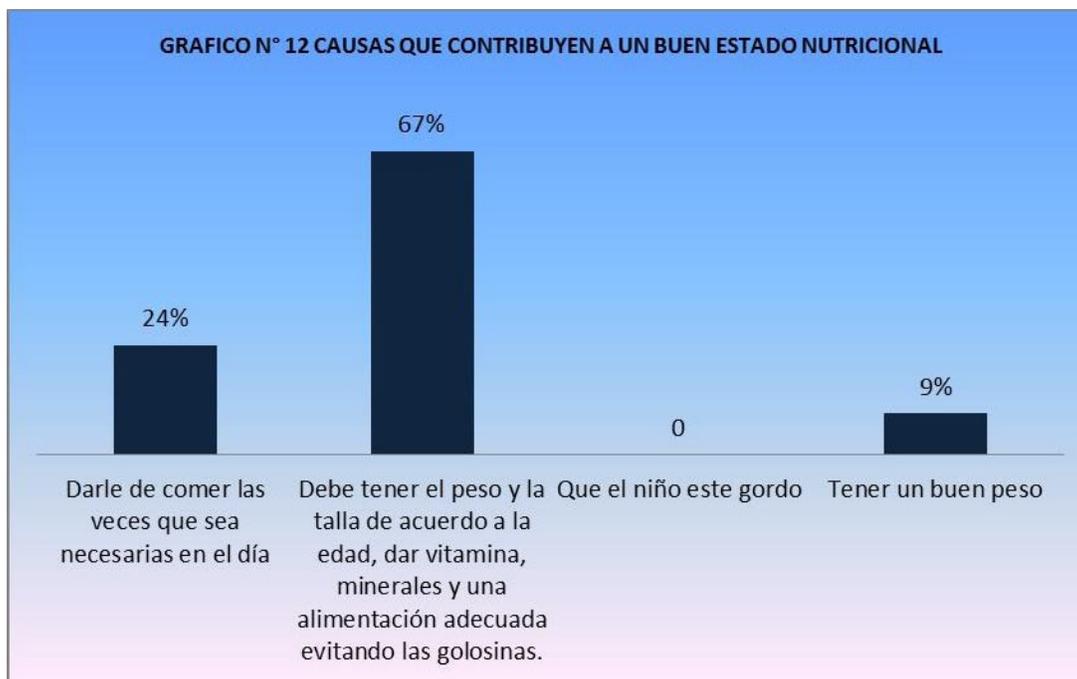


Tabla N° 13. Frecuencia y porcentajes de las charlas de nutrición recibidas cuando ha traído a sus niños y niñas menores de 5 años a control infantil en la unidad de salud Dr. Carlos Díaz del Pinal Enero –Octubre 2011.

Charlas de nutrición recibidas	Frecuencia	Porcentaje
Si	73	54%
No	48	43%
No se acuerda	14	3 %
Total	135	100.0%

Fuente: Encuesta

Grafico N° 13

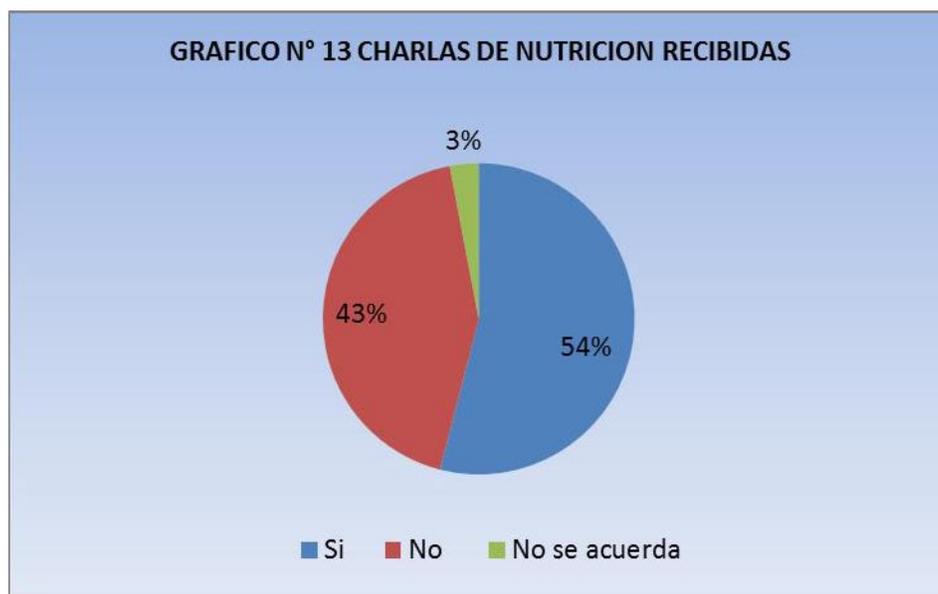


Tabla N° 13.1 Frecuencia y porcentajes de charlas de nutrición recibidas en el control infantil unidad de salud Dr. Carlos Díaz del Pinal Enero –Octubre 2011.

Charlas recibidas	Frecuencia	Porcentaje
Adecuada Alimentación	46	34%
Como evitar las diarreas y paracitos	1	1%
Importancia de las Vitaminas	2	2%
Importancia de las vacunas	5	4%
Importancia del crecimiento	5	4%
Lactancia Materna	14	10%
La desnutrición y enfermedades que afectan	5	4%
Una adecuada nutrición	5	4%
No se acuerda	14	10%
Cuidados higiénicos	7	5%

Fuente: Encuesta

Grafico N° 13.1

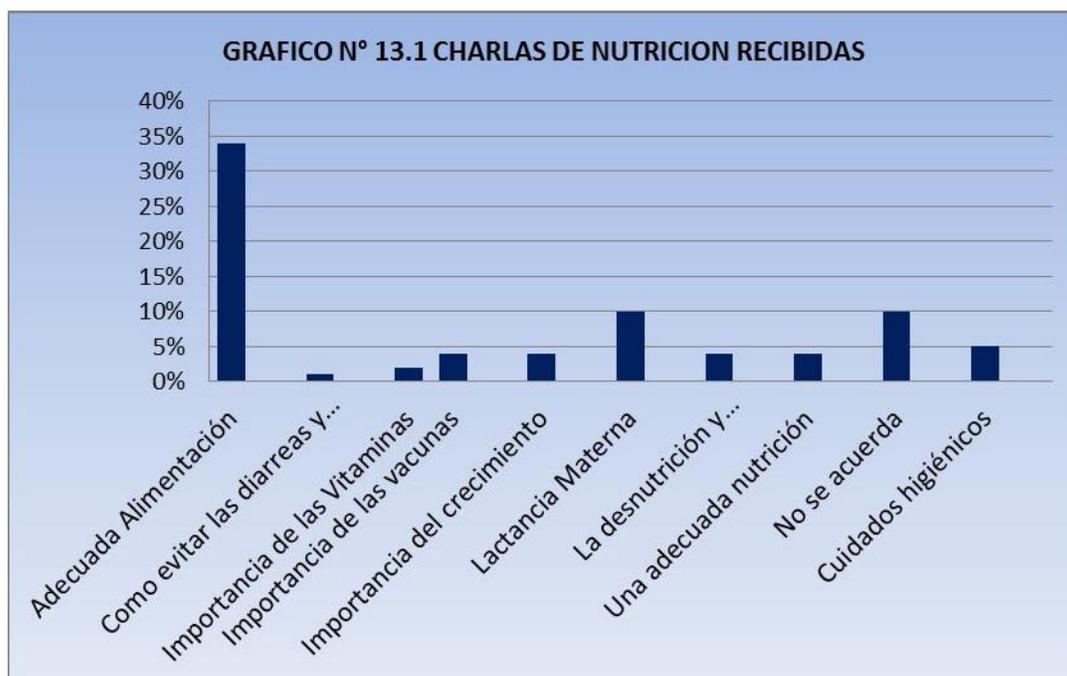


Tabla N° 14. Frecuencia y porcentaje de explicación del médico o enfermera sobre el cuidado nutricional que debe tener con sus niños y niñas menores de 5 años que asisten a control infantil en la unidad de salud Dr. Carlos Díaz del Pinal Enero –Octubre 2011.

La han explicado del cuidado nutricional que debe tener con su niño	Frecuencia	Porcentaje
Si	126	93%
No	9	7%
Total	135	100%

Fuente: Encuesta

Grafico N° 14



Tabla N° 15. Frecuencia y porcentajes de dudas o preguntas que usted ha hecho al médico o enfermera al momento de estar recibiendo el control infantil en la unidad de salud Dr. Carlos Díaz del Pinal Enero –Octubre 2011.

Le han aclarado dudas al momento de recibir el control infantil	Frecuencia	Porcentaje
Si	129	95.%
No	6	5%
Total	135	100%

Fuente: Encuesta

Grafico N° 15.

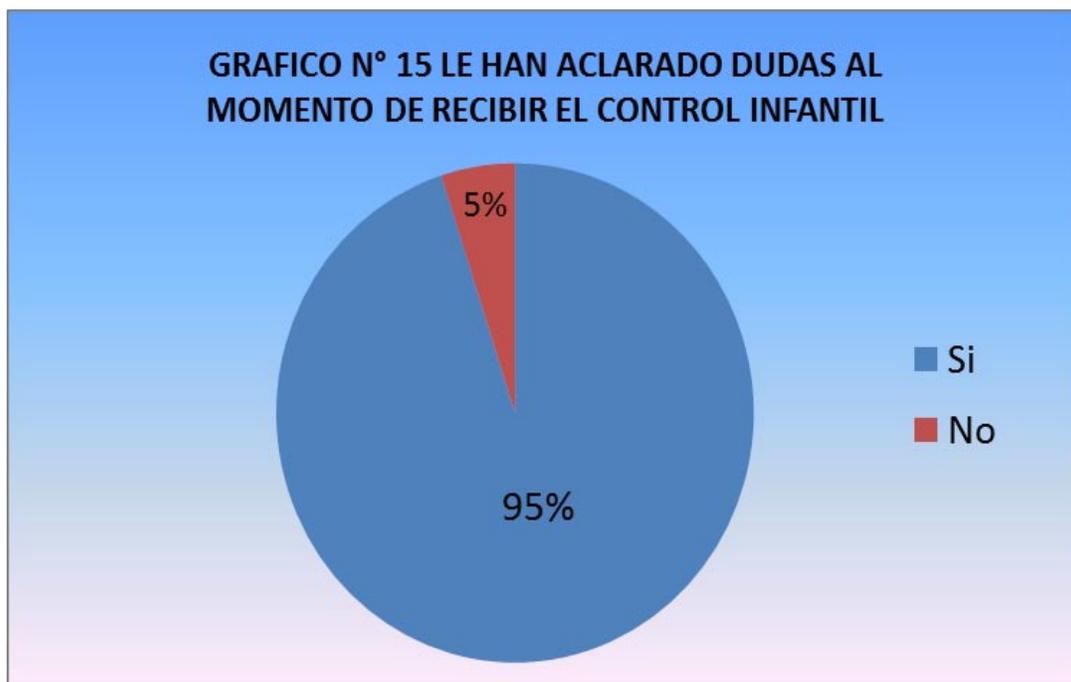


Tabla N° 16. Frecuencia y porcentaje de enfermedades que pueden presentar los niños y niñas menores de 5 años que asisten a control infantil en la unidad de salud Dr. Carlos Díaz del Pinal Enero –Octubre 2011.

Enfermedades	Frecuencia	Porcentaje
Anemia	48	35%
Anemia y retardo en el crecimiento	50	37%
Diarrea	12	8%
Retardo en el crecimiento del niño	27	20%
Dolor de estómago	0	0

Fuente: Encuesta

Grafico N° 16

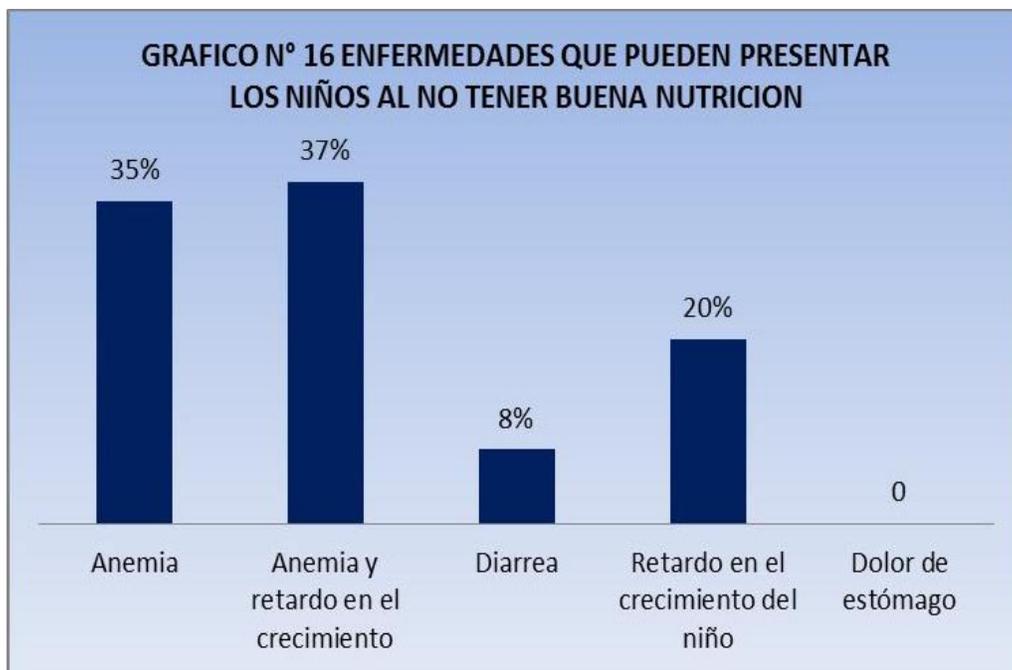


Tabla N 17. Frecuencia y porcentaje qué el hierro ayuda a prevenir la desnutrición en niños y niñas menores de 5 años que asisten a control infantil en la unidad de salud Dr. Carlos Díaz del Pinal Enero –Octubre 2011.

El hierro ayuda a prevenir la desnutrición	Frecuencia	Porcentaje
Si	117	87%
No	10	7%
No sabe	8	6%
Total	135	100%

Fuente: Encuesta

Grafico N° 17

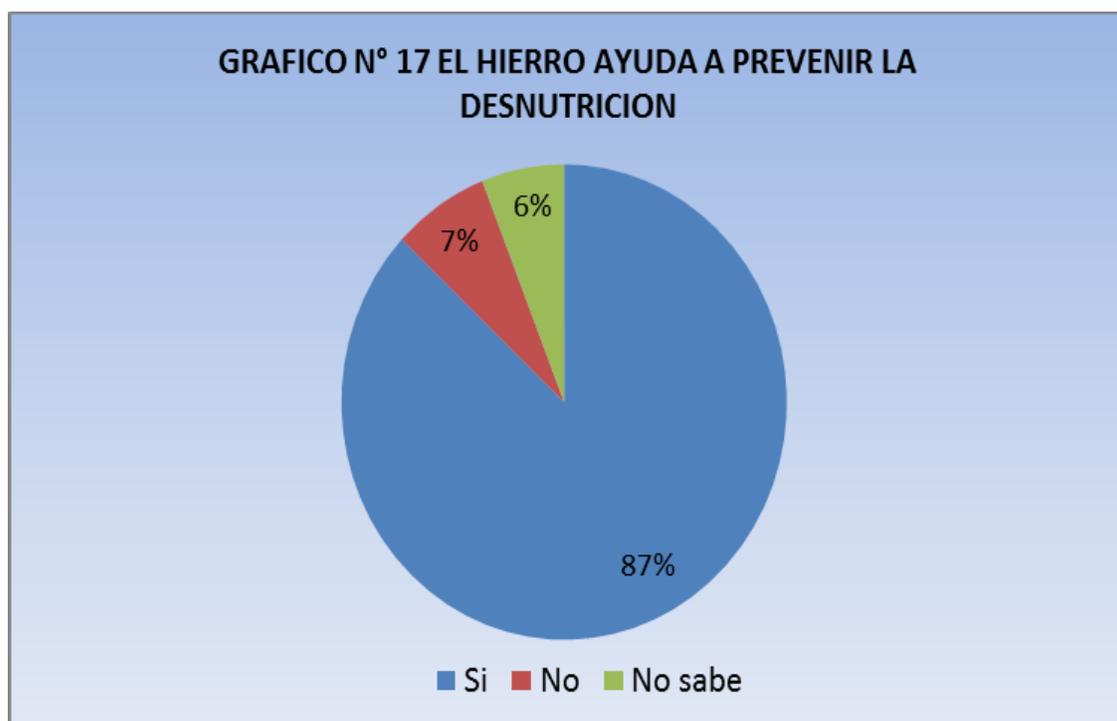


Tabla N° 17.1 Frecuencia y porcentaje de porque es importante el hierro en niños y niñas menores de 5 años que asisten a control infantil en la unidad de salud Dr. Carlos Díaz del Pinal Enero –Octubre 2011.

Importancia del hierro	Frecuencia	Porcentaje
Ayuda a desarrollar el cerebro	3	2%
Ayuda a estar más energético	1	1%
Ayuda a fortalecer las defensas	7	5%
Ayuda a la sangre y le da fuerza	18	13%
Ayuda al crecimiento y desarrollo	25	18%
Ayuda a los dientes	6	4%
Ayuda a los huesitos y los hace fuertes	37	27%
Ayuda a mantenerlos fuertes y sanos	6	4%
Es importante dárselos	4	3%
Es parte de los alimentos que necesita	6	4%
Es una vitamina	9	6%
Es un suplemento mineral	4	3%
Le da color a la piel	1	1%
Les da apetito	8	6%
No sabe	8	6%
No sirve para la desnutrición	10	7%
Previene la anemia	24	18%

Fuente: Encuesta

Grafico N° 17.1

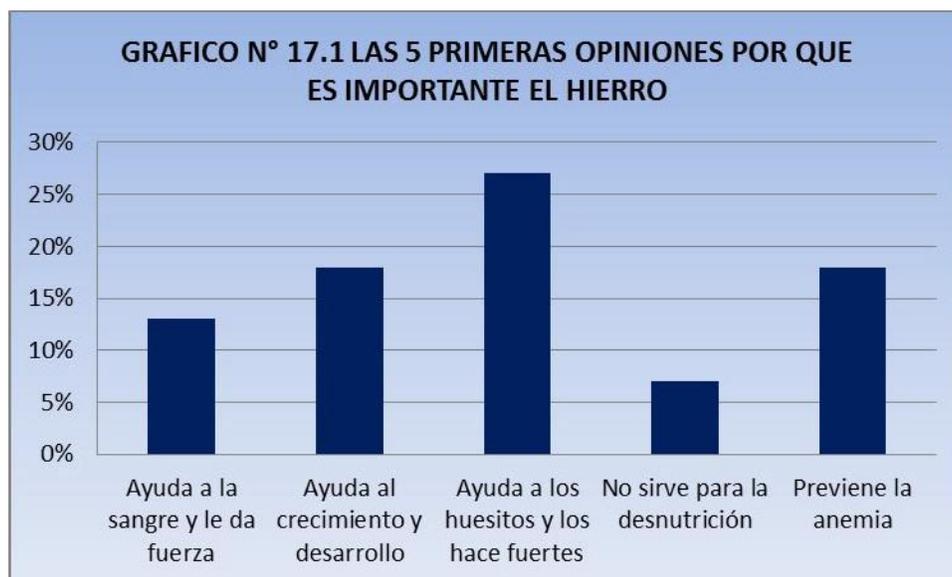


Tabla N° 18. Frecuencia y porcentajes de respuestas obtenidas de harinas que contienen hierro de niños y niñas menores de 5 años que asisten a control infantil en la unidad de salud Dr. Carlos Díaz del Pinal Enero – Octubre 2011.

Tipos de Harina	Frecuencia	Porcentaje
Harina de Maíz	3	2%
Harina de trigo	5	3%
Incaparina	70	52%
Los tres tipos de harina lo contienen	59	43%
Total	135	100%

Fuente: Encuesta

Grafico N° 18

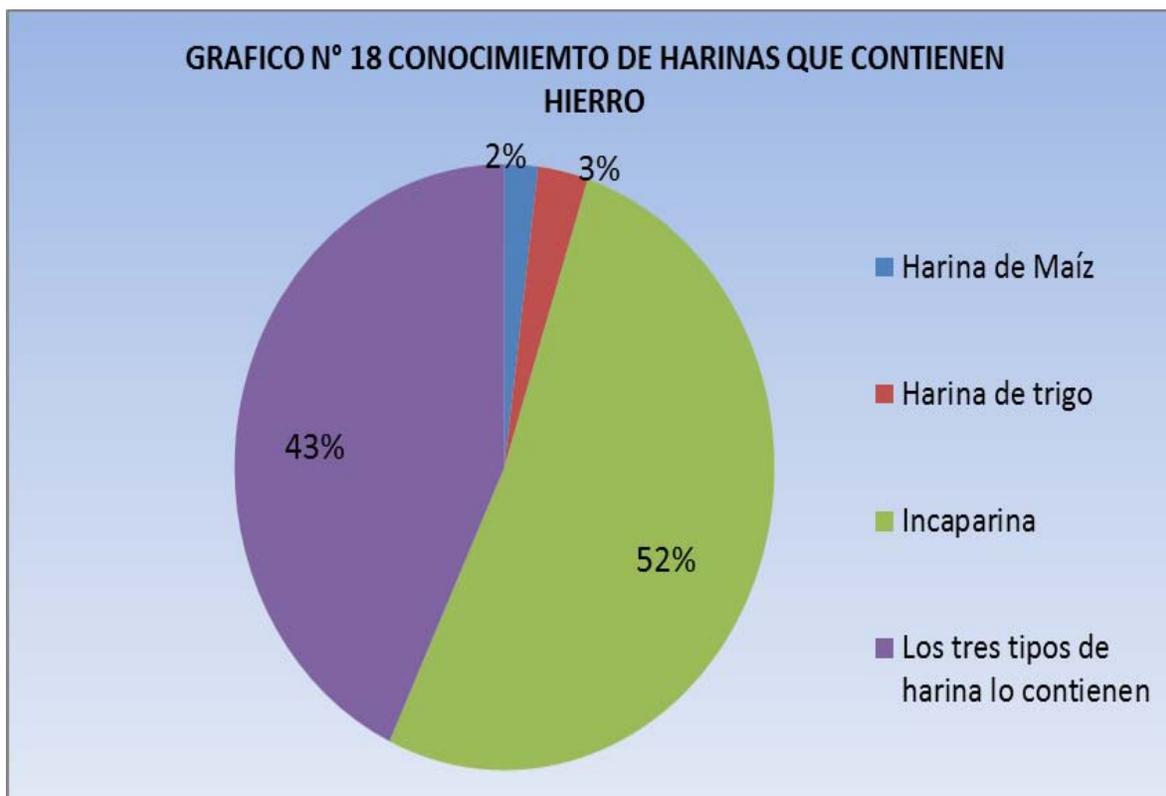


Tabla N° 19. Frecuencia y porcentajes de la prevención de ceguera en niños y niñas menores de 5 años que asisten a control infantil en la unidad de salud Dr. Carlos Díaz del Pinal Enero –Octubre 2011.

La vitamina ayuda a prevenir la ceguera	Frecuencia	Porcentaje
Si	122	90%
No	7	5%
No sabe	6	5%
Total	135	100%

Fuente: Encuesta

Grafico N° 19

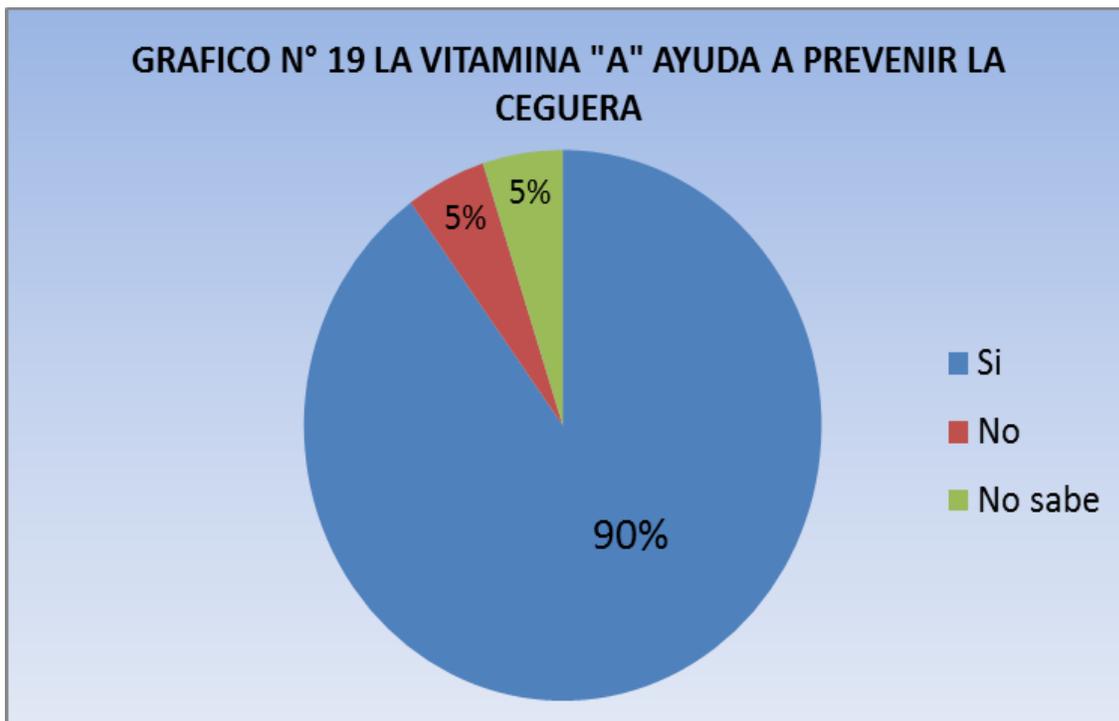


Tabla N° 20. Frecuencia y porcentajes de alimentos fortificados en niños y niñas menores de 5 años que asisten a control infantil en la unidad de salud Dr. Carlos Díaz del Pinal Enero –Octubre 2011.

Le han explicado de los alimentos fortificados	Frecuencia	Porcentaje
Si	44	33%
No	91	67%
Total	135	100%

Fuente: Encuesta

Grafico N° 20

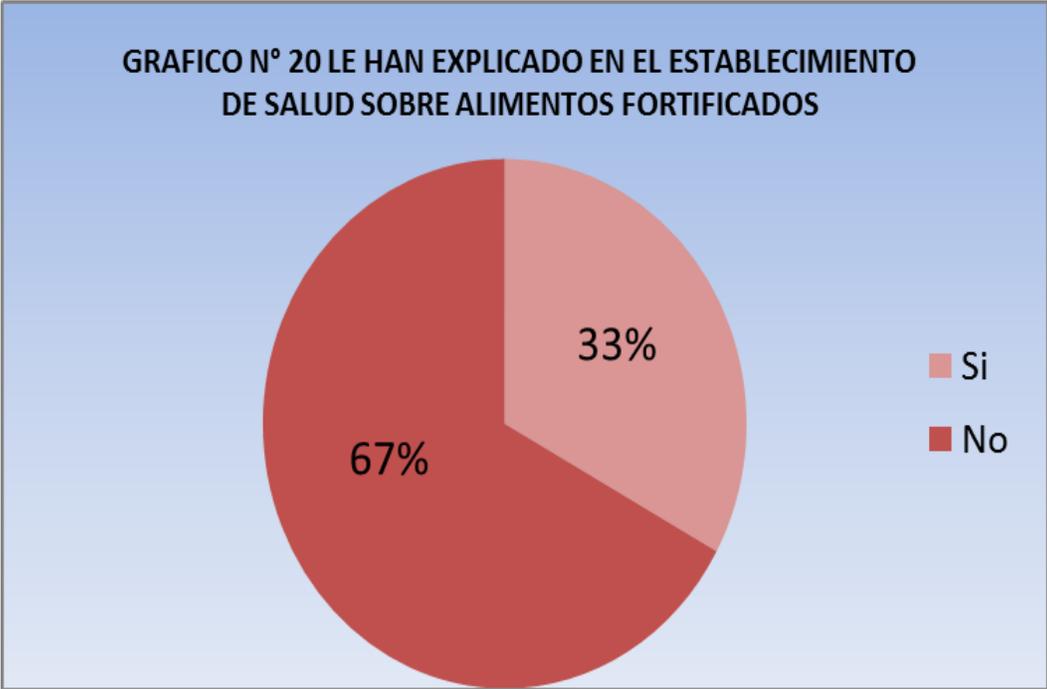


Tabla N° 21. Frecuencia y porcentaje de edad en que inicio a darle alimentos a sus niños y niñas menores de 5 años que asisten a control infantil en la unidad de salud Dr. Carlos Díaz del Pinal Enero –Octubre 2011.

Inicio de dar alimentos	Frecuencia	Porcentaje
Dos meses	2	2%
Tres meses	5	4%
Cuatro meses	12	9%
Cinco meses	11	8%
Seis meses	98	72%
Siete meses	4	3%
Ocho meses	3	2%
Total	135	100%

Fuente: Encuesta

Grafico N° 21



Tabla N° 22. Frecuencia y porcentaje de consumo de alimentos en niños y niñas menores de 5 años que asisten a control infantil en la unidad de salud Dr. Carlos Díaz del Pinal Enero –Octubre 2011.

Consumo de alimentos	Frecuencia	Porcentaje
Arroz	109	80%
Carnes rojas en diferentes preparaciones	62	45%
Pollo en sus diferentes preparaciones	85	63%
Pescado en sus diferentes preparaciones	26	19%
Leche	66	48%
Huevos	115	85%
Macarrones	67	49%
Sopa de frijoles	132	97%
Sopa de hojas verdes	107	79%
Verduras	102	75%
Ensalada fresca	36	26%
Frutas	98	72%

Fuente: Encuesta

Grafico Nº 22

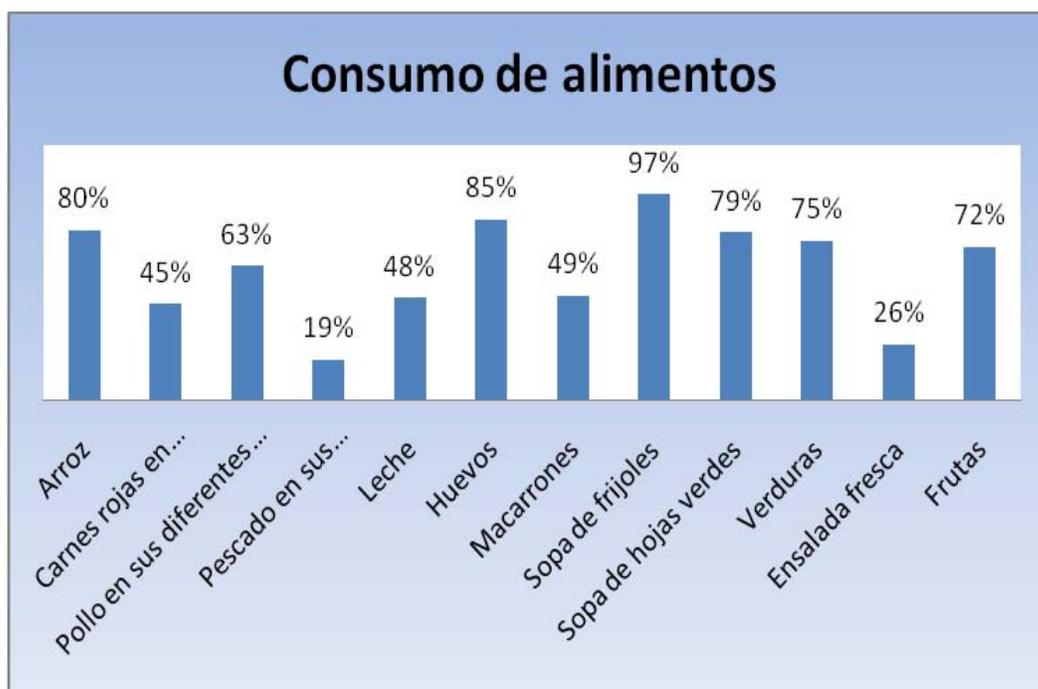


Tabla Nº 23. Frecuencia y porcentajes de consumo de alimentos en niños y niñas menores de 5 años que asisten a control infantil en la unidad de salud Dr. Carlos Díaz del Pinal Enero –Octubre 2011.

Alimentos	Cantidad por semana	Frecuencia	Porcentaje
Carnes rojas	3 veces a la semana	8	6%
	2 veces a la semana	49	36%
	1 vez a la semana	78	58%
Frijoles en diferentes preparaciones	3 veces a la semana	54	40%
	2 veces a la semana	10	7%
	Todos los días	71	53%
Sopa de hojas verdes con vegetales	3 veces a la semana	52	39%
	2 veces a la semana	34	25%
	1 vez a la semana	21	15%
	Todos los días	28	21%
Huevos	4 veces a la semana	29	21%
	3 veces a la semana	54	40%
	2 veces a la semana	50	37%
	Todos los días	2	2%

Fuente: Encuesta

Tabla N° 24. Frecuencia y porcentajes de la dificultad de la compra de variedad de alimentos en niños y niñas menores de 5 años que asisten a control infantil en la unidad de salud Dr. Carlos Díaz del Pinal Enero – Octubre 2011.

Compra de variedad de alimentos	Frecuencia	Porcentaje
Si	95	71%
No	40	29%
Total	135	100%

Fuente: Encuesta

Grafico N° 24

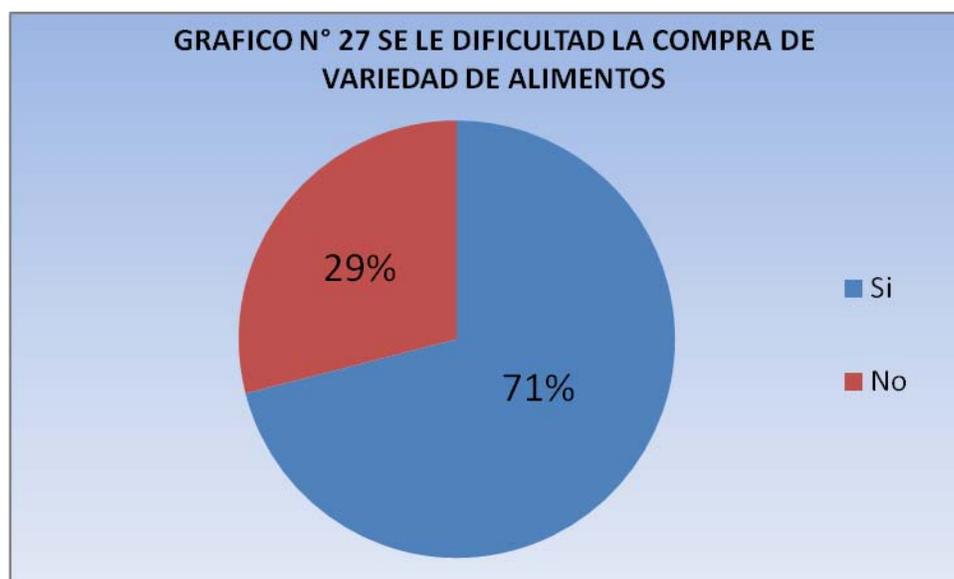


Tabla N° 25 Ingreso económico mensual de las madres encuestadas que asisten a control infantil en la unidad de salud Dr. Carlos Díaz del Pinal Enero –Octubre 2011.

Ingreso Económico	Frecuencia	Porcentaje
\$ 30 - 80	9	7%
\$ 100 -125	27	20%
\$ 130 - 180	23	17%
\$ 200 - 250	47	35%
\$ 300 - 350	17	12%
\$ 400 - 450	7	5%
\$ 500 - 700	4	3%
\$ 1000 - 1200	1	1%
Total	135	100%

Fuente: Encuesta

Grafico N° 25

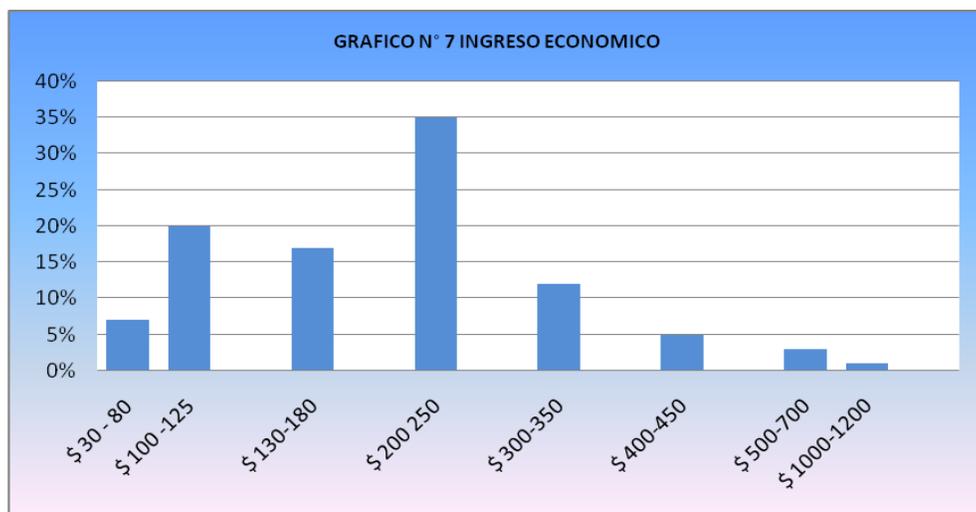


Tabla N° 25.1 Frecuencia y porcentajes de la dificultad de la compra de alimentos. Estado nutricional de niños y niñas menores de 5 años que asisten a control infantil en la unidad de salud Dr. Carlos Díaz del Pinal Enero –Octubre 2011.

Dificultad de compra de alimentos	Frecuencia	Porcentaje
Afecta en la economía y la crisis económica	15	4%
El dinero esta escaso y cuesta ganarlo	4	3%
El sueldo no alcanza	15	11%
Esta difícil la situación económica y hay que pagar deudas	6	2%
Le pagan cada quince días alcanza para comprarlos y lo esencial siempre está en el hogar	2	2%
Mi compañero de vida gana poco	4	3%
Mi compañero de vida no tiene un trabajo fijo	5	4%
No alcanza el dinero para comprarlos	17	13%
No hay trabajo	2	1%
No tengo trabajo	7	5%
Por la pobreza en que vivo	1	1%
Por lo caro que están los alimentos	20	15%
Solo el esposo trabaja	14	10%
Soy pobre y no tengo un buen trabajo	1	1%
Tengo accesibilidad económica para la compra de los alimentos	9	5%
Siempre hay ingresos y el dinero se gana a diario	2	2%
Se tiene un menú balanceado y presupuestado	1	1%
Mi compañero de vida trabaja y cuento con ayuda económica	6	2%
Hay ingresos suficientes	11	8%
Ambos trabajamos	2	2%
Compra lo más necesario	7	5%
El esposo trabaja y compra de todo	8	6%
El papá se rebusca para la comida	135	100%

Fuente: Encuesta

Grafica N° 25.1

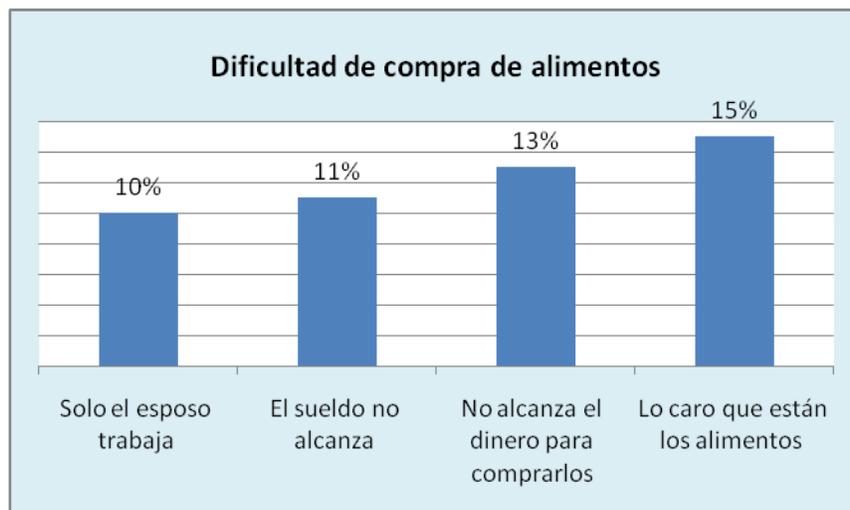


Tabla N° 26 Frecuencia y porcentajes de evaluación nutricional de niños y niñas menores de 5 años que asisten a control infantil en la unidad de salud Dr. Carlos Díaz del Pinal Enero –Octubre 2011.

Evaluación nutricional de niños menores de 5 años	Frecuencia	Porcentaje
Normal	64	98%
Desnutrición severa	1	2%
Total	65	100%

Fuente: Expedientes

Grafico N° 26

