

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIZACION EN SALUD

ESPECIALIDAD: NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN SALUDABLE



TESIS

“FACTORES SOCIALES Y PARASITOSIS ASOCIADOS AL ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO DE 6 A 36 MESES ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD LA COLPA - CHALAMARCA, CHOTA 2013”

PRESENTADO POR:

LIC. ENF. FELIX POMPA MALCA

ASESORA:

Dra. MERCEDES MARLENI BARDALES SILVA

CAJAMARCA - PERÚ

2014

**COPYRIGHT @ 2014 by
FELIX POMPA MALCA
Todos los derechos reservados**



II SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN EN SALUD
ESPECIALIDAD: NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN SALUDABLE

TESIS APROBADA:

FACTORES SOCIALES Y PARASITOSIS ASOCIADOS AL ESTADO
NUTRICIONAL DEL NIÑO DE 6 A 36 MESES ATENDIDOS EN EL PUESTO DE
SALUD LA COLPA – CHALAMARCA, CHOTA 2013.

Por:

Lic. Enf. Felix Pompa Malca

Comité Científico:

Dra. Raquel Huamán Vidaurre
Presidente del comité

Mg. Arnulfo Sánchez León
Primer Miembro Titular

M.Cs. Petronila Bringas Duran
Segundo Miembro Titular

M.Cs. M. Marleni Bardales Silva
Asesora

Fecha diciembre, 2014

LISTA DE ABREVIACIONES

| | |
|---------------|--|
| ENDES | : Encuesta demográfica y de salud familiar |
| UNICEF | : Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia |
| MIDIS | : Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. |
| OMS | : Organización Mundial de la Salud. |
| INEI | : Instituto Nacional de Estadística e Informática |
| OPS | : Organización Panamericana de la Salud |
| CEPREN | : Centro de Promoción y Estado en Nutrición |
| IRAs | : Infecciosas Respiratorias Agudas |
| EDAs | : Enfermedades Diarreicas Agudas |

A:

Dios, fuente de amor y sabiduría.

Mi madre, a pesar de la distancia física, siento que estas siempre conmigo y aunque nos faltaron muchas cosas por vivir, sé que este momento hubiera sido tan especial para ti como lo es para mí.

Mi padre, hermana y sobrinas por existir.

AGRADECIMIENTO

Mi profundo agradecimiento a Dios Omnipotente, por sostenerme durante toda mi vida. Sin su ayuda este trabajo no habría sido posible.

A la Universidad Nacional de Cajamarca en especial al programa de la Segunda Especialización en salud y a toda la plana docente que labora en esta Alma Mater.

A mi asesora, Dra. Marleni Bardales Silva, por su paciencia y guía permanente y constante para el desarrollo y elaboración de este estudio.

A mi padre: Esteban Pompa Yopla por sus consejos, su esfuerzo y por apoyarme incondicionalmente para ser lo que soy en la vida.

A mi sobrina: Karen Estefany por su cariño absoluto y por esas frases tan emotivas y la forma de resolver los problemas de una forma práctica.

A las familias del ámbito de jurisdicción del puesto de salud la Colpa por su colaboración para desarrollar esta investigación.

CONTENIDO

| | |
|---|------|
| AGRADECIMIENTO | |
| RESUMEN | VIII |
| ABSTRAC | IX |
| INTRODUCCIÓN | X |
| CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN | |
| 1.1 Definición y delimitación del problema | 13 |
| 1.2 Formulación del problema | 17 |
| 1.3 Justificación | 18 |
| 1.4 Objetivos | 19 |
| CAPITULO II: MARCO TEÓRICO | |
| 2.1. Antecedentes del problema de investigación | 21 |
| 2.2. Base teórica | 27 |
| 2.2.1 Factores Sociales | 27 |
| 2.2.2 Parasitosis | 31 |
| 2.2.3 Estado Nutricional | 35 |
| 2.3. Descripción de Términos | 45 |
| 2.4. Hipótesis | 46 |
| 2.5. Variables | 47 |
| CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE ESTUDIO | |
| 3.1. Tipo de investigación | 51 |
| 3.2. Universo | 51 |
| 3.3. Muestra | 51 |
| 3.4. Unidad de análisis | 52 |
| 3.5. Técnica de recolección de datos | 52 |
| CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y ANÁLISIS | |
| 4.1. Tablas estadísticas | 55 |
| CONCLUSIONES | 74 |
| BIBLIOGRAFÍA | 76 |
| ANEXOS | 81 |

RESUMEN

El presente estudio es de tipo descriptivo, retrospectivo y correlacional cuyo objetivo fue determinar los factores sociales de la familia y la parasitosis asociados al estado nutricional de niños de 6 meses a 36 meses de edad, puesto de salud. La Colpa – Chalamarca, Chota, 2013, la muestra estuvo constituida por 74 familias con niños de 6 meses a 36 meses coincidentemente 37 estuvieron desnutridos y 37 no lo estuvieron.

Los resultados evidencian que mayormente son niñas, el grupo etario que predomina se encuentra entre 18 a 23 meses de edad, gran mayoría de niños están infestados con giardia lamblia, en su mayoría iniciaron su alimentación de forma adecuada, un gran porcentaje de la muestra pertenece al tipo de familia nuclear, y también residen en la zona rural; las madres de estos niños conocen los momentos del lavado de manos, sin embargo lo practican incorrectamente. Las familias que no cuentan con la disponibilidad adecuada de alimentos dentro del hogar representan una mayoría; el grupo de madres de estos niños que más predomina se encuentra entre los 15 a 25 años tienen y viven con su pareja (padre del niño) cuyo grado de instrucción es la primaria incompleta.

Sobre la práctica del lavado de manos, inicio de la alimentación complementaria y la disponibilidad de los alimentos en el hogar están altamente asociados con el estado nutricional de los niños; igualmente, la edad del niño y la parasitosis están asociados al estado nutricional del niño de 6 a 36 meses de edad.

Palabras claves: Estado nutricional, parasitosis y factores sociales.

ABSTRACT

The current research was developed taking into account the principles of a descriptive, retrospective and correlational approach, whose objective was to determine the families' social factors and parasites associated with children's nutritional status. Children in the sample are aged 6 months to 36 months, Health Center La Colpa - Chalamarca, Chota, 2013. 74 families composed the sample with children between 6 months to 36 months, coincidentally 37 families were malnourished and 37 were not.

The results show that they are mostly girls; the most predominant age group is between 18 and 23. Most children are infected with Giardia Lamblia, most of them started proper nutrition, a large number of the sample are base in a nuclear family, and they also reside in the rural area; children's mothers know the right time for hand washing, but they do it incorrectly. Families that do not have proper availability of food at home are the biggest group, children's mothers of this groups are the most common, they are aged between 15 and 25. They live with their partner (child's father) whose level of education is incomplete elementary.

About the praxis of hand washing, the beginning of supplementary nutrition and the availability of food at home, all of them are highly related with children's nutritional state, on the same wavelength, child's age and parasites are related to child's nutritional state aged between 6 and 36 months.

Key words: Nutritional state, parasites, social factors.

INTRODUCCIÓN

El estado nutricional del niño y sobre todo la desnutrición infantil, independiente de su cuantía absoluta o relativa, ha constituido y constituye un problema social y de salud pública, problema que el Estado peruano tiene el deber y la obligación de atender, según la Constitución Política.

La encuesta nacional de demografía y salud (1996-2007) muestran que los porcentajes de niños menores de cinco años con desnutrición crónica en nuestro país, han permanecido en torno de 25 % y que en algunos departamentos de la Sierra como Apurímac, Cajamarca, Cusco y Huancavelica en su zona rural han permanecido entre 40 y 53 %.^{1,2}

Como se sabe, la desnutrición infantil aumenta el riesgo de morbilidad, mortalidad y deteriora el crecimiento y el desarrollo. Los niños desnutridos ven vulneradas sus capacidades debido al impacto directo de la desnutrición crónica sobre el desarrollo físico y mental. Su impacto se extiende a la adolescencia y aún a la edad adulta, reduciendo la capacidad de trabajo y el rendimiento intelectual, hecho que, a su vez puede contribuir a disminuir la productividad económica y el desarrollo de un país.³

Además, las enfermedades parasitarias son responsables de una morbilidad considerable en el mundo entero, en especial la parasitosis intestinal es un problemas de salud pública más prevalentes en países en vías de desarrollo, sobre todo porque afecta a la población de estratos socioeconómicos bajos, con deficiente saneamiento ambiental.

La presencia de parásitos en diversos lugares se debe principalmente a factores sociales, económicos, deficientes condiciones sanitarias, no acceso al agua potable, deficiente higiene en las viviendas la carencia de letrinas y mantenimiento inadecuado y la práctica inadecuada de higiene, entre otros.

La región Cajamarca no está exenta de este problema de salud, si bien es cierto el Ministerio de Salud ha tratado de combatir la desnutrición infantil y las enfermedades parasitarias a través de la promoción y la educación en salud, así como la entrega de multimicronutrientes y antiparasitarios de forma gratuita.³

En el presente estudio se determinó la asociación que existe entre los factores sociales y la parasitosis con el estado nutricional del niño de 6 a 36 meses del Puesto de Salud La Colpa-Chalamarca-Chota 2012. Los resultados servirán para contribuir de alguna manera al conocimiento de los factores que determinan el estado nutricional además de implementar medidas preventivas en las familias de la jurisdicción del Puesto de Salud. Así mismo se busca estimular la participación unánime de las autoridades locales, líderes, profesionales de salud, medios de comunicación, familias y comunidad para hacer frente a este problema.

Dentro de este contexto, resulta relevante investigar los factores asociados al estado nutricional del niño de 6 a 36 meses en nuestro país y principalmente, establecer la asociación entre los mismos. Se espera que los resultados de la investigación contribuyan al diseño de políticas y programas que tengan en cuenta la naturaleza multisectorial que influyen en el estado nutricional del niño en los primeros años de vida.

CAPTÍULO I
EL PROBLEMA

CAPTÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 DEFINICIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

A nivel nacional el estado nutricional de la población infantil es uno de los problemas de salud que se refleja con gran intensidad debido al subdesarrollo en el que vive y a la falta de políticas que apoyen en los diferentes programas de educación en salud en las comunidades vulnerables. El estado nutricional en condiciones normales es el resultado del balance entre lo consumido y lo requerido, lo cual está determinado por la calidad y cantidad de nutrientes de la dieta y por su utilización completa en el organismo. De acuerdo con el marco conceptual descrito por la UNICEF en 1990, la pobre nutrición es el resultado de las condiciones adversas con causas inmediatas, subyacentes y básicas. Las causas inmediatas de desnutrición son la inadecuada alimentación, una alta prevalencia de enfermedades o más frecuentemente, una interacción entre ambos factores.³

La desnutrición no se limita a la infancia según informe de la Organización Mundial de la Salud (2001) posee largos tentáculos que aprisionan casi a 800 millones de habitantes es decir el 20% de la población mundial en vías de desarrollo, o lo que es lo mismo a 1 de cada 8 seres humanos. Aunque el mayor número de desnutridos viven en Asia, principalmente en las regiones meridionales y centrales, los índices más altos de desnutrición se dan en África seguido después por varios países de Latinoamérica y el Caribe. Las consecuencias nutricionales que suelen observarse en grupos de bajos ingresos y de alto riesgo biológico, constituyen un serio problema de salud pública y contribuyen a elevar las tasas de morbilidad y mortalidad especialmente en los niños menores de 5 años. El problema radica fundamentalmente en un bajo consumo de alimentos, debido a deficiencias en la economía, la organización social, el bajo poder adquisitivo o producción de las familias pobres o bien en el aprovechamiento biológico inadecuado de los nutrientes la falta de éstos puede obedecer la presencia de enfermedades infecciosas y parasitarias.⁴

El Perú es un país con características de “subdesarrollo” el cual muestra una situación dramática en lo que a los niños se refiere, al observar una visión general del medio peruano y constatar que el desarrollo integral de la mayoría de los niños se ve amenazado y seriamente perjudicado en forma acumulativa no solo en el plano físico, intelectual, social y emocional. Un medio social y ambiental hostil es la causa de trastornos en el desarrollo físico y funcional de los niños en el Perú además la prevalencia de la desnutrición según la encuesta demográfica de salud 2007, en las zonas urbana, rural y nacional es 11,8%; 36,9%; 22,6% respectivamente y para el 2008 en la zonas urbano, rural y nacional es 11,8%; 36%; 21,5% respectivamente y en el 2009 en la zona urbano 9,9%, rural 32,8% y a nivel nacional 18,3%.^{5,6}

La desnutrición infantil es un grave problema en nuestro país, afecta al 25 % de los niños menores de 5 años (agravándose en el departamento de Huancavelica, donde llega al 49%), si bien se han ejecutado diversos programas sociales para lograr su disminución, todavía es un nivel relativamente bajo con respecto de las necesidades nacionales y en comparación con los parámetros latinoamericanos. Así lo señala el Banco Mundial en su estudio “Protección social en el Perú ¿Cómo mejorar el resultado para los pobres?”, el cual se centra en la importancia de combatir la desnutrición durante los primeros dos años de vida, mostrando que tiene consecuencias irreversibles.⁷

En este marco, el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social ha priorizado sus esfuerzos dirigidos hacia la disminución de la desnutrición crónica en niñas y niños menores de cinco años, priorizando los menores de 3 años en el marco de la seguridad alimentaria y la Estrategia Nacional. Para reducir la desnutrición crónica infantil es necesaria una estrategia integral con el propósito de realizar actividades de complementación nutricional y alimentaria, orientada a la infancia y la gestante y garantizar el acceso a servicios básicos para las familias en situación de pobreza o extrema pobreza, como es saneamiento, educación y salud. La familia es el responsable directo de esta problemática, así la desintegración y desorganización

familiar, la carencia de medios de subsistencia, hacen imposible la satisfacción de las necesidades vitales, tales como atención, afecto, alimentación, educación y salud.⁸

Por otra parte, la OMS ha estimado que en el mundo existen 3,500 millones de habitantes parasitados y aproximadamente 450 millones padecen enfermedad parasitarias y de ésta la mayor proporción corresponde a la población infantil. Las parasitosis integran cinco de las seis enfermedades de mayor influencia en la salud de la población humana, dentro de estos los niños son los más afectados debido a que asisten a círculos propios de su edad, como parques, escuelas y guarderías manteniéndose en contacto con animales domésticos y con las heces de los mismos.⁹

Se estima que en la actualidad alrededor de un quinto de la población mundial está infectada con formas parasitarias en su organismo, esta característica cosmopolita de los parásitos, constituye uno de los grandes problemas de la salud pública. En América Latina tienen una elevada prevalencia, ya que existe una endemicidad estable en las parasitosis como resultado del dinámico proceso de reinfección.⁹

Desde que el ser humano se encuentra en el planeta tierra, ha ido adquiriendo un número considerable de parásitos, cerca de 300 especies de helmintos y casi 70 especies de protozoos, de los cuales cerca de 90 especies son comunes, y una pequeña proporción de éstos causan importantes enfermedades en el ser humano a nivel mundial.¹⁰

Por su parte, la OMS considera a la parasitosis como una de las principales causas de morbilidad, estrechamente relacionada a la pobreza, inadecuada higiene personal, higiene de los alimentos crudos, falta de provisión de agua potable y saneamiento ambiental. Infecta a personas de todas las edades, pero la sufren principalmente los niños, a quienes causa trastornos de crecimiento y desarrollo normal.¹¹ Asimismo, la OPS (Organización Panamericana de la Salud) describe que la parasitosis intestinal en el Perú tiene una alta prevalencia y constituye un problema de salud pública ya que se encuentra dentro de las diez principales causas de muerte.⁹ A si mismo tiene una alta incidencia

constituyendo una de las enfermedades transmisibles más difíciles de controlar, no sólo por la rápida propagación, sino por los factores que intervienen en esta; constituyendo así un problema de salud pública de importancia, tanto por su distribución y su estrecha dependencia con las características bio-sociales y condiciones sanitarias de la población y por su vinculación con la deficiente o ausente educación.¹¹

La incidencia de la parasitosis en el departamento de Lima es de 30% cuyas edades fluctúan entre los 2 y 10 años. Los niños de edad escolar son los grupos más vulnerables de adquirir enfermedades infecciosas. Una vez que un niño es infectado, la probabilidad de contagio hacia sus familiares es alta.¹⁰

En la actualidad, la parasitosis intestinal continúa produciendo consecuencias desfavorables en la salud del ser humano. Los parásitos intestinales son los agentes infecciosos más comunes en los seres humanos, éstos se encuentran ampliamente distribuidos en todo el mundo, afectan a todos los grupos etarios siendo los niños los más perjudicados debido al efecto negativo que producen en su crecimiento y desarrollo. Se estima que el 12% de las enfermedades de la niñez son debidas a parasitosis.¹³

Se dice que un huésped (Humano) está infectado cuando alberga un parásito, pero ocurre que el huésped no sufre un daño semiológicamente detectable, es decir, se produce un estado de comensalismo con este ser asociado. Si el huésped presenta sintomatología como consecuencia del parasitismo, se habla entonces de enfermedad parasitaria.¹⁴

La parasitosis intestinal, sobre todo en los niños tiene efectos graves y letales que la mayoría de las personas lo desconocemos y que con medidas sencillas se podría prevenir. Según la OMS, los parásitos intestinales pueden causar malnutrición en los niños y disminuir sus posibilidades de crecer, desarrollarse y aprender¹¹. Los parásitos intestinales, privan al organismo humano de nutrientes, pudiendo causar pérdida del apetito, incremento del metabolismo, mala absorción intestinal por tránsito acelerado y reducción en las sales biliares, y lesiones en la mucosa intestinal, lo cual repercute en

su estado nutricional. Por lo tanto los parásitos intestinales pueden llevar a consecuencias negativas en el organismo repercutiendo directamente en el aspecto cognitivo.¹⁵

Los parásitos intestinales, a través de diferentes mecanismos relacionados con el tipo de entero patógeno, privan al organismo humano de nutrientes, pudiendo causar pérdida del apetito, incremento del metabolismo, reducción de las sales biliares, y lesiones en la mucosa intestinal. Las deficientes condiciones sanitarias (ambientales, infraestructura y educación) predisponen a un mayor riesgo de infección por helmintos y protozoarios, lo cual repercute en el estado nutricional del niño.¹⁵

La provincia de Chota tiene una desnutrición de 43.4% no está ajena a este problema que sufre el Perú, por ello, la importancia del presente estudio desarrollado en el centro poblado de la Colpa del distrito de Chalamarca donde la desnutrición alcanza una considerable magnitud de 45.2 % y alta incidencia de parasitosis, dejándose notar que este problema aún con todos los esfuerzos del Estado no ha sido superado.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Existe asociación entre factores sociales y parasitosis con el estado nutricional del niño de 6 a 36 meses de edad atendidos en el puesto de salud La Colpa – Chalamarca. Chota, 2013?

1.3 JUSTIFICACIÓN

El estado nutricional es un padecimiento íntimamente ligado a factores sociales, culturales, económicos y biológicos que caracterizan a un país, comunidad o familia y depende en gran parte de las actitudes que los hombres tienen frente a sus problemas vitales.⁶

Los factores sociales como la edad de los padres, grado de instrucción, zona de residencia, ocupación, situación conyugal, la alimentación del niño, lavado de manos y las enfermedades infecciosas, prácticas inadecuadas de alimentación, higiene personal, ambiente insalubre, consumo insuficiente de alimentos nutritivos y la parasitosis son los que están íntimamente asociados con el estado nutricional del niño.¹⁵

Los parásitos intestinales tienen un rol importante en el desgaste nutricional, retardo del crecimiento lo cual tiene profundas implicaciones médicas y sociales para los países en desarrollo con elevados índices de población y carentes de recursos económicos, sanitarios y educacionales. Las deficientes condiciones sanitarias llevan a un mayor riesgo de infección por parásitos estos repercuten en el estado nutricional del niño a través de diferentes mecanismos, privando al organismo de nutrientes.¹⁶

La alta frecuencia de niños desnutridos que son atendidos en los diferentes centros asistenciales de las regiones del Perú y la falta de información de los factores que llevan a alterar el estado nutricional plantea la necesidad del presente estudio, donde se determinará la asociación que existe entre los factores sociales y parasitosis con el estado nutricional del niño de 6 a 36 meses atendidos en el puesto de salud La Colpa-Chalamarca-Chota, 2013.

Los resultados obtenidos servirán para identificar los factores que influyen en el estado nutricional además contribuir a implementar medidas preventivas en las

familias de la jurisdicción del puesto de salud La Colpa. Así mismo se busca estimular la participación unánime de las autoridades locales, profesionales de salud, medios de comunicación, familias y comunidad para hacer frente a este problema.

Por todo ello es importante el presente trabajo de investigación porque servirá para alcanzar algunas medidas de solución a este problema local, regional y nacional además servirá como base para el desarrollo de otros trabajos de investigación.

1.4 OBJETIVOS

General

- Determinar y analizar la asociación que existe entre los factores sociales y parasitosis con el estado nutricional del niño de 6 a 36 meses de edad atendidos en el puesto de salud La Colpa – Chalamarca. Chota, 2013.

Específicos

- Identificar los factores sociales de las familias de los niños de 6 a 36 meses atendidos en el puesto de salud La Colpa - Chalamarca. Chota, 2013.
- Identificar y describir la parasitosis en niños de 6 a 36 meses de edad, atendidos en el puesto de salud La Colpa - Chalamarca. Chota, 2013.
- Identificar el estado nutricional de los niños de 6 a 36 meses atendidos en el puesto de salud La Colpa - Chalamarca. Chota, 2013.
- Establecer la asociación de los factores sociales y parasitosis con el estado nutricional del niño del puesto de salud La Colpa - Chalamarca. Chota, 2013.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

2.1.1 INTERNACIONALES

Ordoñez, (2002), En su investigación “Malnutrición y asociación con parásitos intestinales en niños Amazonia” realizada en Colombia concluyó que 86,1% de niños tenían parásitos intestinales, 54% tenían más de dos parásitos, 30% eran de baja talla, 10% de bajo peso, los índices talla para la edad y peso para la talla eran inversamente proporcionales a la edad y al número de parásitos.¹⁷

Beatriz (2002), En su estudio “determinantes sociales, prácticas de alimentación y consecuencias nutricionales del parasitismo intestinal en niños de 7 a 18 meses de edad” realizado en Guapi – Cauca, manifestó que el efecto de los parásitos intestinales sobre el estado nutricional en esta población puede considerarse marginal, a pesar de la alta prevalencia de parásitos intestinales patógenos. Los resultados de su estudio muestran que sólo las infecciones por helmintos, especialmente la infección por *T. trichiura*, parecen estar relacionadas con menores promedios con el indicador de peso para longitud y mayor frecuencia de desnutrición aguda, como se ha reportado en los niños no tratados en estudios experimentales con antihelmínticos. Las infecciones con *T. trichiura* producen en los niños alteraciones en la mucosa intestinal, disminución del consumo de alimentos, deficiencia de hierro y pérdida de proteínas. Los menores promedios en el indicador de peso para longitud entre los infectados con este parásito se pueden explicar por un episodio agudo con disminución de peso asociado a anorexia o diarrea causada por el parásito. En cuanto a la asociación con la desnutrición crónica, dado que ésta no ocurre sino tras largos periodos de exposición a fallas en la ganancia de peso, es posible que se deba a los efectos crónicos de la tricocefalosis en la mala absorción de proteínas y hierro. La ausencia de asociación con el indicador de longitud para edad (crecimiento lineal), se podría explicar por el hecho de que en nuestra población, las infecciones por áscaris y tricocéfalos no fueron graves. En efecto, el conteo de huevos en el 100% de los

niños fue menor de 5.000 parasitosis por *A. lumbricoides* y menor de 1 000 para *T. trichiura*.¹⁸

Figuera (2003), en su estudio “relación entre la helmintiasis intestinal y el estado nutricional-hematológico en niños de una escuela rural en el estado Sucre” realizado en Venezuela determinó que 78,3% de los niños con condición nutricional normal presentaron helmintiasis intestinal, el 91,2% de los niños estaban parasitados por helmintos también concluye que 88,8% de los niños con helmintiasis intestinales pertenecían a familias del estrato social marginal. El 74,8% no usan con frecuencia el calzado; asimismo, un 75,7% consumen agua sin tratamiento directamente de las tuberías.¹⁹

Berrocal y Col. (2005), en su estudio “parasitosis intestinal y su relación con la calidad del agua y otros factores de riesgo en niños desplazados menores de 7 años, ubicados en el municipio de Montería – Córdoba”, concluyeron que 92,2 % de niños parasitados, un 80,9% de los niños estudiados presentó multiparasitosis; los niños parasitados presentaron entre 2 y 8 parásitos; a medida que aumenta la edad, el número de niños parasitados fue mayor; los parásitos protozoarios que se *encontraron con mayor frecuencia fueron entamoeba histolítica* seguido de giardia lamblia y entre los helmintos áscaris lumbricoides seguido de enterobius vermicularis; el estado nutricional de los niños estudiados reportó: desnutrición crónica (talla/edad) 17%, desnutrición aguda (Peso/talla) 12%, desnutrición global o general (peso/edad) 71%.²⁰

Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo (2005). Publicó, que de 31 niños desnutridos graves, 29% presentaron una evolución aguda, mientras que un 71% fue crónico. El examen coproparasitológico mostró 51,6 % de prevalencia distribuidos en 31,2 % poli y 68,7 % mono parasitados donde 56,2 %; 6,2 % y 37,5 % correspondió al Kwashiorkor, marasmo y mixto respectivamente.²¹

Giraldo y Col. (2005), en su estudio "Parásitos Intestinales en los niños Preescolares de hogares atendidos en un programa estatal de Armenia – Colombia", concluyó que los parásitos intestinales en los niños preescolares de hogares atendidos en un programa estatal de Armenia - Colombia con mayor potencial patógeno fueron: áscaris lumbricoides 2,4 %, hymenolepsis nana 0,6 %, trichuris trichura 2,1 %, blastocystis hominis 6,1 % y giardia lamblia 13 %. Se confirma que el parásito patógeno más prevalente es giardia lamblia en los niños. La prevalencia de giardia no se relacionó de manera estadísticamente significativa con el estado nutricional de los niños de las guarderías.²²

Barón y Col. (2007), en su investigación "el estado nutricional de hierro relacionado con la parasitosis intestinal en niños" establecieron que de 214 niños un 58,4% estaban parasitados de éstos 53,6% tenían un solo parásito y 46,4% estaban poliparasitados; encontrándose en algunos niños de 2 a 6 especies de parásitos además el 71,9% de las familias evaluadas conformaban grupos de 4 y 7 personas, con un promedio de $5,9 \pm 2,4$ por familia. En cuanto a la composición del hogar, concluye que el 22% de los casos estaban constituidos por más de dos familias por hogar, con un rango de 1 a 4 familias por vivienda. Las condiciones de las viviendas eran inadecuadas, destacándose que un 39,1% no tenían servicio de agua dentro de ella; y en los casos que disponían de agua, el 30,4% no le daba ninguna clase de tratamiento (filtrar, hervir, etc.). En cuanto al género, los niños mostraron una mayor tendencia de infestación parasitaria que las niñas; especialmente para las especies: Áscaris lumbricoides, Trichuris trichiura y Giardia lamblia.²³

Liseti (2008), en su investigación "nutrición y salud pública: anemia y deficiencia de hierro en niños menores de cuatro años" demostró que 49,6% tenían parasitosis, predominando en los estratos socioeconómicos bajo, muy bajo. Existió una asociación estadísticamente significativa entre antecedente de diarrea y presencia de parásitos, más específicamente entre antecedente de diarrea aguda e infestación por giardia lamblia y trichuris trichiura. Además manifestó que hay una asociación

significativa entre desnutrición, parasitosis y antecedentes de diarrea, esto no se pudo demostrar cuando se discriminó por tipo de parásito y grado de desnutrición pero se evidenció un efecto deletéreo de las parasitosis sobre el estado nutricional.²⁴

2.1.2 NACIONALES

Benites y Col. (2006), en su estudio “parasitológico de niños del nivel primario” realizado en Santiago de Surco, llegaron a la conclusión que 54,7% de los niños están comúnmente expuestos a contaminación fecal, elevando el riesgo de infección por parásitos patógenos y no patógenos. La mayor prevalencia de parásitos no patogénicos en el presente estudio son probablemente indicadores asociados a bajos niveles de condiciones socioeconómicas y sanitarias en la población escolar estudiada y podrían ser indicadores de la presencia de parásitos patógenos. Sin embargo, el colegio evaluado en octubre del 2005, presentó una alta prevalencia de infección por poli parasitismo, aumentando el riesgo por falta de servicios de agua potable y de desagües. Sin embargo se encontró que la parasitosis intestinal no tuvo relación con los servicios de agua y saneamiento ambiental, sino con el bajo nivel de instrucción.²⁵

Huertas y Llerme. (2008), publicó que el 62% de la población de niños menores de cinco años presento algún tipo de desnutrición, hallándose 38% con desnutrición crónica, 16% con desnutrición crónica reagudizada y 8% con desnutrición aguda además refiere que la incidencia de parasitosis es un 84%, siendo los parásitos de mayoría predominancia la *Giardia lamblia* y la *Entamoeba coli*. No existe relación significativa entre estado nutricional y anemia, estado nutricional y parasitosis, parasitosis y anemia en la población estudiada. Es seis veces más riesgosa para tener algún tipo de desnutrición en la población estudiada el tener anemia y parasitosis.²⁶

Flores. J. (2006). En su estudio “nivel económico y conocimiento que tienen las madres sobre alimentación preescolar y su relación con el estado nutricional en el centro de promoción familiar Pestalozzi del distrito de Lima – Perú” señaló, en cuanto a la relación entre el nivel de conocimientos que tienen las madres sobre la alimentación y el estado nutricional estableció que no existe relación. El nivel de conocimientos en la mayoría de las madres acerca de la alimentación en el pre-escolar es 89% de medio a bajo y solo el 11% tiene un conocimiento alto, relacionado a que desconocen los efectos principales de los nutrientes y en qué tipo de alimentos se encuentran, lo cual limita a las madres de los pre-escolares a proporcionar una alimentación adecuada que permita un crecimiento y desarrollo normal del pre-escolar.

Gabriela C. (2009). En su estudio” conocimientos y prácticas sobre alimentación y nutrición de niños menores de 5 años en madres participantes y no participantes de sesiones educativas en Paucará- Huancavelica, Lima – Perú indicó que las madres participantes de sesiones educativas residentes en Paucará, Huancavelica, mostraron un nivel de conocimientos medio en temas de alimentación y nutrición; mientras que la mayoría de madres no participantes, mostraron un nivel de conocimientos bajo. En el tema de *alimentación complementaria*, ambos grupos de madres participantes y no participantes de sesiones educativas, mostraron un mayor nivel de conocimientos que en los temas de alimentación del pre escolar e higiene. Un mayor porcentaje de las madres participantes de sesiones educativas mostraron prácticas alimentarias adecuadas en relación a las no participantes. Se halló relación entre conocimientos y prácticas sobre alimentación y nutrición del niño menor de cinco años en madres asistentes a sesiones educativas. Las razones manifestadas por las madres participantes de sesiones educativas para no poner en práctica los conocimientos que tenían sobre la alimentación y nutrición del niño menor de cinco años fueron: Preferencia del niño, costumbre familiar, acceso y disponibilidad de los alimentos.²⁷

2.1.3 LOCALES

Rivera y Col. (2005), en su estudio “determinar el tipo de enteroparasitosis más frecuentes en guarderías de la zona” realizado en Cajamarca, concluyó que un 48,9% de los niños presentaron algún tipo de parasitosis intestinal. Los enteroparásitos patógenos más frecuentes son: *Giardia lamblia* 39,1% y *Áscaris lumbricoides* 21,7%; entre los enteroparásitos comensales hallamos: *Entamoeba coli* 47,8% y *Chilomastix mesnili* 21,7%. Del total de positivos, 69,6% presentó mono parasitismo y 30,4% poli parasitismo se determinaron que la presencia de factores como la contaminación fecal del agua de consumo o de los alimentos, además de las deficientes condiciones sanitarias y socioculturales, permiten la presencia y expansión de parasitosis; estas infecciones también se pueden transmitir de persona a persona en grupos con deficiente higiene fecal-oral, como ocurre en niños que asisten a guardería.²⁸

Romero. (2009), en su estudio “Prevalencia de Parasitosis Intestinal y su relación con factores socioculturales y ambientales en niños de 3 a 5 años” realizado en la institución educativa Antonio Guillermo Urrelo, concluyó que de 41 niños solo 13 estaban parasitados, es decir un 32% de la población total, este hecho demuestra que el lugar y las condiciones sanitarias que rodean a la mayoría de los niños son adecuadas, y también refleja este estudio que aquellos niños con exámenes coproparasitológico positivos representa un riesgo potencial de contagio o propagación a los demás niños de dicha institución, familia y comunidad. También concluye que la mayoría cuenta con servicios básicos, pero que un porcentaje considerable tiene parásitos por lo que ya no sería un problema los servicios básicos sino de una práctica inadecuada de hábitos higiénicos. En la mayoría de las encuestas se encontró que los niños solo se baña dos veces a la semana, por tanto están en mayor exposición de contraer parásitos por la falta de aseo, de igual forma en la costumbre de lavado de manos revelan que se lavan por lo menos antes de comer e ir al baño sin embargo podemos afirmar que la forma de lavado de manos es incorrecta pues presentan parasitosis intestinal. En cuanto al grado de instrucción se

concluyó que a mayor nivel de conocimientos menor predisposición a contraer parásitos intestinales.²⁹

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 FACTORES SOCIALES

Los determinantes de la desnutrición del niño como un conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud del niño y de la familia.³⁰

Factores sociales. Hay que tener presente que los factores sociales (sexo, edad, ocupación, grado de instrucción, ingreso económico, tipo de familia, grado de instrucción de los jefes de familia, lavado de manos.) son condicionantes de la salud. El contexto social en el que está inmerso un individuo tiene influencia en áreas relacionadas con la salud y la enfermedad. La calidad de vida, el cuidado y la promoción de la salud, la prevención, la rehabilitación, los problemas de salud y la muerte misma acontecen en el denso tejido social y ecológico en el que transcurre la historia personal de cada individuo.⁸

Una adecuada alimentación y nutrición no sólo es un derecho humano, ni sólo parte integral de las necesidades básicas de la persona, es también una inversión que rinde tan igual en el presente como en el futuro. Las mejoras nutricionales del recurso humano de un país tienen un efecto muy poderoso en el bienestar y en el crecimiento de la nación.³¹

La pobreza y el retardo en el crecimiento están fuertemente relacionadas, y afectan a la mitad de la población del Perú y a la cuarta parte de su población infantil. Un niño desnutrido está más expuesto a infecciones; cuando crece, sus procesos cognitivos se

encuentran disminuidos, lo que ocasiona bajo rendimiento escolar (muchas veces a causa de anemia) que limita su acceso a niveles de educación superior de calidad; y cuando sea una persona adulta, tendrá limitadas capacidades para desempeñarse en forma óptima en su vida laboral, lo que generará que se convierta en una persona de mando medio o que realice oficios que le retribuirán bajos ingresos. Es así como se cierra el círculo de la desnutrición y la pobreza, el cual se reproduce intergeneracionalmente.³²

Es innegable que la pobreza y marginación, principalmente en zonas rurales, son causas básicas de otros factores que a su vez favorecen la desnutrición infantil: bajo nivel educativo, bajo ingreso económico, insuficiente acceso a los alimentos y servicios de salud, malas condiciones sanitarias, entre otros. Cada uno de estos factores, a su vez, puede favorecer la aparición de situaciones que directamente dañan el estado de nutrición del niño como el uso inadecuado de los alimentos disponibles en el hogar, la contaminación fecal del agua y alimentos, las consecuentes enfermedades infecciosas y parasitarias, el manejo inadecuado de las mismas y la tardanza en recurrir a los servicios de salud para su atención.³¹

En un proyecto de Evaluación de conocimientos y comportamiento alimentario nutricional realizado por Centro de Promoción y Estado en Nutrición (CEPREN) en dos departamentos (Apurímac y Cajamarca) se encuentra lo siguiente: en Apurímac, la edad de inicio de la alimentación complementaria en el 45% de niños es a los 6 meses, 25% entre 3 a 4 meses y 25% entre 7 a 8 meses. El 58% de niños inician su alimentación complementaria con alimentos de consistencia semisólidas y en un 31% con alimentos líquidos, todos con baja densidad energética. Se halla además que el volumen de la porción es reducida (3 cucharadas en tiempos de comida), la dieta es a base de cereal, tubérculos y muy pocos alimentos de origen animal, usan harina de menestras, el aporte energético es insuficiente para cubrir los requerimientos. La cantidad de proteína consumida es adecuada pero la calidad de la misma es baja a

partir del primer año. También se registra que el consumo de calcio y hierro son deficientes.³¹

En la década de los noventa el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), teniendo en cuenta que la desnutrición infantil constituye un fenómeno multifactorial, originado por factores diversos e interrelacionados, propuso como parte de la Estrategia Mundial de la UNICEF sobre alimentación y nutrición, un marco conceptual para analizar causas o factores asociados a la desnutrición infantil.³¹

El marco conceptual de la UNICEF refiere que la desnutrición infantil como consecuencia de tres conjuntos de causas: inmediatas, subyacentes y básicas. Explica que la interacción entre la inadecuada ingesta alimentaria y las enfermedades infecciosas, que representan las dos causas inmediatas más importantes de la desnutrición, tiende a crear un círculo vicioso, ya que cuando el niño desnutrido, cuya resistencia a las enfermedades es inferior, contrae una enfermedad, su desnutrición empeora.³⁴

La inadecuada ingesta alimentaria y las enfermedades infecciosas responden a un conjunto de causas las cuales pueden ser agrupadas según correspondan al ámbito del hogar (causas subyacentes) o al ámbito social (causas básicas). El grupo de causas relacionadas al ámbito del hogar considera el acceso insuficiente a los alimentos, inadecuados servicios de salud y saneamiento básico y atención inadecuada a las mujeres y los niños.³²

El grupo de causas relacionadas al ámbito social comprende dos grupos de causas; el primero considera: el nivel educativo, ingresos económicos, disponibilidad de alimentos, calidad del empleo, información de los padres y cuidadores del niño, tiempo dedicado al cuidado del niño, etc.; y el segundo considera: todos aquellos

recursos organizacionales que posibilitan a las personas y sus organizaciones tener la capacidad para acceder a determinados bienes y servicios a través de la participación en redes sociales.³²

El marco conceptual de la UNICEF constituye un instrumento útil para la planificación y programación de acciones dirigidas a mejorar la nutrición infantil. La UNICEF ha incentivado entre los países la utilización del marco conceptual en referencia, entre otros, para identificar factores asociados y establecer la relación entre los factores asociados a la desnutrición infantil, y su operacionalización en función de cada realidad nutricional, socioeconómica y demográfica.³⁴

El Banco Mundial de la Salud manifiesta que la presencia de enfermedades diarreicas en niños menores de 5 años constituye una de las principales causas de mortalidad infantil, las cuales se pueden prevenir con prácticas adecuadas de higiene y saneamiento. La conducta juega un papel importante en la incidencia, prevalencia en la infancia, por ello los cambios de comportamiento y la adquisición de prácticas adecuadas van a tener un impacto significativo en la salud infantil. Particularmente el lavado de manos en los momentos críticos del día, interrumpe la transmisión de agentes contaminantes y evita estas enfermedades. La diarrea sigue siendo la tercera causa de muerte infantil en el Perú y en el mundo. Principalmente en los niños menores de 5 años de las áreas rurales de la selva y sierra y en los barrios periurbanos de Lima. El lavado de manos con jabón es un comportamiento saludable que juega un rol crucial en la reducción de la morbi mortalidad infantil vinculada a la diarrea. Se ha demostrado a través de diversos estudios, que colocar agua y saneamiento reduce los casos de diarrea en 25% y el lavado de manos un 48%.

PRISMA (2004) en su estudio “Comportamiento de lavado de manos con jabón en zonas periféricas y rurales del Perú” refiere, que las madres o cuidadores son las encargadas del cuidado de los niños en el hogar, sin embargo la práctica del lavado

de manos con jabón es escasa. En un estudio reciente realizado por PRISMA, muestra que del total de eventos de riesgo relacionados con heces, las madres se lavaron las manos un 33% de ocasiones, usando jabón un 19% de ellas. El lavado de manos en los momentos antes de comer y antes de preparar los alimentos representa un 28% de veces y usaron jabón el 6% de las ocasiones. Esto sucede a pesar que el 60% de hogares estudiados contaban con agua a chorro al interior y el 100% contaban con al menos un tipo de jabón o detergente.

2.2.2 PARASITOSIS

Sucede cuando el huésped tiene el parásito que no le causa enfermedad, lo cual constituye el estado de portador sano, sucede con la presencia de amibas no patógenas.³³

Enfermedad parasitaria: se presenta cuando el sufre alteraciones patológicas y sintomatológicas producidas por parásitos.³⁴

PARÁSITO

Se llama parásito a todo ser vivo, vegetal o animal, que pasa toda o parte de su existencia, a expensas de otro ser vivo, a quien se lo llama huésped. El parásito vive de su huésped causándole o no daño, el cual puede ser aparente o no, y con quien tiene una dependencia obligada y unilateral.³⁷

a) Características generales de los parásitos

La presencia de estas parasitosis en un área determinada depende de la existencia de ese huésped intermediario. Los parásitos se caracterizan por:

- **Resistencia.** los huevos, larvas o quistes se protegen con cubiertas de proteínas.
- **Capacidad de producir una enfermedad.** Algunos parásitos son patógenos por sí mismos, y otros lo son, dependiendo de las características del huésped; esto hace que un mismo parásito pueda o no producir enfermedad.

- **Autoinfección.** Es la forma para que el parásito permanezca por más tiempo en el huésped.
- **Prepotencia.** Es el tiempo que transcurre entre la entrada del parásito al huésped y la demostración de éste, o sus formas de desarrollo, ya sea por la observación directa, estudios bioquímicos, cultivos, etc.
- **Viabilidad.** Es importante que las formas emitidas al exterior por el parásito sean viables a través de estructuras resistentes, tanto al medio como a los huéspedes intermediarios. Se asegura de esta forma la continuidad del ciclo y su permanencia.
- **Diapausa.** Es el estado en que muchas veces las larvas de los parásitos permanecen en el organismo del huésped en forma latente encapsuladas o formando quistes para evadir la respuesta inmunológica.
- **Fecundidad.** La capacidad para emitir determinada cantidad de formas parasitarias le sirve al parásito para perpetuarse.
- **Longevidad.** La longevidad de un parásito admite dos formas: longevidad verdadera, cuando permanecen muchos años en un organismo; o perpetuándose por medio de la autoinfección- aunque el parásito tenga vida muy corta.
- **Respuesta inmune.** Cuando un parásito entra en un organismo éste trata de eliminarlo al reconocerlo como agente extraño y aquél pone en funcionamiento una serie de elementos para evadir el ataque, y poder así permanecer en el huésped.³⁷
- Según la capacidad de producir lesión en el hombre. Los parásitos pueden dividirse en:
 - ✓ **Patógenos.** son aquellos que en determinadas circunstancias, no producen sintomatología ni causan daño al huésped como ocurre en los portadores. En general, la lesión o sintomatología que causan los parásitos patógenos en el huésped, depende del número de formas parasitarias presentes.
 - ✓ **No patógenos.** no causan daño al hospedero.

➤ Según la morfología del parásito.

- ✓ **Helminetos.** comúnmente llamados “gusanos”, son seres multicelulares ampliamente distribuidos en la naturaleza. Los helmintos tienen el grado de especialización que algunos no pueden vivir sino en ciertos huéspedes y en ellos presentan localizaciones determinadas. Otros no son tan específicos en la selección de sus huéspedes y el hombre puede adquirirlos de los animales. Entre ellos tenemos: los oxiuros.³⁵

La oxiurosis o enterobiosis: es la helmintiasis más frecuente en niños que en adultos, de muy amplia distribución en el mundo y con gran tendencia a diseminarse directamente de persona a persona, sin pasar por la tierra. Su agente etiológico es el *Oxyuris vermicularis* o *Enterobius vermicularis*, es un gusano pequeño y delgado de color blanco. La hembra mide aproximadamente 1 cm de longitud con el extremo posterior recto y muy puntudo. El ciclo de vida de los oxiuros tiene características muy especiales, debido a que la hembra sale por el ano del paciente a depositar los huevos en la región perianal.³⁷

- ✓ **Protozoarios.** Son organismos unicelulares del reino animal, son microscópicamente y se localizan en diferentes tejidos. Algunos producen daños importantes que trastornan las funciones vitales causando enfermedad y en ciertos casos la muerte del huésped. Los protozoos se clasifican, atendiendo principalmente sus medios de locomoción, en amibas, flagelados, ciliados y apicomplexa.³⁷

b) Principales Parásitos intestinales

Entamoeba coli: Es el comensal más frecuente del intestino grueso del hombre y su forma trofozoítica generalmente se confunde con la *Entamoeba histolytica*. El trofozoíto mide de 15 a 50 μm y su citoplasma es muy granuloso. La *Echericha Coli* se transmite por fecalismo, de forma similar que *Entamoeba histolytica*. Su distribución es mundial y las prevalencias oscilan entre 10 - 40%. En poblaciones con mal saneamiento ambiental y malos hábitos higiénicos, su frecuencia puede ser mayor. El diagnóstico de sus quistes y trofozoíto se efectúa a través de los

métodos coproparasitológicos corrientes. La *E. coli* es un protozoo luminal, el cual no ha demostrado un rol patógeno. Su profilaxis está dirigida a mejorar la disposición de excretas y los hábitos de higiene de la población.³⁷

Cryptosporidium: Es un parásito cosmopolita. El Ooquiste: mide 4 a 6 μm , es resistente a la cloración, los desinfectantes comunes y las variaciones climáticas se observa mayor número de casos en las estaciones cálidas. Existen dos formas de ooquistes: una con pared celular de dos capas resistente al medio ambiente y que se elimina con las heces, y otra sólo con membrana celular que se rompe y recontamina al huésped.³⁷

La criptosporidiosis se transmite fundamentalmente por la ingestión de agua y alimentos contaminados con ooquistes, los que están muy diseminados en el ambiente según estudios de ríos, etc. En el hombre constituye una de las principales causas de diarrea aguda en niños, los que requieren hospitalización por severidad del cuadro, esta infección posee varias características que la hacen fácilmente difundible: su baja dosis infectante; la prolongada excreción de ooquistes por varios días incluso semanas, luego de finalizar el cuadro diarreico; la gran resistencia que posee el ooquiste a las condiciones climáticas y a la mayoría de los desinfectantes utilizados en el laboratorio y de uso común.³⁷

Blastocystis hominis: Es cosmopolita además es un protozoo relacionado con las amebas. Habita en el intestino grueso, ocasionalmente también en el intestino delgado. Presenta tres formas parasitarias: vacuolada, granular y ameboide. La vacuolada es la que se presenta con más frecuencia en las heces, mide entre 5-30 μm con una gran vacuola central y bordes irregulares por carecer de pared.³⁷

Su modo de transmisión es por vía fecal-oral, a través de la ingestión de agua y alimentos contaminados. Es así como su prevalencia va estrechamente ligada a malas condiciones de saneamiento básico, hacinamiento y malnutrición. La frecuencia de infección en diferentes comunidades, varía ampliamente. En zonas tropicales es donde alcanza su mayor prevalencia llegando cifras de 20 a 50% de infección.³⁷

2.2.3 ESTADO NUTRICIONAL

En nuestro país, los problemas nutricionales son reconocidos como problemas de salud pública, que a pesar de las inversiones realizadas en programas y en proyectos para reducir la tasa de desnutrición, ésta no se reduce a la velocidad, ni en los niveles esperados. Según la encuesta demográfica y salud familiar 2000, 1 de cada 4 niños menores de 5 años viven con desnutrición crónica en ámbitos urbanos, proporción que se duplica dramáticamente en las zonas rurales. Se estima que el bajo peso al nacer en zonas rurales oscila entre 15% y 25% y la desnutrición crónica en niños menores de 2 años en 32% según ENDES,1996.³³

Según datos estadísticos el estado nutricional es realmente alarmante, el 45% de la niñez peruana sufre de algún grado de desnutrición en regiones de la selva y sierra, el 57% de la familia tienen déficit alimentario en calorías y 44% en proteínas, en general el 25,6% de niños menores de 5 años sufren de desnutrición crónica según promedio ponderado nacional del monitoreo nacional de indicadores nutricionales 2002.³⁹

La situación nutricional en la población infantil de los países en vías de desarrollo se revela a través de los elevados índices de morbimortalidad en donde la carencia nutricional constituye un factor contribuyente e importante en las tasas de mortalidad. Cerca del 40% de todos los niños menores de 5 años en el mundo padecen un retraso en el crecimiento debido a la desnutrición y según la fundación de las naciones unidas para la agricultura y la alimentación se calcula además que 6 millones de niños menores de cinco años mueren anualmente por causa de la desnutrición. En los países donde la situación es más grave, un recién nacido tiene una esperanza de vida sana de apenas 38 años, comparados con los más de 70 años en las 24 naciones más desarrolladas.³⁴

Una adecuada alimentación y nutrición no sólo es un derecho humano, ni sólo parte integral de las necesidades básicas de la persona, es también una inversión que rinde tan igual en el presente como en el futuro. Las mejoras nutricionales del recurso humano de un país tienen un efecto muy poderoso en el bienestar y en el crecimiento de la nación.²⁸

La pobreza y el retardo en el crecimiento están fuertemente relacionadas, y afectan a la mitad de la población del Perú y a la cuarta parte de su población infantil. Un niño desnutrido está más expuesto a infecciones; cuando crece, sus procesos cognitivos se encuentran disminuidos, lo que ocasiona bajo rendimiento escolar (muchas veces a causa de anemia) que limita su acceso a niveles de educación superior de calidad; y cuando sea una persona adulta, tendrá limitadas capacidades para desempeñarse en forma óptima en su vida laboral, lo que generará que se convierta en una persona de mando medio o que realice oficios que le retribuirán bajos ingresos. Es así como se cierra el círculo de la desnutrición y la pobreza, el cual se reproduce inter generacionalmente.²⁸

Es innegable que la pobreza y marginación, principalmente en zonas rurales, son causas básicas de otros factores que a su vez favorecen la desnutrición infantil: bajo nivel educativo, bajo ingreso, insuficiente acceso a los alimentos y servicios de salud, malas condiciones sanitarias, entre otros. Cada uno de estos factores, a su vez, puede favorecer la aparición de situaciones que directamente dañan el estado de nutrición del niño como el uso inadecuado de los alimentos disponibles en el hogar, la contaminación fecal del agua y alimentos, las consecuentes enfermedades infecciosas y parasitarias, el manejo inadecuado de las mismas y la tardanza en recurrir a los servicios de salud para su atención.³⁹

En el segundo semestre de vida del ser humano, la leche materna sigue siendo su fuente de energía más importante, pero necesita de otros alimentos que la

complementen para cubrir el 100% de sus requerimientos. Es a partir de los 6 meses cuando el medio ambiente insalubre y la alimentación deficiente hacen mella extensamente en el estado de nutrición de la población así se reporta en la encuesta nacional demográfica y de salud familiar (ENDES, 2004-2006), donde el retardo en el crecimiento de los niños peruanos menores de cinco años se incrementa rápidamente desde los 6 meses de vida y se estabiliza alrededor de los dos años, *permaneciendo en adelante por encima del 30%*.³³

El informe nacional sobre seguridad alimentaria en el Perú del año 2002, muestra que el porcentaje de niños de 6 a 9 meses que recibieron algún tipo de comida semisólida en las 24 horas previas a la encuesta mejora de 62,4% en 1992 a 79,4% en el 2000, mostrando un discreto descenso respecto a 1996 en que se reportó un 82,3%. Sin embargo, aún las madres prefieren ofrecer sopas y alimentos diluidos, preparaciones con muy baja densidad energética a sus pequeños hijos. La frecuencia de alimentación es por lo general tres comidas al día, cuando es necesario ofrecer entre cinco o seis comidas. Finalmente, la edad de inicio de la alimentación complementaria es inadecuada, ya que en la mayoría de hogares de las áreas urbanas de la costa, sierra y selva, el inicio o introducción de alimentos diferentes a la leche materna se hace a una edad muy temprana, entre los 3 y 5 meses; mientras que en las áreas rurales y en la sierra urbana es común iniciarla entre los 9 y 12 meses.³⁰

Según ENDES (2004-2005), sólo el 80.3% de niños lactantes de 6 a 9 meses recibe alimentos complementarios al día. Aunque en muchos hogares pobres las madres realizan prácticas consideradas adecuadas sin haber asistido a sesiones educativas, demostrando su capacidad para optimizar sus recursos y revalorar prácticas tradicionales en medio de la gravedad y persistencia de restricciones económicas.³³

Las prácticas inadecuadas en la alimentación están muchas veces determinadas por barreras culturales y la falta de conocimientos. En donde existe disponibilidad de

alimentos de alta calidad la gente puede preferir venderlos en lugar de consumirlos y, a menudo, no se les da a los niños más pequeños. En el Perú, la mayoría de madres de niños entre los 6 y 9 meses de edad, informa haber proporcionado a sus hijos papillas de cereales y alimentos con baja densidad de nutrientes, limitando su ingesta de nutrientes de origen animal.²⁸

Cuando se incorporan alimentos complementarios, éstos contienen nutrientes de baja calidad y a menudo son administrados a los niños con escasa frecuencia. En general, la población de zonas rurales y urbano marginales sobrevalora la sopa para los niños, a pesar de que en las sesión educativa, se suele indicar que el segundo es la preparación más conveniente para el niño.²⁸

Los escasos y/o erróneos conocimientos sobre una adecuada alimentación se aplican también para los adultos. En las prácticas observadas durante la alimentación familiar en los hogares peruanos en general, se detecta poca o escasa aplicación de conocimientos y valoración de la calidad nutritiva de los alimentos, así como de las combinaciones y preparaciones más adecuadas, estas prácticas negativas son muy difíciles de reorientar y repercuten en el estado nutricional de los grupos más vulnerables.²⁸

Según una evaluación existe un desfase entre conocimientos y prácticas de la alimentación complementaria: la mayoría de mujeres tienen conocimiento respecto a que ésta alimentación debería darse a partir de los seis meses, pero al menos la cuarta parte empieza a alimentar a sus hijos con mazamoras y purés (de productos de la zona) antes de esa edad; por qué no llevan a la práctica aquello que conocen es una interrogante que puede ser resuelta con investigación cualitativa.²⁸

Las inadecuadas prácticas en la manipulación y conservación de los alimentos durante la cadena alimentaria (producción, almacenamiento, procesamiento y

distribución) producen importantes pérdidas que no están siendo bien valoradas. Estas prácticas inadecuadas se deben al poco conocimiento y/o a la poca importancia que se da a estos aspectos. También están directamente relacionadas con las precarias condiciones de higiene, con los limitados servicios de saneamiento básico de agua y desagüe, y con la carencia en el equipamiento básico de cocina y de conservación de alimentos que se observa en numerosas familias, especialmente en las áreas rurales de la sierra y selva. Estos factores influyen en la existencia y alta prevalencia de enfermedades diarreicas que guardan estrecha relación con la utilización biológica de los alimentos que inciden en la desnutrición infantil.²⁸

DESNUTRICIÓN INFANTIL

La desnutrición es resultado de múltiples factores: enfermedades infecciosas frecuentes, prácticas inadecuadas de alimentación e higiene, ambiente insalubre, consumo insuficiente de alimentos nutritivos, trayendo como consecuencia pérdida de peso y las alteraciones en el crecimiento y desarrollo son las principales manifestaciones del mal estado nutricional y basados en el peso esperado del niño (de acuerdo a su edad o estatura) se hace el cálculo que determina el grado de desnutrición.⁴¹

La desnutrición, no es sólo un problema de salud, es un indicador de desarrollo del país. Desde la gestación y en los tres primeros años de vida, la desnutrición crónica y la anemia pueden afectar de manera irreversible la capacidad física, intelectual, emocional y social de los niños, y generan un mayor riesgo de enfermar por infecciones (diarreica y respiratoria) y de muerte. Este deterioro reduce su capacidad de aprendizaje en la etapa escolar y limita sus posibilidades de acceder a otros niveles de educación; en el largo plazo, se convierte en un adulto con limitadas capacidades físicas e intelectuales para insertarse en la vida laboral.⁴²

TIPOS DE DESNUTRICIÓN

A. SEGÚN FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA

La desnutrición crónica, retrasa el desarrollo; en niños y adolescentes en fase de crecimiento, el cuerpo responde retrasando el crecimiento en lo que respecta al peso y la talla. Puede ser moderada o severa, en función del nivel de retraso; el indicador más específico es *la talla en relación con la edad*.⁴³

Talla para la edad: La Talla es una medida antropométrica, expresa la dimensión longitudinal o lineal del cuerpo humano. Es la sumatoria de cuatro componentes del cuerpo humano, los miembros inferiores, la pelvis, la columna vertebral y el cráneo por lo tanto la talla expresa el proceso lineal del cuerpo humano como un todo. El déficit en este índice refleja el estado de salud y nutrición de un niño a largo plazo. Cuando el déficit existe hay que considerar lo siguiente:

- a) En un individuo puede reflejar variación normal del crecimiento.
- b) En algunos niños se puede explicar por peso bajo al nacer y/o estatura baja de los padres.
- c) Puede ser consecuencia de una pobre ingesta de nutrimentos, infecciones frecuentes o ambos.
- d) A nivel poblacional refleja condiciones socioeconómicas pobres.

Indicador talla/edad (T/E).

Clasificación e interpretación del indicador T/E

| % de adecuación P/E | Categorías |
|----------------------------|---------------------------|
| > 105% | Talla excesiva |
| 95 a 105% | Talla normal |
| < 95 % | Retraso en talla |
| 90 a 94% | Retraso en talla moderada |
| < 90% | Retraso en talla severa |

OMS, 2001

La desnutrición aguda, puede afectar a los adultos; se produce cuando el cuerpo ha gastado sus propias reservas energéticas. El cuerpo empieza a consumir su propia carne en busca de los nutrientes y la energía que necesita para sobrevivir; los músculos y las reservas de grasa corporal empiezan a desintegrarse. Igualmente, puede ser moderada o severa.

Peso para la talla: El peso y la talla obedece a una secuencia cronológica, en función de diferentes fases del proceso del crecimiento y desarrollo para transformarlo en un indicador del estado nutricional, la talla se relaciona con otras variables que están íntimamente relacionadas, con el peso, edad o sexo; cuando existe un déficit importante se asocia con enfermedades graves recientes; en países subdesarrollados indica desnutrición aguda, la cual probablemente es el resultado de ayuno prolongado, diarrea persistente o ambos.⁴³

Clasificación e interpretación del indicador P/T

| % de adecuación E/T | Categorías |
|---------------------|--|
| > 110% | <i>Sobrepeso u Obesidad</i> |
| 110 a 90 % | Norma o Eutrófico |
| 89 a 80% | Delgado, desnutrido I grado, o Leve |
| 79 a 70% | Muy delgado o desnutrido II grado o moderado |
| < 70% | Desnutrido III Grado o grave |

OMS, 2001

Combinación de indicadores P/T y T/E

Para este indicador primero hallar los indicadores P/T y T/E por separado según procedimientos antes señalados y ubicarlo en las categorías del estado nutricional, considerando estas dos adecuaciones a la vez.

| | T/E ≥ 90 | T/E < 90% |
|-----------|------------------|--------------------------------|
| P/E ≥ 80% | Normal | Desnutrido |
| P/E < 80% | Desnutrido agudo | Desnutrido crónico reagudizado |

OMS, 2001

Según Waterlow, en el eje de las abscisas se coloca el parámetro T/E y en las ordenadas el parámetro P/E. De acuerdo a ella, serían eutróficos quienes tienen

una T/E que esté por encima del 90% en relación al 100% (correspondiente a la mediana). También aquellos que están por arriba del 80% del parámetro P/T con relación al 100% (correspondiente a la mediana). El 90% del parámetro T/E, y el 80% del parámetro P/T corresponden a -2DS. Así cuando un niño presenta $P/T > 80\%$ y $T/E > 90\%$ se trata de una normalidad nutricional. Cuando $P/T < 80\%$ y $T/E > 90\%$ se trata de una desnutrición aguda o actual. Cuando $P/T > 80\%$ y $T/E < 90\%$, se trata de un caso de desnutrición crónica (desnutrición en el pasado y presente). Cuando $P/T < 80\%$ y $T/E < 90\%$ se trata de una desnutrición progresiva.

B. SEGÚN LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

Lo clasifica la desnutrición de la siguiente manera: Es una enfermedad que puede ser primaria o secundaria.⁹

Los determinantes de la desnutrición, están organizados en **causas inmediatas**, que influyen directamente sobre las condiciones nutricionales del individuo, las **causas subyacentes**, que manifiestan a través de las características relacionadas a la familia, cuidadores y al hogar, las **causas básicas** que fundamentalmente están asociadas con los sistemas políticos, económicos, culturales y sociales en la que se enmarca, la vida de la familia y los individuos, sociedad.

La desnutrición primaria, es decir la que aparece porque no se puede ingerir una cantidad suficiente de alimentos, es un síndrome que acompaña la pobreza de la población que está marginada por razones políticas o socioeconómicas. Esta desnutrición se observa más frecuentemente en los países conquistados o colonizados. Pero también representa una patología característica de los habitantes de los barrios pobres de cualquier ciudad desarrollada. En todos esos lugares, la falta de alimentos se relaciona con la pobreza de sus habitantes y afecta particularmente la población infantil.⁹

La desnutrición secundaria puede aparecer por diferentes causas. Las infecciones crónicas y las neoplasias malignas son enfermedades primarias que,

en sus etapas terminales, provocan una pérdida paulatina de peso que puede llegar a la caquexia o inanición. Sin embargo, las autoridades sanitarias se preocupan mucho más por la atención de los casos de desnutrición primaria, particularmente la infantil.⁹

La Organización Mundial de la Salud, manifiesta que la velocidad de crecimiento de los niños de acuerdo al género señala que el recién nacido comprende desde el nacimiento hasta los 28 días y debe alcanzar 4.8 cm las mujeres y de 5.3 cm para los varones de crecimiento longitudinal. El lactante Menor, que comprende desde 1 mes hasta los 12 meses el varón debe crecer 25 cm y 24 cm para el caso de las mujeres durante este periodo.⁹

C. SEGÚN GRADO DE DESNUTRICIÓN

La pérdida de peso y las alteraciones en el crecimiento son las principales manifestaciones del mal estado nutricional y basados en el peso esperado del niño (de acuerdo a su edad o estatura) hacemos el cálculo que determina el grado de desnutrición.

Desnutrición Leve:

Es la que más padece la población infantil, pero también en lo general, la que menos atención se le brinda; por ello es conveniente mencionar que entre más tempranamente ocurra y se prolongue por mayor tiempo, más daños ocasionará, ya que esto sólo se restringe a la disminución del tamaño corporal, sino también afecta el desarrollo y propicia la frecuencia y gravedad de enfermedades. La alimentación que reciba el niño con desnutrición leve, debe tener las características de una dieta normal, pero fraccionadas en mayor número de comidas al día. Para que tanto el tratamiento dietético como la rehabilitación sean exitosos y el niño se recupere en corto tiempo, es fundamental que el personal de

salud y las personas que lo atienden tengan conocimientos de que los alimentos y una atención especial hacen posible la recuperación.⁹

Desnutrición Moderada:

Es cuando ha avanzado el déficit de peso y generalmente tiene patologías agregadas, principalmente enfermedades de las vías intestinales y respiratorias. Su magnitud le sigue en importancia a la desnutrición leve. Cuando el niño presenta este tipo de desnutrición los signos y síntomas son más acentuados, mencionándose los siguientes:

- El niño se muestra apático y desganado por lo cual se cansa hasta para comer. Se lleva más tiempo al consumir sus alimentos.
- El niño no siente hambre y no demanda su alimentación. Por lo que la madre o personal de salud (si el niño está internado) deben insistir en proporcionarle los alimentos.
- Darle comidas poco voluminosas, nutritivas, 6 a 7 veces al día, en intervalos de 2 ½ a 3 horas. Cuando el niño pase de la desnutrición moderada a la leve se le darán 5 comidas (3 principales y 2 meriendas).
- Complementar el tratamiento ingresando al niño a un programa o plan de estimulación.⁹

Desnutrición Severa:

En sus diversas manifestaciones, es sin duda la más dramática de las enfermedades nutricionales; generalmente se identifica en dos tipos, kwashiorkor y marasmo.

Las metas del tratamiento deben tener como finalidad en primera instancia, recuperar las deficiencias específicas, tratar las infecciones, suprimir la flora gastrointestinal anormal y revertir las deficiencias funcionales adaptativas. Paralelamente proporcionar una dieta que permita la rápida recuperación de los tejidos perdidos y el restablecimiento de la composición corporal normal. La dieta debe ser proporcionada en forma gradual por etapas según la evolución del niño.

De esta forma debe atenderse el desequilibrio electrolítico y cualquier otro padecimiento que se tenga (gastroenteritis, bronconeumonía, y otros).⁹

El diagnóstico de la desnutrición y su grado de avance se realiza mediante exámenes de laboratorio (sangre y orina), en los cuales se reportan resultados que indican las deficiencias de vitaminas, proteínas y minerales. “Un dato de laboratorio que sirve de apoyo para determinar si un paciente tiene desnutrición es el valor de proteínas en sangre, por ejemplo de albúmina (principal proteína que circula en nuestro organismo), de la cual un niño sano debe tener cuatro gramos por cada 100 mililitros del fluido, en tanto que quienes tienen desnutrición registran hasta 2.5 gramos”⁹

2.3 DESCRIPCIÓN DE TÉRMINOS

- **Diagnóstico:** Pertenciente o relativo a la diagnosis. Arte o acto de conocer la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus síntomas y signos.⁴²
- **Hospedero:** Ser vivo en el cual vive el parásito. También llamado huésped o mesonero.³⁷
- **Morbilidad:** Es el estudio de los efectos de una enfermedad en una población. También es una adaptación mal empleada al español que proviene de la inglesa “morbidity” generalmente usada así en sudamérica para identificar una condición médica en la que se estudian los padecimientos de una enfermedad y cuyo verdadero significado es “patológico” o también para definir discapacidad.⁴²
- **Mortalidad:** Es un indicador demográfico que señala el número de defunciones de una población por cada mil habitantes, durante un periodo de tiempo determinado, generalmente un año.⁴²
- **Parásito:** Cualquier organismo que vive sobre o dentro de otro organismo vivo, del que obtiene parte o todos sus nutrientes, sin dar ninguna

compensación a cambio al hospedador. En muchos casos, los parásitos dañan o causan enfermedades al organismo hospedante.³⁷

- **Parásitos Humanos:** Los parásitos de humanos incluyen virus, riquetsias, bacterias, hongos, protozoos, gusanos y trematodos. Los virus y las riquetsias no se consideran, la mayoría de las veces, organismos vivos, pero utilizan métodos parecidos a los utilizados por los parásitos para transmitirse entre sus huéspedes, y *obtienen de ellos todos sus nutrientes. En la especie humana, las bacterias y los hongos son los parásitos que originan la mayoría de las enfermedades infecciosas comunes.*³⁷
- **Parasitismo intestinal:** Enfermedad caracterizada por la penetración y colonización del tracto digestivo por una serie de organismos provocando daños orgánicos o funcionales a otro ser viviente.⁴¹
- **Parasitado:** Persona que en nuestro estudio se le detectaron por análisis de heces fecales un organismo considerado como parásito del tracto intestinal.⁴¹
- **OPS:** Organización Panamericana de la Salud
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud
- **UNICEF:** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

2.4 HIPÓTESIS

HIPÓTESIS ALTERNA (H_a)

Los factores sociales y parasitosis se encuentran asociados con el estado nutricional de los niños de 6 a 36 meses de edad atendidos en el puesto de salud La Colpa – Chalamarca. Chota, 2013.

HIPÓTESIS NULA (H₀)

Los factores sociales y parasitosis no se encuentran asociados al estado nutricional de los niños de 6 a 36 meses atendidos en el puesto de salud La Colpa – Chalamarca. Chota, 2013.

2.5 VARIABLES

2.5.1 VARIABLE INDEPENDIENTE

➤ FACTORES SOCIALES

Edad

- ❖ **Definición nominal.** Tiempo cronológico transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad.⁴³
- ❖ **Definición Operacional.** Esta variable se efectuará en los indicadores siguientes:
 - ✓ 6 meses a 11 meses
 - ✓ 12 meses a 17 meses
 - ✓ 18 meses a 23 meses
 - ✓ 24 meses a 29 meses
 - ✓ 30 meses a 36 meses

Sexo

- ❖ **Definición nominal.** Variable dicotómica, características fenotípicas que presentan los niños en estudio.⁴³
- ❖ **Definición Operacional.** Esta variable se efectuará con los indicadores siguientes:
 - ✓ Masculino
 - ✓ Femenino

Zona de residencia

- ❖ **Definición Nominal.** División política administrativa en la que habita el entrevistado.⁴³

Población Urbana, se considera a las personas que viven en centros poblados rurales, aquellos que tienen menos de 100 viviendas agrupadas continuamente o que teniendo más de 100 viviendas, estas se encuentran dispersas.

Población Rural, se constituye a las personas que viven en centros poblados urbanos, aquellos que tienen como mínimo 100 viviendas agrupadas contiguamente.

❖ **Definición Operacional.** Esta variable se realizará con los indicadores siguientes

- ✓ Población urbana.
- ✓ *Población rural.*
- ✓ Población urbana marginal.

Grado de instrucción de la madre.

❖ **Definición nominal.** Esta dada por el último año de estudios aprobados dentro del sistema de enseñanza regular.¹⁸

❖ **Definición operacional.** Esta variable se realizará con los indicadores siguientes:

- ✓ Analfabeta
- ✓ Primaria Incompleta
- ✓ Primaria Completa
- ✓ Secundaria Incompleta
- ✓ Secundaria Completa
- ✓ Superior

Ocupación

❖ **Definición nominal.** Trabajo o quehacer en que se emplea el tiempo (Oficio, cargo y/o profesión).⁴⁴

❖ **Definición operacional.** Esta variable se realizará con los indicadores siguientes:

- ✓ Estudia.
- ✓ Trabaja.
- ✓ Ama de casa.

➤ **PARASITOSIS.**

- ❖ **Definición nominal.** Se llama parásito a todo ser vivo, vegetal o animal, que pasa toda, o parte de su existencia, a expensas de otro ser vivo, a quien se lo llama huésped.⁴⁵
- ❖ **Definición operacional.** Esta variable se realizará con los indicadores siguientes (Este dato se tomó de la tarjeta de crecimiento y desarrollo del niño o *historia clínica*):
 - ✓ Sí.
 - ✓ No.

2.5.2 VARIABLES DEPENDIENTE

➤ **ESTADO NUTRICIONAL**

- ❖ **Definición nominal.** Es el estado del organismo que está influenciado por factores sociales, económicos, geográficos, culturales y religiosos, que influyen en la misma⁴³
- ❖ **Definición Operacional.** Esta variable se obtendrá de la tarjeta de crecimiento y desarrollo y se transcribirá el último diagnóstico que el personal de salud, apunte en la tarjeta de control y se clasificará en los siguientes indicadores siguientes:
 - ✓ No desnutrido.
 - ✓ Desnutrido.

CAPÍTULO III
METODOLOGÍA DE ESTUDIO

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE ESTUDIO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de tipo;

Descriptivo: porque se describió la asociación entre los factores sociales y la parasitosis con el estado nutricional del niño.

Retrospectivo: Porque estuvo basado en información del año 2013, ocurrida en el pasado.

Correlacional: Este estudio se ocupó de conocer cómo se comporta los factores sociales y la parasitosis conociendo el comportamiento de la otra variable. Estableciendo la comparación entre las dos variables de estudio para llegar a una hipótesis ya sea afirmativa o nula.

3.2. UNIVERSO

El universo de esta investigación estuvo conformada por 74 niños entre la edad de 6 a 36 meses que tengan actualizada su tarjeta de crecimiento y desarrollo y que se atiendan en un establecimiento de salud de la jurisdicción del puesto de salud La Colpa.

N=74

3.3 MUESTRA

La muestra estuvo constituida por 37 niños desnutridos y 37 niños no desnutridos que se atienden en el puesto de salud La Colpa durante el año 2013.

n=37

Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión

- ✓ Los niños de edad entre 6 a 36 meses con exámenes de parasitosis positivo.
- ✓ Los niños de edad entre 6 a 36 meses cuyas madres deseen participar voluntariamente.
- ✓ Los niños de edad entre 6 a 36 meses que residan en la zona y jurisdicción del puesto de salud de La Colpa.

Exclusión

- ✓ Los niños de edad entre 6 a 36 meses que sus padres no quieran participar en el presente estudio.
- ✓ Los niños de edad entre 6 a 36 meses sin exámenes de parasitosis.

3.4 UNIDAD DE ANÁLISIS

La unidad de análisis estuvo constituida por cada niño que se encuentre de 6 a 36 meses de edad que tengan su carnet de crecimiento y desarrollo actualizado, que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

3.5 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recopilación de los datos sobre el estado nutricional así como el diagnóstico de la parasitosis se obtuvo del carnet de crecimiento y desarrollo del niño. Para obtener la información sobre los factores sociales se aplicó el instrumento: Encuesta que fue aplicada a los jefes de familia (madres) sobre datos de los niños, este instrumento tiene dos partes, factores sociales y parasitosis la primera tiene los siguientes ítems: Edad del niño, sexo, edad de inicio de la alimentación complementaria,

alimentación, lavado de manos. La segunda encuesta está dirigida a datos de la madre y tiene las siguientes partes. Factores sociales (edad, ocupación, zona de residencia, grado de instrucción del cuidador principal, situación conyugal, tipo de familia, lavado de manos, alimentación).

Validez y confiabilidad del instrumento

Para validar el instrumento se aplicó una prueba piloto a 6 familias del centro poblado de la unión del distrito de Chalamarca, cuyas características fueron similares al estudio, pero no formó parte del estudio. La cual nos permitió la reorientación y modificación de la encuesta que resultaron difíciles de comprender para la madre o cuidador principal del niño. Asimismo, se sometió a la reformulación de algunas preguntas y fue validada por el personal que trabaja en el centro de salud de Chalamarca.

3.6 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Después de recopilar los datos pertinentes al estudio, fueron revisados y corregidos, seguidamente se codificaron y almacenados en una base de datos, para ello se usó el paquete de software estadístico SPSS versión ¹³

El análisis se realizó en dos etapas:

Análisis descriptivos, Se describieron los resultados del presente estudio luego se confrontaron con los antecedentes y el marco teórico descrito.

Análisis inferencial, Se verificó la hipótesis formulada, utilizando la prueba de significación estadística chi cuadrado.

CAPÍTULO IV
RESULTADOS Y ANÁLISIS

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y ANÁLISIS

Tabla 1. Distribución de los niños de 6 a 36 meses según factores sociales. Puesto de Salud La Colpa

| FACTORES SOCIALES | INDICADOR | Nº | % | TOTAL |
|----------------------------------|-----------------------|-----------|---------------|---------------|
| SEXO | FEMENINO | 38 | 51,4% | 100,0% |
| | MASCULINO | 36 | 48,6% | |
| EDAD DEL NIÑO | 6 A 11 MESES | 12 | 16,2% | 100,0% |
| | 12 A 17 MESES | 14 | 18,9% | |
| | 18 A 23 MESES | 31 | 41,9% | |
| | 24 A 29 MESES | 5 | 6,8% | |
| | 30 A 36 MESES | 12 | 16,2% | |
| INICIO DE LA ALIMENTACIÓN | ADECUADA | 38 | 51,4% | 100,0% |
| | INADECUADA | 36 | 48,6% | |
| TIPO DE FAMILIA | NUCLEAR | 46 | 62,2% | 100,0% |
| | EXTENSA | 28 | 37,8% | |
| ZONA DE RESIDENCIA | RURAL | 45 | 60,8% | 100,0% |
| | URBANO MARGINAL | 29 | 39,2% | |
| CONOCIMIENTO LAVADO DE MANOS | ADECUADA | 55 | 74,3% | 100,0% |
| | INADECUADA | 19 | 25,7% | |
| PRACTICA DE LAVADO DE MANOS | CORRECTA | 25 | 33,8% | 100,0% |
| | INCORRECTA | 49 | 66,2% | |
| DISPONIBILIDAD DE ALIMENTOS | SI | 49 | 66,2% | 100,0% |
| | NO | 25 | 33,8% | |
| EDAD DE LA MADRE | 15 A 25 AÑOS | 39 | 52,7% | 100,0% |
| | 26 A 35 AÑOS | 28 | 37,8% | |
| | 35 A MÁS | 7 | 9,5% | |
| SITUACIÓN CONYUGAL | CON PAREJA | 49 | 66,2% | 100,0% |
| | SIN PAREJA | 25 | 33,8% | |
| GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE | ANALFABETA | 4 | 5,4% | 100,0% |
| | PRIMARIA COMPLETA | 24 | 32,4% | |
| | PRIMARIA INCOMPLETA | 30 | 40,5% | |
| | SECUNDARIA COMPLETA | 8 | 10,8% | |
| | SECUNDARIA INCOMPLETA | 8 | 10,8% | |
| TOTAL | | 74 | 100,0% | 100,0% |

Fuente: Encuesta dirigida a madres de niños menores de 6 a 36 meses, Puesto de Salud La Colpa – Chota, 2013

En la tabla 1, se evidencia que el sexo femenino es ligeramente mayor que el sexo masculino siendo 1,4 % mayor que el sexo masculino, al igual que la población total del establecimiento de salud la población femenina es mayor que el sexo masculino.

Del 100 % de la población, más del 60 % pertenecen al grupo etareo entre 12 a 23 meses, siendo el de mayor representatividad el grupo de 18 a 23 meses (41,9 %), el grupo con menos población es de 24 a 29 meses (6,8 %). Estos resultados pueden deberse ya que las madres de familia están sensibilizadas para llevar a sus hijos a sus controles, además son madres beneficiarias del programa JUNTOS donde hay una corresponsabilidad de parte de la familia con salud.

En la presente tabla observamos que un 60,8% pertenecen a la zona rural y la diferencia pertenece a la zona urbano marginal, estos resultados son congruentes con el estudio, puesto que esta investigación se realizó dentro de la jurisdicción del puesto de salud la Colpa que es una zona netamente rural y urbano marginal del distrito de Chalamarca

El 62,2% pertenece a un tipo de familia nuclear, estas familias tiene en promedio 4 miembros (padres e hijos). En nuestro país aún se considera como prototipo de familia adecuada, la familia de tipo nuclear, aquella en la que conviven padre, madre e hijos. Sin embargo por condiciones estructurales y sociales (migraciones, desempleo, pobreza, costumbres), se han ido constituyendo otros tipos de familia: extendida. Pareciera ser que la ausencia del elemento paterno o materno y la presencia de abuelos y otros familiares (extendida y agregada) pueden influir de diferente manera sobre los hijos dando lugar a patrones de conducta, emociones y pensamientos adaptativos o no adaptados según el clima social familiar existente en cada familia en particular.

El 74,3% de las madres encuestadas respondieron, los pasos y materiales necesarios para el adecuado lavado de manos. Sin embargo un alto porcentaje (66,2%) practica, un incorrecto lavado de manos a pesar de que estas mismas madres expresaron correctamente los pasos del adecuado lavado de manos esta diferencia entre la práctica y el conocimiento es de un 40,5%. Las madres que practican un adecuado lavado de manos disminuyen la probabilidad de adquirir enfermedades infecciosas las enfermedades infecciosas prevalentes en la infancia, son causas inmediatas de la desnutrición además la frecuencia, duración y gravedad de las enfermedades infecciosas influyen en el diagnostico nutricional del niño o niña. En el Perú, las principales enfermedades infecciosas respiratorias agudas (IRAs) y las enfermedades diarreicas agudas

(EDAs) han ido disminuyendo ostensiblemente en los últimos años el índice de mortalidad infantil, además estas siguen siendo una de las causas principales de desnutrición. (OMS, 1980)

El 51,4% de las familias con niños de 6 a 36 meses iniciaron adecuadamente su alimentación, además las madres respondieron acertadamente la preparación de su primeros alimentos para el niño, practicando los cuatro correctos durante la preparación de los alimentos que son Cantidad (1), Calidad (2), Consistencia(3) y Combinación(4).

El 66,2% de madres encuestadas tienen disponibilidad de alimentos, la disponibilidad de alimentos depende de factores sociales, económicos y geográficos tanto a nivel de la comunidad como familiar.

El 66,2% de las familias de los niños de 6 a 36 meses encuestados se encuentran la figura paterna sin embargo el 33,8% de las familias no cuentan con la presencia del padre en el hogar. La presencia del padre en el hogar contribuye con el ingreso económico a nivel familiar y en el niño la autoestima y el carácter del niño. En cambio la presencia de la madre que está en contacto directo con el niño y pendiente de su cuidado, higiene y alimentación del niño es un factor que contribuye grandemente con el crecimiento y desarrollo del niño.

El grupo etareó de 15 a 25 años representa un 52,7%, estas madres son primerizas por lo que sus hijos son pequeños los que se encuentran en el rango de 6 a 36 meses de edad. El grupo etareó de 26 a 35 años es 37,8% este grupo de madres tienen sus hijos de edades más avanzada mayor de 4 años y son múltiparas.

El 40,5%; 32,4% y 5,4% de las madres de la muestra tienen respectivamente primaria incompleta, primaria completa y son analfabetas. Estos resultados son alarmantes puesto que más de la mitad del estudio se encuentra en riesgo por no tener un buen grado de instrucción lo que va a limitar la adquisición de conocimiento.

Tabla 2. Distribución de los niños de 6 a 36 meses según parasitosis. Puesto de Salud La Colpa - 2013.

| PARASITOSIS | Nº | % |
|--------------|-----------|---------------|
| NO | 21 | 28,4% |
| SI | 53 | 71,6% |
| TOTAL | 74 | 100,0% |

Fuente: Encuesta desnutrición y parasitosis según estado nutricional de niños de 6 a 36 meses .Puesto de Salud Chota, 2013.

Se evidencia que un alto porcentaje (71,6%) de niñas y niños del estudio están parasitados, la infestación por parásitos intestinales y los niños son infectados a través de diferentes mecanismos además estos privan al organismo humano de nutrientes, pudiendo causar pérdida del apetito, incremento del metabolismo, mala absorción intestinal por tránsito acelerado y reducción en las sales biliares y lesiones en la mucosa intestinal. Las deficientes condiciones sanitarias (ambientales, de infraestructura y educación) predisponen a un mayor riesgo de infección por helmintos y protozoarios, lo cual repercute en el estado nutricional del niño o niña.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) refiere que la parasitosis intestinal representa un serio problema de Salud Pública en el mundo, situándose dentro de las diez principales causas de muerte, especialmente en países en desarrollo que mantienen endemias altas debido a las deficientes condiciones de saneamiento ambiental y la falta de medidas de control y prevención. Los enteroparásitos constituyen los agentes causales de la mayoría de infecciones intestinales lo que trae como consecuencia deficiencias en el estado nutricional de los niños menores de 5 años en su publicación de la OPS del 2008 refiere que 7,9% tenían déficit de peso y 25,9% déficit de talla. En el Perú, las enfermedades infecciosas intestinales se encuentran dentro de las diez principales causas de muerte, y se menciona que uno de cada tres peruanos es portador de uno o más parásitos. El mayor porcentaje de parasitosis está reportado en zonas marginales, a diferencia de las zonas urbanas donde tiende a ser menor.

Tabla 3. Niños de 6 a 36 meses desnutridos y no desnutridos según tipo de parásito. Puesto de Salud La Colpa - 2013.

| TIPO DE PARASITO | Nº | % |
|-------------------------|-----------|----------|
| GIARDIASIS | 52 | 98,1% |
| ASCARIS | 1 | 1,9% |
| TOTAL | 53 | 100,0% |

Fuente: Fuente: Encuesta desnutrición y parasitosis según estado nutricional de niños de 6 a 36 meses. Puesto de Salud Chota, 2013

El 98,1% de niños están parasitados por giardia lamblia y un mínimo porcentaje de niños se encuentran parasitados con áscaris lumbricoides. La transmisión de este protozooario se trasmite principalmente de persona a persona, pero se también se trasmite de animales domésticos como perros, gatos, castores y rumiantes el principal mecanismo de acción patógena de la giardia lamblia es sobre la mucosa del intestino delgado principalmente del duodeno y yeyuno causando inflamación de la mucosa, pueden llegar a producir síndrome de malabsorción. En estos casos las vellosidades intestinales se encuentran atrofiadas, provocando inflamación a nivel de las células epiteliales manifiesta en cuarta edición de Botero.

Datos contradictorios encontró Giraldo y colaboradores (2005) en su estudio concluyó que un 13% de su estudio tenía giardia lamblia confirmando que la prevalencia de giardia no se relaciona de manera estadísticamente significativa con el estado nutricional, también Huertas y Llerme (2008) en su estudio publicó que la incidencia de giardia lamblia es un 84%, concluyó que no existe relación entre parasitosis y estado nutricional.

Concluyendo que el parásito de mayor prevalencia en los niños de 6 a 36 meses atendidos en el puesto de salud la Colpa es la giardia lamblia.

Tabla 4. Niños de 6 a 36 meses desnutridos y no desnutridos según género. Puesto de Salud La Colpa - 2013

| GENERO | ESTADO NUTRICIONAL | | | | TOTAL | |
|------------------|--------------------|--------|----------------|--------|-------|--------|
| | DESNUTRIDOS | | NO DESNUTRIDOS | | N° | % |
| | N° | % | N° | % | | |
| FEMENINO | 22 | 59,5% | 16 | 43,2% | 38 | 51,4% |
| MASCULINO | 15 | 40,5% | 21 | 56,8% | 36 | 48,6% |
| TOTAL | 37 | 100,0% | 37 | 100,0% | 74 | 100,0% |

Fuente: Fuente: Encuesta desnutrición y parasitosis según estado nutricional de niños de 6 a 36 meses. Puesto de Salud Chota, 2013

$X^2=1.9474$

$p=0,163$

$p>0,05$

En la presente tabla, observamos que el mayor porcentaje (59,5 %) de la muestra son niñas con desnutrición, en comparación con los niños no desnutridos donde el mayor porcentaje 56,8 %. Al aplicar la prueba estadística del Chi-cuadrado queda demostrado que no existe una asociación significativa ($p>0,05$), entre el sexo y el estado nutricional del niño.

La Organización Mundial de la Salud (2006), manifiesta que la velocidad de crecimiento de los niños de acuerdo al género señala que el recién nacido comprende desde el nacimiento hasta los 28 días y debe alcanzar 4,8 cm las mujeres y de 5,3 cm para los varones de crecimiento longitudinal. El lactante Menor, que comprende desde 1 mes hasta los 12 meses el varón debe crecer 25 cm y 24 cm para el caso de las mujeres durante este periodo.

Barón y Colaboradores en su estudio “el estado nutricional de hierro Relacionado con la Parasitosis intestinal en niños” (2007), en cuanto al género manifestó que los niños mostraron una mayor tendencia de infestación parasitaria que las niñas; especialmente para las especies: *Áscaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura* y *Giardia lamblia*.

Tabla 5. Niños de 6 a 36 meses desnutridos y no desnutridos según edad del niño Puesto de Salud La Colpa – 2013

| EDAD DEL NIÑO | ESTADO NUTRICIONAL | | | | TOTAL | |
|---------------|--------------------|---------------|----------------|---------------|-----------|---------------|
| | DESNUTRIDOS | | NO DESNUTRIDOS | | Nº | % |
| | Nº | % | Nº | % | | |
| 6 a 11 MESES | 1 | 2,7% | 11 | 29,7% | 12 | 16,2% |
| 12 a 17 MESES | 8 | 21,6% | 6 | 16,2% | 14 | 18,9% |
| 18 a 23 MESES | 18 | 48,6% | 13 | 35,1% | 31 | 41,9% |
| 24 a 29 MESES | 2 | 5,4% | 3 | 8,1% | 5 | 6,8% |
| 30 a 36 MESES | 8 | 21,6% | 4 | 10,8% | 12 | 16,2% |
| TOTAL | 37 | 100,0% | 37 | 100,0% | 74 | 100,0% |

Fuente: Encuesta desnutrición y parasitosis según estado nutricional de niños de 6 a 36 meses. Puesto de Salud Chota, 2013

$$X^2=10,9588$$

$$p=0,027$$

$$p<0,05$$

En la tabla se observa que el 50% de los niños desnutridos se encuentran entre las edades de 18 a 23 meses mientras que un mínimo porcentaje se encuentran entre los 24 a 29 meses de edad. Al aplicar la prueba estadística del Chi-cuadrado queda demostrado que existe una asociación significativa ($p < 0,05$), entre la edad del niño y el estado nutricional del niño.

Según la OMS (2006) a mayor edad el niño o niña tiene mayor riesgo de sufrir desnutrición esto debido a varios factores como la alimentación complementaria o una lactancia materna prolongada más allá de los 6 meses. Además también manifiesta que la velocidad de crecimiento de los niños es diferente en cada etapa de vida por ejemplo el recién nacido que comprende desde el nacimiento hasta los 28 días su crecimiento debe ser 4,8 cm en promedio. El lactante menor, que comprende desde 1 mes hasta los 12 meses el varón debe crecer 25 cm y la mujer 24 cm.

El instituto nacional de estadística e informática en la encuesta demográfica y de salud familiar (2000), refiere que entre los 6 a 18 meses de edad las necesidades energéticas es mayor, por lo que es necesario que los alimentos complementarios puedan cubrir la brecha nutricional entre lo que necesita el niño y lo que proporciona la leche materna.

Tabla 6. Niños de 6 a 36 meses desnutridos y no desnutridos según zona de residencia. Puesto de Salud La Colpa - 2013.

| ZONA DE RESIDENCIA | ESTADO NUTRICIONAL | | | | TOTAL | |
|--------------------|--------------------|---------------|----------------|---------------|-----------|---------------|
| | DESNUTRIDOS | | NO DESNUTRIDOS | | N° | % |
| | N° | % | N° | % | | |
| RURAL | 24 | 64,9% | 21 | 56,8% | 45 | 60,8% |
| URBANO MARGINAL | 13 | 35,1% | 16 | 43,2% | 29 | 39,2% |
| TOTAL | 37 | 100,0% | 37 | 100,0% | 74 | 100,0% |

Fuente: Encuesta desnutrición y parasitosis según estado nutricional de niños de 6 a 36 meses.

Puesto de Salud Chota, 2013

$X^2 = 0,5103$

$p = 0,475$

$p > 0,05$

En la tabla se observa que 64,9 % de los niños desnutridos viven en la zona rural, los demás pertenecen a la zona urbana marginal. Al aplicar la prueba estadística del Chi-cuadrado queda demostrado que no existe una asociación significativa ($p > 0,05$), entre la zona de residencia de la familia y estado nutricional del niño.

Datos contradictorios publicó la encuesta nacional desarrollo (2007) en su estudio “Análisis de los factores subyacentes asociados a la desnutrición crónica infantil en el Perú” refiere que en la zona rural se presentaba la tasa más alta de desnutrición 36,9 % además la encuesta nacional desarrollo reporta que la desnutrición representa un 32,8% en la zona rural.

La zona rural y urbana marginal del distrito de Chalamarca sobre todo en el centro poblado la Colpa donde se realizó la investigación que son carentes de servicios básicos que son indispensables para tener una mejor calidad de vida. Asimismo tiene correspondencia tanto a la zona rural como a la zona urbana marginal en tal sentido, se encontró niños no desnutridos y el mismo porcentaje de niños no desnutridos.

Tabla 7. Niños de 6 a 36 meses desnutridos y no desnutridos según tipo de familia del niño. Puesto de Salud La Colpa – 2013.

| TIPO DE FAMILIA | ESTADO NUTRICIONAL | | | | TOTAL | |
|-----------------|--------------------|---------------|----------------|---------------|-----------|---------------|
| | DESNUTRIDOS | | NO DESNUTRIDOS | | N° | % |
| | N° | % | N° | % | | |
| NUCLEAR | 24 | 64,9% | 22 | 59,5% | 46 | 62,2% |
| EXTENSA | 13 | 35,1% | 15 | 40,5% | 28 | 37,8% |
| TOTAL | 37 | 100,0% | 37 | 100,0% | 74 | 100,0% |

Fuente: Encuesta desnutrición y parasitosis según estado nutricional de niños de 6 a 36 meses. Puesto de Salud Chota, 2013

$X^2= 0,2298$

$p= 0,632$

$p>0,05$

Como se observa en la tabla el mayor porcentaje (64,2 %) de los niños desnutridos pertenecen al tipo de familia nuclear, de igual forma las familias de los niños no desnutridos el mayor porcentaje (59,5 %) pertenecen a la misma clasificación. Al aplicar la prueba estadística del Chi-cuadrado queda demostrado que no existe una asociación entre el tipo de familia del niño y el estado nutricional del niño.

Barón y Col. (2007), En su investigación “El estado nutricional de hierro relacionado con la parasitosis intestinal en niños” manifestaron en cuanto a la composición del hogar, el análisis reflejó que el 22% de los casos estaban constituidos por más de dos familias por hogar (Extensa), con un rango de 1 a 4 familias por vivienda perteneciendo a familias nuclear.

El tipo de familia a la que pertenece el niño no influye en su estado nutricional. Estos resultados difieren con los resultados encontrados por Baron y Colaboradores (2007) en su investigación que las familias extensas influyen en el estado nutricional del niño.

Tabla 8. Niños de 6 a 36 meses desnutridos y no desnutridos según conocimiento de las madres sobre el lavado de manos. Puesto de Salud La Colpa - 2013.

| CONOCIMIENTO DE LAVADO DE MANOS | ESTADO NUTRICIONAL | | | | TOTAL | |
|---------------------------------------|--------------------|---------------|----------------|---------------|-----------|---------------|
| | DESNUTRIDOS | | NO DESNUTRIDOS | | Nº | % |
| | Nº | % | Nº | % | | |
| ADECUADO | 26 | 70,3% | 29 | 78,4% | 55 | 74,3% |
| INADECUADO | 11 | 29,7% | 8 | 21,6% | 19 | 25,7% |
| TOTAL | 37 | 100,0% | 37 | 100,0% | 74 | 100,0% |

Fuente: Encuesta desnutrición y parasitosis según estado nutricional de niños de 6 a 36 meses. Puesto de Salud Chota, 2013

$X^2=0,6373$

$p= 0,425$

$p>0,05$

En la tabla se evidencia que el mayor porcentaje (78,4 %) de las madres de niños no desnutridos conocen sobre el adecuado lavado de manos, de la misma manera, las madres de niños desnutridos (70,3%) también conocen sobre el adecuado lavado de manos; por lo que, al aplicar la prueba estadística del Chi-cuadrado se demuestra que no existe asociación entre el conocimiento del adecuado lavado de manos y el estado nutricional del niño.

El Banco Mundial de la Salud (2004), manifiesta que la presencia de enfermedades diarreicas en niños menores de 5 años constituye una de las principales causas de mortalidad infantil, las cuales se pueden prevenir con prácticas adecuadas de higiene y saneamiento. La conducta y las practicas juega un papel importante en la incidencia, prevalencia en la infancia, por ello los cambios de comportamiento y la adquisición de prácticas adecuadas van a tener un impacto significativo en la salud infantil. El lavado de manos en los momentos críticos del día, interrumpe la trasmisión de agentes contaminantes y evita estas enfermedades. La diarrea sigue siendo la tercera causa de muerte infantil en el Perú y en el mundo. Principalmente en los niños menores de 5 años de las áreas rurales de la selva y sierra y en los barrios periurbanos de Lima. El lavado de manos con jabón es un comportamiento saludable que juega un rol crucial en la reducción de la morbi mortalidad infantil vinculada a la diarrea. Se ha demostrado a través de diversos estudios, que colocar agua y saneamiento reduce los casos de diarrea en 25 % y el lavado de manos un 48 %.

PRISMA (2004), en su estudio “Comportamiento de lavado de manos con jabón en zonas periféricas y rurales del Perú” refiere, que las madres o cuidadores son las encargadas del cuidado de los niños en el hogar, sin embargo la práctica del lavado de manos con jabón es escasa. En un estudio reciente realizado muestra que del total de eventos de riesgo relacionados con heces, las madres se lavaron las manos un 33% de ocasiones, usando jabón solo 19% de ellas. En el caso de

los momentos vinculados con comida se lavaron las manos el 28% de veces y usaron jabón el 6% de las ocasiones. Esto sucede a pesar que el 60% de hogares estudiados contaban con agua corrida al interior y el 100% contaban con al menos un tipo de jabón o detergente.

La prevalencia de las enfermedades diarreicas según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (2010), refiere que no han disminuido, y no hay relación con el sexo, nivel de educación o zona de residencia a la que pertenece, probablemente se deba al progreso en las intervenciones desde el sector salud y las campañas que desarrolla. Sin embargo, si se encuentra algunas diferencias con la edad entre niños y niñas de 12 a 36 meses (22,7%) más activos y en contacto con el medio ambiente las niñas y niños de 48 a 59 meses de edad (7,1%) cuando ellos adquieren mayor inmunidad y un comportamiento de menor exposición a los agentes infecciosos.

Las madres y/o cuidadoras conocen los momentos de riesgo pero no necesariamente existe una relación con la práctica del lavado de manos, por ello necesitan cambiar su comportamiento y lograr una satisfacción en forma de gratificación o recompensa para que se empoderen el hábito del lavado de manos.

El conocimiento que tiene las madres es adecuado con respecto al correcto lavado de manos esto ya lo ha adquirido gracias a la intervención de Proyectos Sociales en Salud, además por la promoción realizada sobre hábitos saludables por parte del personal de salud que frecuentemente han ido empoderando la adquisición de estos hábitos saludables.

Tabla 9. Madres de los niños de 6 a 36 meses que practican adecuado de lavado de manos según estado nutricional del niño. Puesto de Salud La Colpa - 2013.

| PRÁCTICA DE LAVADO DE MANOS | ESTADO NUTRICIONAL | | | | TOTAL | |
|--------------------------------|--------------------|--------|----------------|--------|-------|--------|
| | DESNUTRIDOS | | NO DESNUTRIDOS | | N° | % |
| | N° | % | N° | % | | |
| CORRECTO | 7 | 18,9% | 18 | 48,6% | 25 | 33,8% |
| INCORRECTO | 30 | 81,1% | 19 | 51,4% | 49 | 66,2% |
| TOTAL | 37 | 100,0% | 37 | 100,0% | 74 | 100,0% |

Fuente: Encuesta desnutrición y parasitosis según estado nutricional de niños de 6 a 36 meses. Puesto de Salud Chota, 2013

$X^2 = 7,3094$

$p = 0,007$

$p < 0,01$

En la tabla se evidencia, que el mayor porcentaje (81,1 %) de las madres de los niños desnutridos no practican el correcto lavado de manos al igual que las madres de los niños no desnutridos donde el mayor porcentaje (51,4 %) también se lavan incorrectamente las manos. Aplicando la prueba estadística del Chi-cuadrado se demuestra que existe una asociación altamente significativa ($p < 0,01$), entre la práctica del lavado de manos y el estado nutricional del niño.

Romero, en su estudio “prevalencia de parasitosis intestinal y su relación con factores socioculturales y ambientales en niños de 3 a 5 años en la institución educativa experimental Antonio Guillermo Urrelo” (2009). Concluyó que los servicios básicos no sería un problema sino de una práctica inadecuada de hábitos higiénicos, los niños solo se baña dos veces a la semana, por tanto están en mayor exposición de contraer parásitos por la falta de aseo, de igual forma en la costumbre de lavado de manos revelan que se lavan por lo menos antes de comer e ir al baño sin embargo podemos afirmar que la forma de lavado de manos es incorrecta pues presentan parasitosis intestinal. En cuanto al grado de instrucción se concluyó que a mayor nivel de conocimientos menor predisposición a contraer parásitos intestinales.

Como se puede analizar estos datos difieren de la tabla N° 08 puesto que la práctica adecuada del lavado de manos en los momentos claves y el conocimiento de un correcto lavado de manos es diferente de la práctica disminuye notablemente la adquisición de enfermedades infectocontagiosas y por lo tanto altera el estado nutricional del niño.

Tabla N° 10. Niños de 6 a 36 meses desnutridos y no desnutridos según inicio de la alimentación complementaria. Puesto de Salud La Colpa - 2013.

| ALIMENTACION | ESTADO NUTRICIONAL | | | | TOTAL | |
|--------------|--------------------|---------------|----------------|---------------|-----------|---------------|
| | DESNUTRIDOS | | NO DESNUTRIDOS | | N° | % |
| | N° | % | N° | % | | |
| ADECUADA | 13 | 35,1% | 25 | 67,6% | 38 | 51,4% |
| INADECUADA | 24 | 64,9% | 12 | 32,4% | 36 | 48,6% |
| TOTAL | 37 | 100,0% | 37 | 100,0% | 74 | 100,0% |

Fuente: Encuesta desnutrición y parasitosis según estado nutricional de niños de 6 a 36 meses. Puesto de Salud Chota, 2013

$X^2=7,7895$

$p=0,005$

$p < 0,01$

La tabla, muestra que el mayor porcentaje (64,9 %) de niños desnutridos han iniciado de forma inadecuada su alimentación complementaria, en comparación con los niños no desnutridos donde el mayor porcentaje (67,6 %) iniciaron adecuadamente la alimentación complementaria. Por lo tanto, aplicando la prueba estadística del Chi-cuadrado se demuestra que existe una asociación altamente significativa, entre el inicio de la alimentación del niño y el estado nutricional del niño.

En un proyecto de Evaluación de conocimientos y comportamiento alimentario nutricional realizado por CEPREN en el departamento de Cajamarca concluyeron lo siguiente: La edad de inicio de la alimentación complementaria en el 45% de niños es a los 6 meses, 25% entre 3 a 4 meses y 25% entre 7 a 8 meses. El 58% de niños inician su alimentación complementaria con alimentos de consistencia semisólidas y en un 31% con alimentos líquidos, todos con baja densidad energética. Se halla además que el volumen de la porción es reducida (3 cucharadas en tiempos de comida), la dieta es a base de cereal, tubérculos y muy pocos alimentos de origen animal, usan harina de menestras, el aporte energético es insuficiente para cubrir los requerimientos. La cantidad de proteína consumida es adecuada pero la calidad de la misma es baja a partir del primer año. También se registra que el consumo de calcio y hierro son deficientes.

Según la Encuesta Nacional de Desarrollo 2009, el 50.8% de las niñas y niños entre 6 a 8 meses de edad continuaban siendo amamantados y recibieron otros líquidos; respecto al consumo de alimentos sólidos o semisólidos, el 66.0 % consumió cereales o derivados (pan, fideos, galletas, harina, etc), el 65.1% carnes (carnes de aves/pescado/huevos), el 62.2% tubérculos y raíces, el 53.9% alimentos hechos con aceites/grasas/mantequilla y el 51.6% consumió frutas y vegetales

ricos en vitamina A. La alimentación complementaria junto con la lactancia materna exclusiva resultan prácticas determinantes en el proceso de crecimiento físico y desarrollo del niño o niña.

La OMS (2006), refiere que el Perú, durante el periodo de la alimentación complementaria, los niños y las niñas se encuentran en riesgo elevado de desnutrición, con frecuencia los alimentos complementarios ofrecidos son de baja calidad nutricional y son introducidos demasiado temprano o tarde, en cantidades pequeñas o con poca frecuencia en la alimentación del niño.

Las prácticas inadecuadas en la alimentación están muchas veces determinadas por barreras culturales y la falta de conocimientos, en donde existe disponibilidad de alimentos de alta calidad la gente puede preferir venderlos en lugar de consumirlos y a menudo, no se les da a los niños menores de 3 años. En el Perú, la mayoría de madres de niños entre los 6 y 9 meses de edad, informa haber proporcionado a sus hijos papillas de cereales y alimentos con baja densidad de nutrientes, limitando su ingesta de nutrientes de origen animal.

Tabla 11. Niños de 6 a 36 meses desnutridos y no desnutridos según disponibilidad de alimentos en el hogar. Puesto de Salud La Colpa - 2013.

| DISPONIBILIDAD DE ALIMENTOS | ESTADO NUTRICIONAL | | | | TOTAL | |
|--------------------------------|--------------------|---------------|----------------|---------------|-----------|---------------|
| | DESNUTRIDOS | | NO DESNUTRIDOS | | N° | % |
| | N° | % | N° | % | | |
| SI | 18 | 48,6% | 31 | 83,8% | 49 | 66,2% |
| NO | 19 | 51,4% | 6 | 16,2% | 25 | 33,8% |
| TOTAL | 37 | 100,0% | 37 | 100,0% | 74 | 100,0% |

Fuente: Encuesta desnutrición y parasitosis según estado nutricional de niños de 6 a 36 meses Puesto de Salud Chota, 2013

$X^2=10,2090$

$p=0,001$

$p<0,01$

En la tabla, donde se observa el mayor porcentaje (51,4 %) no tienen alimentos disponibles en su hogar, en comparación con los niños no desnutridos donde el mayor porcentaje (83,8 %) si tienen disponibilidad de alimentos. Al aplicar la prueba estadística del Chi-cuadrado queda demostrado que existe una asociación altamente significativa ($p<0,01$), la disponibilidad de alimentos y el estado nutricional.

Gabriela C. (2009), en su estudio “conocimientos y prácticas sobre alimentación y nutrición de niños menores de 5 años en madres participantes y no participantes de sesiones educativas en Huancavelica”, refiere que el tema de alimentación complementaria, ambos grupos de madres participantes y no participantes de sesiones educativas, mostraron un mayor nivel de conocimientos que en los temas de alimentación del pre escolar e higiene. Un mayor porcentaje de las madres participantes de sesiones educativas mostraron prácticas alimentarias adecuadas en relación a las no participantes. Se halló relación entre conocimientos y prácticas sobre alimentación y nutrición del niño menor de cinco años en madres asistentes a sesiones educativas.

Las razones manifestadas por las madres participantes de sesiones educativas para no poner en práctica los conocimientos que tenían sobre la alimentación y nutrición del niño menor de cinco años fueron: preferencia del niño, costumbre familiar, acceso y disponibilidad de los alimentos.

Figuera, Lourdes (2003), en su investigación titulada “relación entre la helmintiasis intestinal y el estado nutricional-hematológico en niños de una escuela rural en el estado de Sucre”. El nivel de conocimientos en la mayoría de las madres acerca de la alimentación en el pre-escolar es 89% de medio a bajo y solo el 11% tiene un conocimiento alto, relacionándolo a que desconocen los efectos principales de los nutrientes y en qué tipo de alimentos se encuentran, lo cual limita a las

madres de los niños a proporcionar una alimentación adecuada que permita un crecimiento y desarrollo normal.

La disponibilidad de alimentos dentro del hogar y una adecuada preparación de los mismos contribuyen a un adecuado crecimiento del niño y por ende la disminución de adquirir una enfermedad infectocontagiosa disminuyendo así el riesgo de sufrir de desnutrición.

Tabla 12. Niños de 6 a 36 meses desnutridos y no desnutridos según edad de la madre. Puesto de Salud La Colpa - 2013.

| EDAD DE LA MADRE | ESTADO NUTRICIONAL | | | | TOTAL | |
|------------------|--------------------|---------------|----------------|---------------|-----------|---------------|
| | DESNUTRIDOS | | NO DESNUTRIDOS | | Nº | % |
| | Nº | % | Nº | % | | |
| 15 a 25 AÑOS | 21 | 56,8% | 18 | 48,6% | 39 | 52,7% |
| 26 a 35 AÑOS | 13 | 35,1% | 15 | 40,5% | 28 | 37,8% |
| 35 a MÁS | 3 | 8,1% | 4 | 10,8% | 7 | 9,5% |
| TOTAL | 37 | 100,0% | 37 | 100,0% | 74 | 100,0% |

Fuente: Encuesta desnutrición y parasitosis según estado nutricional de niños de 6 a 36 meses. Puesto de Salud Chota, 2013

$\chi^2 = 0,5165$

$p = 0,772$

$p > 0,05$

En la tabla, se evidencia que el mayor porcentaje (56,8 %) de los niños desnutridos sus madres se encuentran entre las edades de 15 a 25 años, asimismo las madres de los niños no desnutridos el mayor porcentaje (48,6 %) también pertenecen a estas edades. Quedando demostrado que no existe una asociación ($p > 0,05$), entre la edad de la madre y el estado nutricional del niño.

La edad de la madre muchas veces influye sobre el estado nutricional de los niños pues estas madres no cuentan con los conocimientos y experiencia para criar a sus hijos ya que en la mayoría fueron primigestas y son jóvenes.

Tabla 13. Niños de 6 a 36 meses desnutridos y no desnutridos según situación conyugal de la madre. Puesto de Salud La Colpa - 2013

| SITUACION CONYUGAL | ESTADO NUTRICIONAL | | | | TOTAL | |
|-----------------------|--------------------|---------------|----------------|---------------|-----------|---------------|
| | DESNUTRIDOS | | NO DESNUTRIDOS | | Nº | % |
| | Nº | % | Nº | % | | |
| CON PAREJA | 23 | 62,2% | 26 | 70,3% | 49 | 66,2% |
| SIN PAREJA | 14 | 37,8% | 11 | 29,7% | 25 | 33,8% |
| TOTAL | 37 | 100,0% | 37 | 100,0% | 74 | 100,0% |

Fuente: Encuesta desnutrición y parasitosis según estado nutricional de niños de 6 a 36 meses. Puesto de Salud Chota, 2013

$X^2 = 0.5437$

$p = 0.461$

$p > 0.05$

En la Tabla, se observa que el mayor porcentaje (62,2 %) de las familias con niños de 6 a 36 meses tiene la presencia paterna, de la misma manera se encuentra con las familias de los niños no desnutridos representando un 70,3 %. Al aplicar la prueba estadística del Chi-cuadrado queda demostrado que no existe una asociación altamente significativa ($p > 0.05$), la situación conyugal de la madre y el estado nutricional del niño.

La imagen del padre de familia dentro del hogar no tiene ninguna influencia en la desnutrición del niño puesto que la imagen paterna influye en el carácter del niño concluyendo que la presencia del padre dentro de la familia, no guarda relación con el estado nutricional del niño.

Tabla N° 14. Niños de 6 a 36 meses desnutridos y no desnutridos según el grado de instrucción de la madre. Puesto de Salud La Colpa - 2013.

| GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE | ESTADO NUTRICIONAL | | | | TOTAL | |
|-------------------------------------|--------------------|---------------|----------------|---------------|-----------|---------------|
| | DESNUTRIDOS | | NO DESNUTRIDOS | | N° | % |
| | N° | % | N° | % | | |
| ANALFABETA | 3 | 8,1% | 1 | 16,2% | 4 | 5,4% |
| PRIMARIA COMPLETA | 15 | 40,5% | 9 | 24,3% | 24 | 32,4% |
| PRIMARIA INCOMPLETA | 13 | 35,1% | 17 | 45,9% | 30 | 40,5% |
| SECUNDARIA COMPLETA | 4 | 10,8% | 4 | 10,8% | 8 | 10,8% |
| SECUNDARIA INCOMPLETA | 2 | 5,4% | 6 | 2,7% | 8 | 10,8% |
| TOTAL | 37 | 100,0% | 37 | 100,0% | 74 | 100,0% |

Fuente: Encuesta desnutrición y parasitosis según estado nutricional de niños de 6 a 36 meses. Puesto de Salud Chota, 2013

$X^2= 5,0333$

$p= 0,284$

$p>0,05$

En la tabla, se observa que el mayor porcentaje (40,5 %) de los niños desnutridos sus madres han estudiado primaria completa, en comparación con los niños no desnutridos donde el mayor porcentaje (45,9 %) tienen primaria incompleta. Al aplicar la prueba estadística del Chi-cuadrado queda demostrado que no existe una asociación entre el grado de instrucción de la madre y el estado nutricional del niño.

Resultados contradictorios obtuvo Benites y Colaboradores. En su estudio “parasitológico de niños del nivel primario Santiago de Surco – Lima, 2006, donde encontró un alta prevalencia de desnutrición y parásitos en familias con un bajo nivel de instrucción.

El Sistema de Información del Estado Nutricional, refiere que hay una relación directa entre el menor nivel de educación de la madre y el estado nutricional en niños y niñas menores de 5 años estos datos no difieren mucho según la SIEN de los años 2000, 2007, 2009.

Romero, en su estudio “prevalencia de parasitosis intestinal y su relación con factores socioculturales y ambientales en niños de 3 a 5 años institución educativa experimental Antonio Guillermo Urrelo” (2009). Refiere que a mayor grado de instrucción y nivel de conocimientos menor predisposición de contraer parásitos intestinales.

Tabla 15. Niños de 6 a 36 meses con parasitosis intestinal según estado nutricional del niño. Puesto de Salud La Colpa - 2013.

| PARASITOSIS | ESTADO NUTRICIONAL | | | | TOTAL | |
|--------------|--------------------|---------------|----------------|---------------|-----------|---------------|
| | DESNUTRIDOS | | NO DESNUTRIDOS | | N° | % |
| | N° | % | N° | % | | |
| NO | 6 | 16,2% | 15 | 40,5% | 21 | 28,4% |
| SI | 31 | 83,8% | 22 | 59,5% | 53 | 71,6% |
| TOTAL | 37 | 100,0% | 37 | 100,0% | 74 | 100,0% |

Fuente: Encuesta desnutrición y parasitosis según estado nutricional de niños de 6 a 36 meses. Puesto de Salud Chota, 2013

$X^2=5,3854$

$p=0,020$

$p < 0,05$

En la tabla, se observa que 83,8 % de los niños de 6 a 36 meses son desnutridos y además tienen parasitosis. Sin embargo un gran porcentaje de niños no desnutridos también se encuentran parasitados esto puede deberse a otros factores como, grado de instrucción de la madre, lavado de manos, zona de residencia. En este sentido, al aplicar la prueba estadística del Chi-cuadrado queda demostrado que existe asociación significativa ($p < 0,05$), entre la parasitosis del niño y su estado nutricional.

Resultados contradictorios obtuvo Giraldo y Col (2005) concluyó que la prevalencia de parasitosis no se relaciona de manera significativa al estado nutricional del niño. También, Ordoñez, A. (2002) en su trabajo de investigación concluyó que el 30% de los niños con parasitosis tenía baja talla para su edad y el 10 % tenía bajo peso para su edad, Sin embargo Beatriz, E. A. (2002), también encontró resultados contradictorios a la investigación concluyendo que la parasitosis no está relacionado con el crecimiento longitudinal de los niños sino hasta largos periodos de la exposición de los parásitos y que esto está influenciado a un parásito en especial por *T. trichura*. También obtuvo resultados parecidos Figueroa, L. (2003) donde los niños con diagnóstico nutricional normal un 78,3 % presentaron parasitosis y los niños desnutridos se encontró que un 91,2% presentaron parasitosis. También, concluyo que un 88,8% pertenecían a la zona urbana marginal los niños con desnutrición.

Como se ha podido analizar en los datos obtenidos y de otros investigadores la presencia de parasitosis está asociada al estado nutricional del niño.

CONCLUSIONES

La alteración del estado nutricional de los niños de 6 a 36 meses es consecuencia de factores sociales y parasitosis que se van interrelacionando. En el presente trabajo de investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

1. De los factores sociales de los niños, en su mayoría pertenecen a la edad de 18 a 23 meses, son de sexo femenino, mayormente residen en la zona rural pertenecen a una familia nuclear, el inicio de su alimentación fue adecuada cuyas madres tienen adecuado conocimiento sobre el lavado de manos sin embargo el lavado de manos es incorrecta mayormente cuentan con disponibilidad de alimento, en la mayoría de su madres pertenecen al edad entre 18 a 25 años y cuentan con grado de instrucción de primaria incompleta.
2. La incidencia de parasitosis es alta y guarda una asociación significativa con el estado nutricional del niño de 6 a 36 meses de edad según la prueba estadística asimismo el tipo de parásito de mayor prevalencia es la giardia lamblia.
3. El estado nutricional de los niños de 6 a 36 meses se encuentran en el mismo porcentaje desnutrido y no desnutrido.
4. Los factores sociales altamente asociados con el estado nutricional del niño son: La práctica de lavado de manos, inicio de la alimentación y la disponibilidad de los alimentos en el hogar. El factor social que está medianamente asociado con el estado nutricional es la edad del niño.

RECOMENDACIONES

Al Director del área de promoción de la salud a subregión Chota

- Gestionar proyectos con organismos no gubernamentales de la zona, para el trabajo orientado a promover hábitos saludables y promover la alimentación responsable.
- Financiar trabajos y proyectos orientados a prevenir la desnutrición infantil.

A los profesionales de puesto de salud la Colpa

- Dar mayor énfasis y prioridad a la promoción de la salud con la participación activa y en coordinación con autoridades y líderes locales.
- Al responsable de la promoción de salud realizar el seguimiento y monitoreo permanente a los niños en riesgo así como brindar la consejería y tutoría a los padres que acudan al establecimiento de salud La Colpa.

A las instituciones educativas del centro poblado La Colpa

- Impulsar y efectivizar el funcionamiento de la escuela para padres e involucrar a tanto al padre como a la madre en la crianza de sus hijos.

A los padres de familia de los niños de 6 a 36 meses de edad

- El padre de familia también debe estar pendiente del crecimiento y desarrollo así como acudir a los controles de su niño.
- Establecer dentro de sus hogares reglas y normas referentes a la nutrición y la práctica de hábitos saludables.

A los medios de comunicación del distrito de Chalamarca

- Difundir programas educativos dirigidos a este grupo poblacional a un horario adecuado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Beatriz, Eugenia Alvarado y Vásquez, Luis Reinel. *Determinantes sociales, prácticas de alimentación y consecuencias nutricionales del parasitismo intestinal en niños de 7 a 18 meses de edad en Guapi – Cauca, 2006.*
2. ENDES: *Análisis de los factores subyacentes asociados a la desnutrición crónica infantil en el Perú - 2007.*
3. UNICEF: *La Desnutrición Infantil Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento (2011).*
4. Benites M, Chirinos L, Lannacone J. *Prevalencia de infección por parásitos intestinales en escolares de primaria de Santiago de Surco. Lima, Perú; 2006.*
5. Gonzales Mercedes, Sotillet Luisa. *Factores Socioeconómicos Asociados a la Desnutrición de los Niños en edad entre 0-2 años. Venezuela, 2005.*
6. ENDES: *Análisis de los factores subyacentes asociados a la desnutrición crónica infantil en el Perú - 2007.*
7. Beatriz, Eugenia Alvarado y Vásquez, Luis Reinel. *Determinantes sociales, prácticas de alimentación y consecuencias nutricionales del parasitismo intestinal en niños de 7 a 18 meses de edad en Guapi – Cauca, 2006.*
8. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social.
9. Organización Mundial de la Salud. *Manual de Técnicas para un Laboratorio de Salud. Ginebra: Publicación Científica; 1980.*
10. Fraizer, W. *Fundamentos Ecológicos para Garantizar y Comprobar la Inocuidad y Calidad de los Alimentos. 3° edición; 1985.*
11. Organización Mundial de la Salud, *Neuro Desarrollo y estimulación. Editorial Médica. Panamericana México – Sao Paulo 2001. 20° edición*
12. Berrocal, N y Col. *Determinar la parasitosis intestinal, la calidad del agua y otros factores de riesgo en niños menores de 7 años en Montería - Córdoba -2004*
13. ENDES instituto nacional de estadística e informática *Encuesta demográfica y de salud familiar 2000.*
14. Iannacone, José. 2006. *Prevalencia de infección por parásitos intestinales en escolares de primaria de Santiago de Surco, Lima, Perú*

15. Giraldo y Col. *Parásitos Intestinales en los niños Preescolares de hogares atendidos en un programa estatal de Armenia – Colombia, 2005.*
16. Lalonde, M. *New Perspective on the Health Canadians (Educación sanitaria) 1° edition. Editorial Salleras; 1995.*
17. Ordoñez L.E, Angulo E.S. *Malnutrición y asociación con parásitos intestinales en niños Amazonia – Colombia, 2002.*
18. Beatriz, Eugenia Alvarado y Vásquez, Luis Reinel. *Determinantes sociales, prácticas de alimentación y consecuencias nutricionales del parasitismo intestinal en niños de 7 a 18 meses de edad en Guapi – Cauca, 2006.*
19. Figuera, Lourdes. Kalale, Heidi y Marchán, Edgar. *Relación entre la helmintiasis intestinal y el estado nutricional-hematológico en niños de una escuela rural en el estado Sucre – Venezuela, 2003.*
20. Berrocal N, Gracia L, Sánchez P. *Parasitosis intestinal y su relación con la calidad del agua y otros factores de riesgo en niños desplazados menores de 7 años, ubicados en el municipio de montería córdoba. Universidad de Córdoba, Colombia; 2005.*
21. Solano, Liseti. Iraima Acuña, Maria A. Barón, Alba Morón de Salim y Armando Sánchez. *Influencia de las parasitosis intestinales y otros antecedentes infecciosos sobre el estado nutricional antropométrica de niños en situación de pobreza. Valencia, Estado de Carabobo. 2008.*
22. Giraldo J. *Prevalencia de giardiasis y parásitos intestinales en preescolares de hogares atendidos en un programa estatal en Armenia, Colombia. 2005.*
23. Barón y Col. *El estado nutricional de hierro Relacionado con la Parasitosis intestinal en niños - 2007.*
24. Lisseti, Solano y Barón, Adela. 2008. *Nutrición y Salud Publica: Anemia y deficiencia de hierro en niños menores de cuatro años.*
25. Benites y Col. *Parasitológico De Niños Del Nivel Primario Santiago De Surco – Lima, 2006.*
26. Huerta, León. Bibiana M. Llerme Nuñez Zarazu. Verónica Alberto Veramendi *Estado nutricional, anemia feropénica y parasitosis intestinal en niños menores de cinco años del asentamiento humano de Chayhua distrito de Huaraz 2008.*

27. Gabriela Callo Quinte. "Conocimientos y prácticas sobre alimentación y nutrición de niños menores de 5 años en madres participantes y no participantes de sesiones educativas en Paucará- Huancavelica". Lima – Perú, 2009.
28. Rivera y Col. *Determinar el Tipo de Enteroparasitosis más frecuentes en guarderías de la zona Rural de Cajamarca – 2005.*
29. Romero, Cristina. Prevalencia de Parasitosis Intestinal y su relación con factores socioculturales y ambientales en niños de 3 a 5 años institución educativa experimental Antonio Guillermo Urrelo - nivel inicial, 2009.
30. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Proandes, CEPREN. *Iniciativa de Nutrición y Alimentación Infantil. Oportunidades para el cambio en zonas rurales.* Lima - Perú. Octubre 1998.
31. Centro de Investigación y Desarrollo del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), factores asociados a la desnutrición crónica infantil en el Perú, 1996-2007.
32. Vargas Furnari, Jorge. *Prevalencia de la infección por parásitos intestinales en población infantil de Mendoza.* Mendoza – Argentina, 2011.
33. ENDES instituto nacional de estadística e informática *Encuesta demográfica y de salud familiar 2004-2005*
34. UNICEF: *La Desnutrición Infantil Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento (2011).*
35. Beatriz, Eugenia y Reinel, Luis. 2002. *Determinantes sociales, prácticas de alimentación y consecuencias nutricionales del parasitismo intestinal en niños de 7 a 18 meses de edad en Guapi, Cauca*
36. Gabriela Callo Quinte, *Conocimientos y prácticas sobre alimentación y nutrición de niños menores de 5 años en madres participantes y no participantes de sesiones educativas en Paucará- Huancavelica,* Lima – Perú 2009.
37. Botero David. y Restrepo M. *Parasitosis Humanas.* 4º edición. Corporación de investigaciones biológicas. Medellín, Colombia; 2003.
38. Janet Liliana flores Romo, *Nivel Económico y Conocimiento que tienen las Madres sobre Alimentación Preescolar y su Relación con el Estado Nutricional en el centro de promoción familiar Pestalozzi del Distrito de Lima – Perú, 2006*

39. Atias Antonio. Parasitología Médica. 4º edición. Publicaciones técnicas Mediterráneo. Santiago, Chile; 2003.
40. Iannacone J; Benites M y Chirinos L., Prevalencia de infección por parásitos intestinales en escolares de primaria de Santiago de Surco, Lima, Perú, 2001
41. Mascaro J. Diccionario de terminológico de Ciencias Médicas 13º edición. Salvat España, Barcelona; 2000.
42. Borjes J, Diccionario enciclopédico, Tercera edición. Editorial Grijalbo. Barcelona, España – 2000
43. Baron y Col. Parasitología en niños preescolares.
44. Velásquez M, y col. Prevalencia de deficiencia de hierro y yodo, y parasitosis en niños de Arandas, Jalisco, México. 2002.
45. Solano, Liseti. Iraima Acuña, Maria A. Barón, Alba Morón de Salim y Armando Sánchez. Influencia de las parasitosis intestinales y otros antecedentes infecciosos sobre el estado nutricional antropométrica de niños en situación de pobreza. Valencia, Estado de Carabobo. 2008.
46. Organización Mundial de la Salud, 2006.
47. A.B. PRISMA, Estudio de comportamiento de lavado de manos con jabón en zonas periféricas y rurales del Perú. Periodo como línea de base para la iniciativa de lavado de manos en el Perú, liderado por el PAS – Mundial. Julio 2004.

ANEXOS

ANEXO N° 01

ENCUESTA DIRIGIDA A LA MADRE SOBRE DATOS DEL NIÑO

“Factores sociales y parasitosis asociados al estado nutricional del niño de 6 a 36 meses de edad atendidos en el Puesto de Salud La Colpa – Chalamarca – Chota, 2013”

La presente encuesta tiene por finalidad obtener datos para conocer la realidad de las familias con niños menores de 3 años, que servirá para realizar un trabajo de investigación, la información recabada es confidencial y solamente servirá para el trabajo de investigación.

Dx. Nutricional (Este dato se tomara de la tarjeta o de la historia clínica)

a) Desnutrido

b) No Desnutrido

Factores sociales:

1. Edad (Meses).

- a. 6 -11
- b. 12 - 17
- c. 18 - 23
- d. 24 - 29
- e. 30 – 36

2. Sexo

- a. Femenino.
- b. Masculino

3. Edad de inicio de la alimentación complementaria.

- a. *Menor de 6 meses*
- b. 6 meses
- c. 7 meses
- d. 8 meses
- e. Mayor de 9 meses.

4. Alimentación

Cuántas veces le da de comer a su niño al día.

- a. 3 veces
- b. 4 veces
- c. 5 veces
- d. Más de 5 veces

Consistencia

- a. Puré
- b. Picado
- c. Entero (cocinado)

Calidad

- a) Combinado
- b) No combinado

Cantidad

- a) Menos de 3 cucharas
- b) 3 a 4 cucharas
- c) 5 a 7 cucharas
- d) 7 a 10 cucharas
- e) Mayor a 10 cucharas

5. Lava las manos a su niño.

- a. Si
- b. No

Se evidencia los materiales para el lavado de manos

- a. Si
- b. No

Como se lava las manos: Marcar con una aspa los pasos del lavado de manos (Cada paso es equivalente a un punto de la secuencia del lavado de manos por lo que se le clasificara de acuerdo al puntaje obtenido).

- a. Correctamente (Mayor o igual a 6 puntos)
- b. Incorrectamente (Menor o igual a 4 Puntos)



1

Humedezca las manos con agua



2

Aplice suficiente jabón para cubrir toda la superficie de las manos



3

Frote sus manos palma a palma



4

Frote circularmente hacia atrás y hacia adelante con la yema de los dedos de la derecha para con la izquierda y viceversa



5

Coloque la mano derecha encima del dorso de la mano izquierda, los dedos y viceversa



6

Aprete el pulgar izquierdo con la mano derecha frote circularmente y haga lo mismo en la otra mano.



7

Enjuage con agua desde los dedos hasta la muñeca

7

Enjuage con agua desde los dedos hasta la muñeca.



8

Seque las manos con una toalla



9

Cerrar la llave



10

Manos limpias protegen nuestra SALUD.

I. Parasitosis

- a) Si
- b) No

Tipo de parasito:.....

ANEXO N° 02

ENCUESTA DIRIGIDA A LA MADRE

“Factores sociales y parasitosis asociados al estado nutricional del niño de 6 a 36 meses de edad atendidos en el Puesto de Salud La Colpa – Chalamarca – Chota, 2013”

La presente encuesta tiene por finalidad obtener datos para conocer la realidad de las familias con niños menores de 3 años, que servirá para realizar un trabajo de investigación, la información recabada es confidencial y solamente servirá para el trabajo de investigación.

Factores sociales:

- 1. Edad (Años)**
 - a. 15-25 (Joven).
 - b. 26-35 (Adulto).
 - c. 36- a más (Adulto mayor).

- 2. Ocupación**
 - a. Estudiante
 - b. Trabajadora
 - c. Ama de casa

- 3. Zona de residencia**
 - a. Urbana
 - b. Rural
 - c. Urbana marginal

- 4. Grado de instrucción del apoderado**
 - a. Analfabeta
 - b. Primaria completa
 - c. Primaria incompleta
 - d. Secundaria completa
 - e. Secundaria incompleta
 - f. Universitario
 - g. Técnico

- 5. Situación Conyugal**
 - a. Con pareja
 - b. Madre soltera

- 6. Tipo de familia**
 - a. Familia nuclear
 - b. Familia extensa

- 7. Lavado de manos**
 - a) Antes de dar de comer al niño.
 - b) Antes de cocinar
 - c) Después de salir del baño u letrina
 - d) Después de cambiar los pañales al niño@
 - e) Todas las anteriores.

8. Alimentación: A continuación marcar según corresponda en la siguiente tabla

| En los últimos 15 Días algún miembro de este hogar: Compró, le regalaron, auto consumió algunos de estos productos (Marcar "Si y/o No" según corresponda) | | ¿Cómo obtuvieron el alimento? 1 comprado, 2 autoconsumo, 3 Regalado, 4 Donado PS, 5 Donado ONG, 6 Otro. | | Cada cuánto tiempo lo compra. 1 Diario, 2 Interdiario, 3 Semanal, 4 Quincenal, 5 Mensual, 6 Semestral. (Anotar código). | | | | | | En los últimos 15 Días algún miembro de este hogar: Compró, le regalaron, auto consumió algunos de estos productos (Marcar "Si y/o No" según corresponda) | | ¿Cómo obtuvieron el alimento? 1 comprado, 2 autoconsumo, 3 Regalado, 4 Donado PS, 5 Donado ONG, 6 Otro. | | Cada cuánto tiempo lo compra. 1 Diario, 2 Interdiario, 3 Semanal, 4 Quincenal, 5 Mensual, 6 Semestral. (Anotar código). | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----|--|---|--|---|---|---|---|---|---|---|--|---|--|------------------|----|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CEREALES | | | | | | | | | | | | | | PESCADOS | | | | | | | | | | | | | | | |
| Arroz | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Pescado fresco | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Avena (Quaker) | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Pescado enlatado | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Cebada | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Pescado salado | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Fideos | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Trucha | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Harina de cereales | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | LACTEOS | | | | | | | | | | | | | | |
| Chochos | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Leche fresca | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Maíz mote | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Leche en polvo | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Maíz Cancha | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Queso fresco | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Harina de Maíz | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Queso mantecoso | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Maíz pelado | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Quesillo | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Trigo | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | HUEVOS | | | | | | | | | | | | | | |
| Pan | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | HUEVOS | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Quínuia | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | VEGETALES | | | | | | | | | | | | | | |
| MENESTRAS | | | | | | | | | | | | | | Acelga | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| Habas secas | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Espinaca | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Harina (alverjas, hab) | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Zanahoria | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Lentejas | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Zapallo | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Alverjas seca | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Apio | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Frijol | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Tomate | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| TUBERCULO | | | | | | | | | | | | | | Habas frescas | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| Camote | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | FRUTAS | | | | | | | | | | | | | | |
| Chuño | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Plátano | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Olluco | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Manzana | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Papa blanca | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Naranja | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Papa amarilla | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | ACEITES | | | | | | | | | | | | | | |
| Yuca | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Aceite envasado | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| CARNES Y DERIVADOS | | | | | | | | | | | | | | GRASAS | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aves (pollo, pato, etc) | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Mantequilla | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Cuy | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Manteca | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Cordero | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Margarina | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Chancho | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | AZUCAR | | | | | | | | | | | | | | |
| Res | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Azúcar blanca | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| VICERAS | | | | | | | | | | | | | | Azúcar rubia | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| Bofe | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Chancaca | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Corazón | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | BEBIDAS | | | | | | | | | | | | | | |
| Hígado de pollo | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Gaseosa | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Hígado de res | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Cerveza | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Sangrecita | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Jugo de frutas | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Mondongo | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | | | | | | | | | | | | | |

8. Alimentación: A continuación marcar según corresponda en la siguiente tabla

| En los últimos 15 Días algún miembro de este hogar: Compró, le regalaron, auto consumió algunos de estos productos (Marcar "Si y/o No" según corresponda). | | ¿Cómo obtuvieron el alimento? 1 comprado, 2 autoconsumo, 3 Regalado, 4 Donado PS, 5 Donado ONG, 6 Otro. | | | | | | Cada cuánto tiempo lo compra. 1 Diario, 2 Interdiario, 3 Semanal, 4 Quincenal, 5 Mensual, 6 Semestral. (Anotar código). | | | | | | En los últimos 15 Días algún miembro de este hogar: Compró, le regalaron, auto consumió algunos de estos productos (Marcar "Si y/o No" según corresponda). | | ¿Cómo obtuvieron el alimento? 1 comprado, 2 autoconsumo, 3 Regalado, 4 Donado PS, 5 Donado ONG, 6 Otro. | | | | | | Cada cuánto tiempo lo compra. 1 Diario, 2 Interdiario, 3 Semanal, 4 Quincenal, 5 Mensual, 6 Semestral. (Anotar código). | | | | | | | | |
|--|------------------------|--|----|---|---|---|---|--|---|---|---|---------------|-----------------|--|-----------------|--|----|----|---|---|---|--|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No | CEREALES | | | | | | | | | | | | PESCADOS | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Arroz | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Pescado fresco | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | Avena (Quaker) | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Pescado enlatado | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | Cebada | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Pescado salado | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | Fideos | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Trucha | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | Harina de cereales | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | LACTEOS | | | | | | | | | | | | | | |
| | Chochos | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Leche fresca | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | Maíz mote | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Leche en polvo | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | Maíz Cancha | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Queso fresco | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | Harina de Maíz | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Queso mantecoso | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | Maíz pelado | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Quesillo | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | Trigo | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | HUEVOS | | | | | | | | | | | | | | |
| | Pan | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | HUEVOS | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | Quinua | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | VEGETALES | | | | | | | | | | | | | | |
| | MENESTRAS | | | | | | | | | | | | Acelga | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | |
| | Habas secas | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Espinaca | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | Harina (alverjas, hab) | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Zanahoria | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | Lentejas | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Zapallo | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Alverjas seca | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Apio | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| Frijol | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Tomate | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| TUBERCULO | | | | | | | | | | | | Habas frescas | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | | |
| Camote | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | FRUTAS | | | | | | | | | | | | | | | |
| Chuño | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Plátano | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| Olluco | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Manzana | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| Papa blanca | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Naranja | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| Papa amarilla | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | ACEITES | | | | | | | | | | | | | | | |
| Yuca | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Accite envasado | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| CARNES Y DERIVADOS | | | | | | | | | | | | GRASAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aves (pollo, pato, et) | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Mantequilla | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| Cuy | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Manteca | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| Cordero | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Margarina | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| Chanco | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | AZUCAR | | | | | | | | | | | | | | | |
| Res | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Azúcar blanca | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| VICERAS | | | | | | | | | | | | Azúcar rubia | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | | |
| Bofe | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Chancaca | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| Corazón | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | BEBIDAS | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hígado de pollo | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Gaseosa | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| Hígado de res | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Cerveza | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| Sangreota | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Jugo de frutas | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| Mondongo | Si | No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | | | | | | | | | | | | | | |

Tarjeta de Crecimiento y Desarrollo

De aquí se tomara el dato del diagnóstico nutricional

CARTE DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE LA NIÑA < 5 AÑOS

NIÑA

VAGUNACIONES (Anotar Fechas)

ANTIPOLIO

PENTAVALENTE

NEUMOCOCCO

ROTAVIRUS

INFLUENZA

REFUERZO

Atención al niño de los meses de agosto

MONITOREO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA NIÑA

| Fecha | Edad (Meses) | Peso (kg) | Talla (cm) | GT | Tip Aliment | Microorganismos (S, A, T) | Edad (Meses) | Aten. (M, N) | E D A | V D S D |
|-------|--------------|-----------|------------|----|-------------|---------------------------|--------------|--------------|-------|---------|
| | 7m | | | | | | | | | |
| | 8m | | | | | | | | | |
| | 9m | | | | | | | | | |
| | 10m | | | | | | | | | |
| | 11m | | | | | | | | | |
| | 12m | | | | | | | | | |
| | 13m | | | | | | | | | |
| | 14m | | | | | | | | | |
| | 15m | | | | | | | | | |
| | 16m | | | | | | | | | |
| | 17m | | | | | | | | | |
| | 18m | | | | | | | | | |
| | 19m | | | | | | | | | |
| | 20m | | | | | | | | | |
| | 21m | | | | | | | | | |
| | 22m | | | | | | | | | |
| | 23m | | | | | | | | | |
| | 24m | | | | | | | | | |
| | 25m | | | | | | | | | |
| | 26m | | | | | | | | | |
| | 27m | | | | | | | | | |
| | 28m | | | | | | | | | |
| | 29m | | | | | | | | | |
| | 30m | | | | | | | | | |
| | 31m | | | | | | | | | |
| | 32m | | | | | | | | | |
| | 33m | | | | | | | | | |
| | 34m | | | | | | | | | |
| | 35m | | | | | | | | | |
| | 36m | | | | | | | | | |
| | 37m | | | | | | | | | |
| | 38m | | | | | | | | | |
| | 39m | | | | | | | | | |
| | 40m | | | | | | | | | |
| | 41m | | | | | | | | | |
| | 42m | | | | | | | | | |
| | 43m | | | | | | | | | |
| | 44m | | | | | | | | | |
| | 45m | | | | | | | | | |
| | 46m | | | | | | | | | |
| | 47m | | | | | | | | | |
| | 48m | | | | | | | | | |
| | 49m | | | | | | | | | |
| | 50m | | | | | | | | | |
| | 51m | | | | | | | | | |
| | 52m | | | | | | | | | |
| | 53m | | | | | | | | | |
| | 54m | | | | | | | | | |
| | 55m | | | | | | | | | |
| | 56m | | | | | | | | | |
| | 57m | | | | | | | | | |
| | 58m | | | | | | | | | |
| | 59m | | | | | | | | | |
| | 60m | | | | | | | | | |

SD: Servicio de Salud VD: Clínica Democristiana SD: Servicio Democristiano
 ● Sí ● No □ No le corresponde ■ Le corresponde

De aquí se tomara el dato de parasitosis