



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
POSTGRADO EN PEDIATRÍA Y PUERICULTURA
CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA"**



**PRÁCTICAS ALIMENTARIAS Y SU RELACIÓN CON LA MALNUTRICIÓN EN
UNA POBLACIÓN DE NIÑOS QUE ACUDEN A LA UNIDAD EDUCATIVA
COLEGIO CLORINDA AZCUNEZ**

AUTOR:

MILFRA URBINA

CI: 22.404.886

VALENCIA – CARABOBO



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
POSTGRADO EN PEDIATRÍA Y PUERICULTURA
CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA"**



**PRÁCTICAS ALIMENTARIAS Y SU RELACIÓN CON LA MALNUTRICIÓN EN
UNA POBLACIÓN DE NIÑOS QUE ACUDEN A LA UNIDAD EDUCATIVA
COLEGIO CLORINDA AZCUNEZ**

Trabajo Especial de Grado que se presenta como Requisito
para Optar al título de Especialista en Pediatría y Puericultura

AUTOR:

Milfra Urbina

CI:22.404.886

TUTOR:

María Alejandra Osio

CI:11.148.205

VALENCIA, CARABOBO



ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:

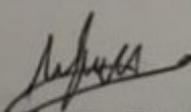
PRÁCTICAS ALIMENTARIAS Y SU RELACION CON LA MALNUTRICIÓN EN UNA POBLACIÓN DE NIÑOS QUE ACUDEN A LA UNIDAD EDUCATIVA COLEGIO CLORINDA AZCUNEZ

Presentado para optar al grado de **Especialista en Pediatría y Puericultura** por el (la) aspirante:

URBINA P., MILFRA G
C.I. V - 22404886

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): María A. Osio C.I. 11148205, decidimos que el mismo está **APROBADO**.

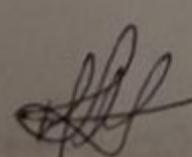
Acta que se expide en valencia, en fecha: **12/07/2024**


Prof. Mireya Zavala

(Pdte)

C.I. 6961584

Fecha 12/07/2024

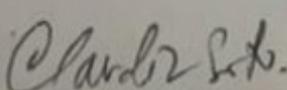

Prof. María Osio

C.I. 11148205

Fecha 12/07/2024

TG:10-24




Prof. Claudia Soto

C.I. 17.076.072

Fecha 12/07/2024

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme la fuerza en este camino laborioso y ser la luz en el sendero de la vida. A mi familia que ha sido un apoyo categórico y abnegado en este recorrido. Gracias a todos los docentes universitarios que durante el postgrado de Pediatría supieron impartir sus conocimientos académicos, experiencia y su disposición constante ante cualquier duda. A los miembros de la “Unidad educativa Clorinda Azcunes” en el cual pude apoyar el estudio, además de todas las madres encuestadas, que cumplieron un rol fundamental al exponer su realidad como fuente de información y depositar su confianza en el presente proyecto. Y por último a todos los niños que fueron pacientes.



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
POSTGRADO EN PEDIATRÍA Y PUERICULTURA
CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA"



**PRÁCTICAS ALIMENTARIAS Y SU RELACIÓN CON LA MALNUTRICIÓN EN
UNA POBLACIÓN DE NIÑOS QUE ACUDEN A LA UNIDAD EDUCATIVA
COLEGIO CLORINDA AZCUNEZ**

AUTOR:

MILFRA URBINA CI: 22.404.886

TUTOR:

MARIA ALEJANDRA OSIO CI: 11.148.205

RESUMEN

Introducción: Uno de los determinantes de la nutrición infantil son las prácticas adecuadas de alimentación. En Venezuela, la malnutrición infantil afecta principalmente a la población infantil. **Objetivo General:** Establecer la asociación entre prácticas alimentarias y malnutrición en una población de niños del colegio Unidad Educativa Clorinda Azcunez **Materiales y métodos:** Se trató de una investigación de tipo observacional descriptiva y comparativa, cuyo diseño de estudio es no experimental, de campo, transversal. **Resultados:** Se recolectaron 25 muestras donde predominaron los varones con 64% y hembras un 36%, encontrando el 80% donde no hay frecuencia de malnutrición, y un 20% con obesidad, en cuanto a la asociación de prácticas alimentarias y lactancia materna se encontró que solo el 8% muestra malnutrición. A fines de relacionar el tiempo y administración de los alimentos se observó el 8% se asoció con malnutrición. Además, el 48% de las familias encuestadas muestra un GRAFFAR III por lo cual guardo relación en un 20% con malnutrición. **Conclusiones:** No se logró identificar la asociación entre prácticas alimentarias y la malnutrición en la muestra estudiada. La frecuencia de malnutrición en los niños/a no se asocia a determinantes socioeconómicos modificables con programas y estrategias dirigidas a los factores específicos.

Palabras clave: desnutrición, malnutrición, prácticas alimentarias.



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
POSTGRADO EN PEDIATRÍA Y PUERICULTURA
CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA"



**PRÁCTICAS ALIMENTARIAS Y SU RELACIÓN CON LA MALNUTRICIÓN EN
UNA POBLACIÓN DE NIÑOS QUE ACUDEN A LA UNIDAD EDUCATIVA
COLEGIO CLORINDA AZCUNEZ**

AUTOR:

MILFRA URBINA CI: 22.404.886

TUTOR:

MARIA ALEJANDRA OSIO CI: 11.148.205

ABSTRACT

Introduction: One of the determinants of child nutrition is adequate feeding practices. In Venezuela, child malnutrition mainly affects the child population. **General Objective:** Establish the association between dietary practices and malnutrition in a population of children from the Unidad Educativa Clorinda Azcunez school **Materials and methods:** It was a descriptive and comparative observational type of research, whose study design is non-experimental, field, transversal. **Results:** 25 samples were collected where males predominated with 64% and females with 36%, finding 80% where there is no frequency of malnutrition, and 20% with obesity, regarding the association of dietary practices and breastfeeding it was found that only 8% show malnutrition. In order to relate the time and administration of food, 8% were associated with malnutrition. Furthermore, 48% of the families surveyed show a GRAFFAR III, which is why 20% are related to malnutrition. **Conclusions:** It was not possible to identify the association between dietary practices and malnutrition in the sample studied. The frequency of malnutrition in children is not associated with socioeconomic determinants that can be modified with programs and strategies aimed at specific factors.

Keywords: malnutrition, malnutrition, dietary practices

INDICE

	Pág.
Resumen	IV
Abstract	V
Introducción	1
Materiales y métodos	3
Resultados	4
Discusión	9
Conclusiones.....	10
Recomendaciones	12
Referencias bibliográficas	13
Anexos	16

INTRODUCCIÓN

La práctica alimentaria se define como el comportamiento que se relaciona a la selección de alimentos, hábitos alimentarios, preparaciones de los alimentos, y las cantidades ingeridas por las personas¹.

Es por ello que la Organización Mundial de la Salud (OMS), para el año 2020 señala que el desconocimiento de estas prácticas alimentarias por parte de la madre o cuidadores puede llevar a una nutrición inadecuada y a la aparición de malnutrición infantil. Dentro de las prácticas alimentarias de mayor relevancia se encuentra la lactancia materna durante los primeros meses de forma exclusiva, y con el inicio de la alimentación complementaria en los años siguientes de vida. Se ha demostrado que la lactancia materna, es un factor importante para prevenir la aparición de enfermedades a corto plazo. Así como las infecciones y enfermedades crónicas que se presentan en el transcurso de la vida como la diabetes y obesidad².

según el fondo de naciones unidas (UNICEF), en el año 2018 menciona que, a partir de los 6 meses de edad, las necesidades de energía y nutrientes del lactante comienzan a exceder lo aportado por la leche materna. Entonces, la alimentación complementaria se vuelve necesaria para llenar las brechas de energía y de nutrientes. Es por ello que conocer las correctas prácticas alimentarias garantizara una adecuada nutrición.³

De acuerdo a la OMS, para el 2019 asegura que la malnutrición abarca la desnutrición, el sobrepeso, la obesidad y el desequilibrio de micronutrientes, que se genera por un desbalance entre la ingesta de nutrientes y las necesidades nutricionales. Para el año 2019, se calcula que aproximadamente 155 millones de niños presentaron retraso del crecimiento, mientras que 41 millones tenían sobrepeso u obesidad⁴

Además, la Organización panamericana de la Salud (OPS), en 2020 refiere que la malnutrición se va a ver reflejada en el niño de diversas formas: es más pequeño de lo que le corresponde para su edad, pesa poco para su altura, pesa menos de lo que le corresponde para su edad, y pesa más de que lo que le corresponde para su edad. Las repercusiones en el desarrollo y las consecuencias de índole económica, social y médica de la carga mundial de

la malnutrición son graves y duraderas, para las personas y sus familias, para las comunidades y para los países.⁵

Un estudio desarrollado en Venezuela por Bebert et al en el año 2018 determinó que existen diferencias en el estado nutricional y prácticas alimentarias sobre todo la lactancia según fuese un área urbana o rural, tomando en cuenta el GRAFFAR, siendo esta última el doble en el caso de la desnutrición crónica y la desnutrición global, con porcentajes del 14,6% en áreas urbanas frente a 28,8% áreas rurales, y el 4,6% en áreas urbanas frente al 9% en áreas rurales, respectivamente. Sin embargo, en cuanto a la desnutrición aguda y el sobrepeso en ambas regiones se observaron valores afines, por encima del 1,1% para la desnutrición aguda y del 14% para el sobrepeso. Dentro de las causas se menciona el problema del abandono de la lactancia materna exclusiva. Ello puede ser debido, a las costumbres o a la tendencia adquirida, la práctica en el entorno materno, a creencias populares, y a la falta de formación de las madres, que, en ocasiones, y paradójicamente, como ocurre en los departamentos rurales debido al su aislamiento de la sociedad.⁶

Del mismo modo, una información reciente fue presentada por UNICEF en 2020 como parte de un plan de respuesta humanitaria en Venezuela, con cifras provenientes del Instituto Nacional de Nutrición (INN) que ubican la desnutrición aguda en 4% y el riesgo de desnutrición en 10,6%. Los estados más afectados fueron Zulia, Miranda, Lara, Carabobo, Distrito Capital y Portuguesa.⁷

Entonces, ante la ausencia de datos sobre el estado nutricional de los niños en medio de la crisis que acentuaba en 2016, caritas de Venezuela en 2021 inicia seguimiento a la desnutrición aguda a través de sistema de monitoreo y atención en nutrición y salud (SAMAN), que funciona desde entonces en comunidades vulnerables a nivel nacional. Según esta organización, la desnutrición aguda ha variado entre 10% y 17%, niveles que, según parámetros internacionales, son calificados como crisis o emergencia nutricional, aunque el déficit puede ser más alto en algunos centros evaluados.⁸

Además de Caritas, La encuesta nacional de condiciones de vida (ENCOVI) también ha tenido un papel protagónico en el seguimiento de la seguridad alimentaria y nutricional, como la encuesta de condiciones de vida del venezolano que reportó en su última edición

que la desnutrición aguda estuvo en 5% y la crónica en 30% entre noviembre del 2019 y enero 2020.⁹

Por otro lado, un estudio en Venezuela, en el estado Aragua por Angy et al para el año 2017, habla sobre el estado nutricional de escolares de la unidad educativa “Santiago Mariño”, abarcando las deducciones del diagnóstico nutricional peso/edad, talla/edad según tablas de la OMS 2007 se encontraron 43,0% de los escolares con bajo peso, 48,5% peso normal y 8,3% peso alto para la edad. Al confrontar el parámetro talla/edad se evidencio que según las tablas de la OMS 2007 28,8% tienen baja talla para la edad, 53,1% talla acorde para la edad, 17,9% talla alta para su edad.¹⁰

De igual manera en el estado Carabobo se ha reportado una alta prevalencia de malnutrición ya sea por déficit o por exceso en el consumo de alimentos. Las prevalencias de sobrepeso y obesidad han aumentado desde el año 2005 de un 4,2% a 8,2% en escolares entre 6 y 9 años según reportes del ministerio popular de la salud del estado Carabobo y en el municipio San Diego la prevalencia es de 24,5% según informes publicados en la alcaldía de San Diego en el 2018 por el sector Salud. El retardo en talla prevalece en los escolares malnutridos con un porcentaje del 30%^{11 y 12}

Por lo tanto, existe relación en el estado nutricional y prácticas alimentarias sobre todo la lactancia y la alimentación complementaria, por lo que se debe tener un adecuado estudio y actualización continua que permitirá la divulgación de la información, evaluar la eficacia de los programas de salud y mejorar la vigilancia del estado nutricional de la población pediátrica.

La importancia de la realización de este trabajo es que servirá de apoyo teórico y estadístico que permitirá un análisis de la situación actual de los escolares con malnutrición y así contribuir al diseño de nuevos lineamientos y mejoras en los programas de salud.

Finalmente, el presente trabajo de investigación busca determinar la asociación entre las practicas alimentarias y malnutrición en una población de niños que acuden al colegio “Unidad educativa Colegio Clorinda Azcunes” del periodo 2022-2023 en el Municipio San Diego.

Por todo lo anteriormente expuesto se tomó como objetivo general: Establecer la asociación entre prácticas alimentarias y malnutrición en una población de niños del colegio Unidad Educativa Clorinda Azcunez, y como objetivos específicos: Distribución según sexo, edad, talla y peso de la población estudiada; Estimar la frecuencia de malnutrición en la población estudiada; Identificar las prácticas de lactancia, y alimentación complementaria y su asociación con malnutrición; Relacionar el tiempo de preparación y administración de los alimentos, con la malnutrición; Conocer las características socioeconómicas, sociales y accesibilidad al servicio de salud y su relación con la malnutrición.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se trató de una investigación de tipo observacional descriptiva y comparativa, cuyo diseño de estudio es no experimental, de campo, transversal.

La población quedó conformada por 41 niños del colegio unidad educativa Clorinda Azcunez en edades comprendidas entre 7-8 años de 2do Grado, y la muestra quedó comprendida por 25 niños, previa aprobación por la coordinación de Docencia e Investigación del Servicio de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera y que cumplan con los criterios de inclusión, siguientes; niños: cualquier sexo, grupo de escolares (7-8 años). Para la población del progenitor/representante, se incluyó, voluntariedad del participante que aprobó el consentimiento informado, y Entre los criterios de exclusión se obtuvieron 16 niños los cuales sus representantes no aprobaron el consentimiento informado.

La información de los datos contentivos de las variables sujetas a la investigación se obtuvo la edad, sexo, peso, talla, lactancia materna, alimentación complementaria, tiempo de preparación y administración de los alimentos, características socioeconómicas, servicios de centro de salud, datos que fueron recolectados a través de un instrumento llamado ficha de recolección de información la cual se realizó por el investigador y sometido previamente por un grupo de expertos en la materia (ANEXO 3), y previa información a los padres con llenado y firma del consentimiento informado (ANEXO 1). Dicho instrumento se estructuró en dos partes; la parte I, donde se engloban aspectos epidemiológicos como edad, años, sexo, también medidas antropométricas y características de lactancia materna y alimentación complementarias los primeros años de vida. La parte II; se basó en preguntas de alimentación basadas en lo que ingirió de comer el día anterior. Y la parte III; se centró en el nivel socioeconómico estandarizado a través de la escala GRAFFAR modificado, también se incluyó características del cuidador y tiempo para alimentar y preparar los alimentos.

Se tomaron las medidas antropométricas en dos ocasiones como peso, talla para ser analizadas posteriormente con los percentiles emitidos por la OMS, 2019.

Para el análisis de los resultados obtenidos se utilizó la estadística descriptiva, expresando en frecuencia, porcentajes y algunas medidas de tendencia central, así como el uso de estadística inferencial mediante Chi-cuadrado, con la categorización de todas las variables, fijamos el nivel de confianza con un valor $p < 0,05$ con el fin de establecer la correlación entre las variables cualitativas en estudio representadas finalmente en tablas de distribución de frecuencia absoluta y relativa.

RESULTADOS

La muestra quedo constituida por 25 niños y familiares que respondieron a la ficha de recolección de datos, donde todas fueron respondidas adecuadamente y posteriormente analizadas.

Tabla N°1. Distribución de la muestra de estudio según sexo, edad, talla y peso.

N°25	FA	%
Sexo		
Varones	16	64%
Hembras	9	36%
Edad		
7	13	52%
8	12	48%
Talla (cm)		
115-130	13	52%
131-145	12	48%
Peso (kg)		
15-20	7	28%
21-35	18	72%

Origen: datos propios de la investigación (Urbina;2023)

Se puede señalar, que la muestra de niños que participaron en este estudio, para el momento en que se llevó a cabo la investigación, contaba con una edad promedio de (7 años), El rango de edad con menor porcentaje en la muestra fueron los participantes con edad de 8 años, donde se concentra el 48% de la muestra, mientras que, el mayor porcentaje lo constituyen los niños con 7 años de edad, específicamente un 52%. Respecto al peso de la muestra estudiada; se observó un promedio de (23,08 kg) siendo el rango predominante el

peso comprendido de 20-35 kg con un 64% a su vez, el rango de talla predominante la de 115-130 cm con un 52%, con relación al sexo de los participantes de esta investigación, se pudo determinar, que la muestra seleccionada existe predominio por los varones, donde se contabilizó un total de 16 niños, que representan el 64% de la muestra, mientras que las hembras estuvo representado por el 36% de la muestra corresponde a un total de 9 niñas.

Tabla N°2. Frecuencia de Malnutrición.

Malnutrición	Frecuencia	%
SI	5	20%
NO	20	80%
Total	25	100%

origen: datos propios de la investigación (Urbina;2023)

Para efectos de esta investigación se obtuvieron los siguientes resultados, con una frecuencia de malnutrición de solo el 5% de la muestra mientras que el 20% no presentaba malnutrición.

Tabla 3. Lactancia materna y y su vinculación con la malnutrición.

Categoría	Frecuencia	%	Total	Valor P
Inicio temprano de lactancia Materna	17	68	Sin Malnutrición 80%	1.56
Inicio tardio de lactancia Materna	3	12		
Inicio temprano de lactancia Materna	3	12	Con Malnutrición 20%	
Inicio tardio de lactancia Materna	2	8		
Total	25	100	100%	

Origen: datos propios de la investigación (Urbina; 2023)

Valor Chi cuadrado tabla: 3.8415

Por otra parte, se logró identificar las prácticas de lactancia materna, y su asociación con

malnutrición, en niños con edades entre 7 y 8 años. Se pudo determinar, el 80%, lo que representa 20 participantes de la muestra, tuvo un inicio temprano de lactancia; específicamente, el 68% de los niños presentó buenos valores nutricionales mientras que el 12% presentó un estado de malnutrición. Los valores obtenidos de Chi-Cuadrado calculado para cada una de las variables fueron en promedio iguales a 1,56; que resultaron menor que el valor de la distribución de la tabla Chi cuadrado 3.8415, concluyendo en forma general que el inicio temprano de lactancia materna y la malnutrición no guardan una relación directa.

Tabla 4. Introducción de Alimentación Complementaria y su vinculación con la malnutrición.

Introducción de Alimentación Complementaria	Sin Malnutrición		Con Malnutrición		Total	Valor P
Menor de 6 meses	3	12,0%	1	4,0%	4	
6 meses	5	20,0%	2	8,0%	7	
Mayor de 6 meses	12	48,0%	2	8,0%	14	
Total	20	80,0%	5	20%	25	0.6725

Origen: datos propios de la investigación (Urbina; 2023)
 Valor Chi cuadrado tabla: 5.9915

De igual manera del análisis comparativo de la muestra de niños de acuerdo su Introducción de Alimentación Complementaria y su vinculación con la malnutrición. se obtuvo que la introducción de alimentos se inició mayor a 6 meses en un 48% de la muestra, decir 14 participantes, de los cuales el 8% presenta malnutrición, Los valores obtenidos de Chi-Cuadrado calculado es 0,6725, que resultaron menor que el valor de la distribución de la tabla Chi cuadrado (5.9915), concluyendo que la introducción de alimentación complementaria y malnutrición en la población de niños no guardan una relación directa y que deben influir otras variantes que no fueron analizadas en la presente investigación.

Tabla N° 5. Tiempo de preparación de los Alimentos en relación con la malnutrición.

Tiempo de preparación de Alimentos	Con Malnutrición		Sin Malnutrición		Total	%	Valor P
30 minutos	2	8,00%	9	36,00%	11	44%	
60 minutos	2	8,00%	9	36,00%	11	44%	
120 minutos	1	4,00%	2	8,00%	3	12%	
Total	5	20%	20	80%	25	100%	0.37805

Origen: datos propios de la investigación (Urbina;2023)

Valor Chi cuadrado tabla: 5.9915

A los fines de Relacionar el tiempo de preparación de los alimentos, con la malnutrición se realizaron los análisis respectivos y se observó lo siguiente: En cuanto al tiempo para preparar alimentos, el 44% lo hacían en 30 minutos y el 44% en 60 minutos, mientras que solo el 12% lo hacía en 120 minutos, así pues, al analizar los instrumentos de recolección de datos se observó que solo el 8% de participantes que les preparan los alimentos en 30 minutos y en 60 minutos, respectivamente presenta malnutrición. De la misma forma, valores obtenidos de Chi-Cuadrado calculado para el tiempo de preparación versus la malnutrición; en promedio fueron iguales a 0.37805, que resultaron menor que el valor de la distribución de la tabla Chi cuadrado 5.9915, concluyendo en forma general que el tiempo de preparación de los alimentos y el estado de malnutrición no guardan una relación directa.

Tabla 6. Tiempo de administración de los alimentos, y su vinculación con la malnutrición.

Tiempo de Administración de Alimentos	Con Malnutrición		Sin Malnutrición		Total	Valor P
30 minutos	0	0,00%	4	16,00%	4	
60 minutos	3	12,00%	11	44,00%	14	
120 minutos	2	8,00%	5	20,00%	7	
Total	5	20%	20	80%	25	2.3499

Origen: Datos propios de la investigación (Urbina; 2023)

Valor Chi cuadrado tabla: 5.9915

Se pudo observar que el tiempo que se tomaba el cuidador para alimentar al niño en 60 minutos, asciende a 44%, específicamente 11 personas, mientras que solo el 8% en 120 minutos. Los valores obtenidos de Chi-Cuadrado calculado para la administración de los alimentos y la malnutrición; en promedio fueron iguales a 2.3499, que resultaron menor que el valor de la distribución de la tabla Chi cuadrado 5.9915, concluyendo que la administración de los alimentos y el estado de malnutrición no guardan una relación directa.

Tabla N° 7. Características socioeconómicas GRAFFAR y su relación con la malnutrición.

Categoría	Frecuencia	%	Sin		Con		Valor P
			Malnutrición	%	Malnutrición	%	
GRAFFAR I	0	0%	0	0,0%	0	0,0%	
GRAFFAR II	0	0%	0	0,0%	0	0,0%	
GRAFFAR III	12	48%	10	40%	2	8%	
GRAFFAR IV	9	36%	7	28%	2	8%	
GRAFFAR V	4	16%	3	12%	1	4%	
Total	25	100%	20	80%	5	20%	1.1325

Origen: Datos propios de la investigación (Urbina; 2023)

Valor Chi cuadrado tabla: 9.4877

En otro orden de ideas, con la finalidad de Conocer las características socioeconómicas, sociales y su relación con la malnutrición, se observó, que el 48% de las familias encuestadas cumplen con un GRAFFAR III; Respecto a la relación con la malnutrición se observó que del 48% de las familias con GRAFFAR III, el 8% de los niños presentan malnutrición por lo que valores obtenidos de Chi-Cuadrado calculado para las características socioeconómicas y sociales GRAFFAR y la malnutrición; en promedio fueron iguales a 1,13, que resultaron menor que el valor de la distribución de la tabla Chi cuadrado 9.4877, concluyendo en forma general que las características socioeconómicas y el estado de malnutrición no guardan una relación directa y que deben influir otras variantes que no fueron analizadas en la presente investigación.

Tabla 8. Acceso a servicios de salud y su relación con la malnutrición.

Categoría	Sin Malnutrición		Con Malnutrición		Total	Valor P
Cuenta con acceso a Centros o servicio de Salud	20	80,0%	5	20,0%	25	
No Cuenta con acceso a Centros o servicio de Salud	0	0,0%	0	0,0%	0	
Total	20	80,0%	5	20%	25	0

Origen: Datos propios de la investigación (Urbina; 2023)

Valor Chi cuadrado tabla: 3.8415

Las madres especificaron si cuentan con centros de salud en su comunidad dando el 80% si cuenta con centro de salud, mientras que el 20% no. De igual manera, el 20% de muestra presenta Malnutrición; por lo que los datos obtenidos de chi-cuadrado son 0, estando menor que el valor de la tabla 3.8415, anulando relación entre el acceso de servicio de salud y la malnutrición.

DISCUSION

La finalidad de este trabajo de investigación fue identificar la asociación entre prácticas alimentarias y la malnutrición en niños de la unidad educativa Colegio Clorinda Azcunez.

Las prácticas de alimentación contribuyen al estado nutricional de los niños. Franch y del Río, señalan que para poder realizar la valoración de malnutrición es necesario conocer el estado nutricional de los niños tomando en cuenta que éste, se relaciona con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes.¹³

Entre las características de distribución por edad y sexo se evidencio que predominan los varones, mientras que la distribución por edad fue 7 años, un estudio realizado por Martorell. R comenta que los primeros efectos de la desnutrición están abarcados en la primera infancia (0-8 años) entre los efectos pueden impedir el desarrollo conductual y cognitivo, el rendimiento escolar y la salud reproductiva.¹⁴

Mientras que se evidencio una baja frecuencia de malnutrición; En un estudio similar realizado por UNICEF relata que la malnutrición es un problema que genera muertes a largo plazo, además la globalización y los menores ingresos han producido cambios en los hábitos de la población, que incluyen mayor consumo de alimentos procesados y sedentarismo.¹⁵

También se estudiaron las variables como lactancia materna y su relación con la malnutrición, la mayoría no presentaron malnutrición al igual que con la alimentación complementaria, lo que concuerda con el estudio realizado por Pacheco E, y Mejía, A que hace referencia a las practicas alimentarias y su relación con la malnutrición en la población indígena de Chimborazo.¹⁶ este es respaldado por la UNICEF que nos dice que las necesidades energéticas y de nutrientes comienza a partir de lo aportado por la lactancia materna y conocer las correctas practicas alimentarias nos garantizara una adecuada nutrición.³

En cuanto al tiempo para preparar alimentos la mayoría lo hacían 30 minutos, mientras que el tiempo que se tardaba el cuidador en dar la alimentación fue en su mayoría de 60 minutos lo cual se asoció de forma significativa con retraso en el crecimiento, señalado por

Barrera-Dussan, N quien da la importancia del adiestramiento del cuidador para preparar y proporcionar las comidas al niño, el tiempo adecuado para alimentarlo y la forma de presentar los alimentos, como determinantes claves para evitar la malnutrición.⁴

En cuanto a las características socioeconómicas de la población encuestada, la procedencia fue urbana con un GRAFFAR III con una limitada capacidad de ingresos económicos. Además, se observó que la población encuestada con frecuencia accede a los servicios de salud. Lo anterior también concuerda con lo expresado por Acosta, R y Torres, D quienes señalan que existen varios factores de riesgo para el desarrollo de malnutrición en los niños, como, por ejemplo, la situación socioeconómica y comunitaria deficiente además de malas prácticas alimentarias; como lactancia materna subóptima, falta de alimentos de calidad y alimentación infantil deficiente durante la alimentación complementaria.¹⁷

CONCLUSIONES

En este estudio se logró establecer que predominaron los varones, siendo el mayor porcentaje, en cuanto a la edad que prevaleció en el estudio fue de 7 años. Mientras que la frecuencia de malnutrición fue baja en la población estudiada.

De igual forma no se encontró asociación significativa entre lactancia materna, el inicio de la alimentación complementaria y la malnutrición.

El tiempo de preparación cuantificado en 30 minutos tampoco se asoció con la malnutrición, así como tampoco el tiempo de administración de los alimentos siendo el mayoritario de 60 minutos.

Conociendo las características socioeconómicas de la población y su accesibilidad a los servicios de la salud, se concluyó que no guardaban relación directa con la malnutrición.

Por último, en ese estudio no se encontró asociación significativa entre prácticas alimentarias y la malnutrición en la población estudiada y que deben influir otras variantes que no fueron analizadas en la presente investigación.

RECOMENDACIONES

A los Gobiernos locales: Revisar los programas implementados hasta ahora para disminuir la desnutrición infantil en el país, dada la alta prevalencia que aún persiste, implementando estrategias integrales que mejoren las situaciones socioeconómicas de las familias para reducir la prevalencia de la desnutrición.

A los Servicios de salud: Fortalecer los servicios de salud en la atención materno infantil para vigilar el estado nutricional de los niños. Vigilar los casos de niño y niñas con factores de riesgo relacionados con la posibilidad de desarrollar malnutrición Promover campañas de educación a la población para mejorar las prácticas alimentarias en los aspectos evidenciados.

Familias y comunidades: Educar a las madres y cuidadores para mejorar las prácticas de alimentación, principalmente en lo referente a la alimentación complementaria y la preparación de los alimentos, Incentivar la participación activa de los padres de familia en campañas de vigilancia del estado nutricional, especialmente en madres adolescentes, con nivel de educación inicial o básica y escasos recursos económicos.

A los Pediatras y personal de salud: Tener en cuenta los factores sociodemográficos de riesgo evidenciados, como edad materna extrema, número de hijos e ingreso económico para el desarrollo de desnutrición y obesidad, con la finalidad de actuar específicamente en estos e implementar estrategias dirigidas a la prevención de malnutrición, Considerar no solo los factores por separados, sino también la posibilidad de que se potencie el riesgo de malnutrición cuando en una misma familia se evidencien varios de estos juntos y Aprovechar el momento de la consulta para educar a los pacientes en materia de prácticas alimenticias.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización mundial de la salud. Nutrición en escolares. Junio, 2019. [Internet], [citado 2020 Nov 01]. Disponible: <https://www.who.int/organizacion-mundial-de-la-salud>
2. Organización mundial de la salud. Prevalencia de malnutrición en menores de 5 años, comparación entre parámetros OMS y su adaptación a Colombia, Colombia: OMS; 2020. [Internet], [citado 2019 agosto 18]. Disponible: <https://www.who.int/OMS/prevalencia-parametros-OMS>.
3. Fondo de las naciones unidas para la infancia UNICEF. Captura el momento: inicio temprano de la lactancia materna. octubre 2019. [Internet] [citado 2019 Jun 09]; Disponible en: <https://www.unicef.org/nuevayork/comunicados-prensa/comunicados/nutricion>
4. Barrera- Dussan. Prevalencia y determinantes sociales de malnutrición en menores de 5 años afiliados al sistema de selección de beneficiarios para programas sociales (SISBEN) del área urbana. Trabajo de grado especialista en nutrición. Universidad de Palermo, enero 2020 [Internet]; [Consultado mayo 2022] Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio>
5. Organización panamericana de la salud. Nutrición en escolares. Perú Junio, 2020. [Internet], [citado 2019 Oct 01]. Disponible: <https://www.paho.org/es>
6. Bebert. A, Medina. Y Torres. F. lactancia materna y efectos del destete precoz en el estado nutricional y morbilidad de los lactantes en municipio ribas Venezuela. 2018 vol. 97 N° 2 disponible en: <https://scielo.sld.cu/scielo.php>.

7. Fondo de las naciones unidas para la infancia. Venezuela: aumenta la prevalencia de la desnutrición infantil en medio de una crisis económica cada vez más profunda. Nueva York: UNICEF; 2018. [Internet] [citado 2018 Feb 04]; Disponible: <https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/venezuela-aumenta-la-prevalencia-desnutrici%C3%B3n-infantil-crisis-economica-profunda>
8. Caritas Venezuela. Monitoreo centinela de la desnutrición infantil. Janeth. M, Susana. R. Venezuela: caritas Venezuela; 2021. [Internet] [citado 2021 Ene 05]; Disponible: <https://caritasvenezuela.org/wp-content/uploads/sites/6/2022/04/BOLETIN-SAMAN-CARITASVZLA-2021.pdf>
9. Encuesta nacional de condiciones de vida. Venezuela: ENCOVI; 2019-2020. [Internet] [citado 2020]; Disponible en: <https://www.proyectoencovi.com/informe-interactivo-2019>
10. Angy. A, Ascanio. A, Ordoñez. M, Terán. I. estado nutricional de escolares de la unidad educativa “Santiago Mariño” municipio Linares Alcántara. Venezuela, año 2017. Unidad de investigación y estudios en salud pública. Aragua, Universidad de Carabobo. 2018. [Internet] [citado 2019]; Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/fcs/cysv16n1/art07.pdf>
11. Liseti Solano, María Adela Barón, Sara del Real. Situación nutricional de preescolares, escolares, y adolescentes de Valencia, Carabobo, Venezuela, año 2005. Centro de Investigaciones en Nutrición. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo. [Internet] [citado 2006]; Disponible: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-07522005000100014
12. Alcaldía de San Diego. Plan de desarrollo 2022-2025. Carabobo. [Internet] [citado 2022]; Disponible en: www.alcaldiadesandiego.gob.ve.

13. Franch y del rio. Valoración del estado nutricional. Madrid, año 2021 [Internet] [citado 2022] Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/9-valoracion_nutricional.pdf
14. Organización de los estados americanos. Banco mundial sobre desarrollo infantil temprano: invirtiendo en el futuro. Martorell. R. Estados Unidos; 2015 [Internet] [citado 2015] Disponible en: <https://www.oas.org/udse/dit2/relacionados/libromary/index.htm>
15. Organización de las naciones unidas. Malnutrición en niños de América latina. Comité científico de naciones unidas. Santiago de Chile: CEPAL; 2018. [Internet] [citado 2018 abril 01] Disponible en: <https://www.cepal.org/es/enfoques/malnutricion-ninos-ninas-america-latina-caribe>
16. Pacheco. E, Mejía. A. prácticas alimentarias y su relación con la malnutrición en menores de 5 años de la población indígena de cinco cantones de la provincia de Chimborazo periodo 2018-2019. (trabajo especial de grado para especialización en pediatría). Ecuador; 2020. [Internet] [citado 2020] Disponible en: <https://repositorio.puce.edu.ec/server/api/core/bitstreams/2b759d91-c127-43ea-8b96-252b97de7873/content>
17. Acosta. R, Torres. D. factores socio demográficos y alimenticios para aparición de desnutrición infantil en sectores rurales. Digital Publisher. Ecuador, 2023. [Internet] [citado 2023] Disponible en: <https://dialnet.urioja.es>

ANEXOS

ANEXO 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del Protocolo: prácticas alimentarias y su relación con la malnutrición en una población de escolares de la Unidad educativa Clorinda Azcunez periodo 2022-2023

Investigador Principal: MILFRA URBINA. Residente de postgrado pediatría y puericultura

Yo _____, Cédula de Identidad _____, de nacionalidad _____, mayor de edad he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondida de forma satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos.

Firma

Testigo 1: _____ Fecha _____

He explicado al Sr (a) _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación, le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normativa correspondiente para realizar la investigación con seres humanos y me apego a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procedió a firmar el presente documento.

Firma

ANEXO 2**CARTA DE REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Título del Protocolo: prácticas alimentarias y su relación con la malnutrición en una población de escolares de la "unidad educativa Clorinda Azcunez" periodo 2022-2023.

Investigador Principal: MILFRA URBINA. Residente de postgrado pediatría y puericultura

Nombre de la Persona Encuestada _____

Por este conducto deseo informar mi decisión de retirarme de este protocolo por las siguientes razones: _____

Firma _____

Fecha _____

Edad:	años
Peso=	Kg. Talla: cm
Perímetro Braquial=	cm

ANEXO 3

PARTE I	
Preguntas utilizadas de la encuesta nacional de salud de niños para la realización de este trabajo.	
1.- ¿Inicio la lactancia materna las primeras 24 horas de vida?	Si o No
2 ¿Hasta qué edad fue amamantado/a?	<ul style="list-style-type: none"> ✧ 6 meses ✧ Menos de 6 meses ✧ Mas de 6 meses ✧ No sé / sin opinión
3 ¿A qué edad le comenzó a dar de comer algún alimento diferente a la lactancia materna?	
4 ¿A qué edad le comenzó a dar de comer otros alimentos (papilla, cremas, sopas, jugos)?	
5 ¿A qué edad le comenzó a dar de comer algún tipo de carne (pescado, pollo, vacuno)?	[Cada pregunta llevo todas estas alternativas]
PARTE II	
Preguntas en base a la alimentación del día anterior de la realización de la encuesta	
6 ¿Zanahoria, pepino, tomate, cebolla, papa, ocumo, apio, yuca?	SI o NO
7¿Cualquier vegetal de hoja verde?	
8 ¿Mango, lechosa, cambur, guayaba?	
9 ¿Cualquier otra fruta o vegetal?	
10 ¿Cualquier tipo de carne (vaca, cerdo, chivo, pollo)	
11 ¿Hígado, riñón, corazón, u otros órganos?	
12 ¿Huevos?	
13 ¿Pescado o mariscos?	
14 ¿Granos?	
15 ¿Queso yogurt, u otro producto lácteo?	
16 ¿Cualquier aceite o grasa, mantequilla o alimento hecho con estos?	
17 ¿Cualquier alimento dulce (chocolate, galletas, tortas)?	
18 ¿Condimentos (especies)?	
19 ¿Alimentos procesados?	
PARTE III	
20 ¿tiempo que dedica para alimentar al niño?	30 minutos 60 minuto 120 minutos

21 ¿Cuánto tiempo al día Ud. Dedicar a preparar los alimentos?	30 minutos 60 minutos 120 minutos
22 ¿Grado de educación del jefe de familia? 23 ¿Nivel de instrucción de la madre? 24 ¿Principal fuente de ingreso de la familia?	Especifique.
25 ¿condiciones de la vivienda?	Buena, mala, regular
26 ¿Acceso a servicios de Salud?	Si o No
27 ¿Cuántos servicios de salud cercanos a domicilio posee? 28 ¿Cuántos controles pediátricos tiene anuales?	Especifique