

SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE PANDO

UNIDAD ACADÉMICA DE PUERTO RICO

ÁREA CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA ENFERMERÍA



MONOGRAFÍA S.S.S.R.O.

**CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE LOS MICRONUTRIENTES
QUE SE DAN PARA EL TRATAMIENTO DE LA DESNUTRICIÓN
AGUDA EN NIÑOS DE 6 MESES A MENORES DE 2 AÑOS ATENDIDOS
EN EL PUESTO DE SALUD CONQUISTA DURANTE LOS MESES
ABRIL A JUNIO DEL 2025**

AUTOR: INT.ENF: JIMENA APARICIO PUERTA

DOCENTE ASISTENCIAL: LIC. ENF: VIVIAN HURTADO ARCHONDO

DOCENTE U.A.P: LIC. ENF: ANA MARLENE GUARACHI VELASQUEZ

CONQUISTA-PUERTO RICO – PANDO – BOLIVIA

GESTION 2025

DEDICATORIA

A Dios, por darme la vida, salud, fortaleza y valor para lograr mis objetivos y mantenerme con el espíritu de lucha. El señor es mi pastor; nada me faltará.

A mi querida madre que estuvo a mi lado brindándome todo su apoyo, sus cuidados, consejos y amor infinito para hacer de mí una mejor persona, por ser la fuente de mi motivación e inspiración para poder superarme cada día más y así poder luchar para que la vida nos depare un futuro mejor. Estaré eternamente agradecida.

A mi hermana y sobrinos que siempre estuvieron a mi lado brindándome todo su apoyo y amor.

A mi esposo, mi compañero que ilumina mis días con tu sonrisa y llena mi corazón con tu cariño y paciencia, eres mi mejor amigo y mi grande amor. Tu presencia llena mi vida de alegría y fuerza. Que nuestro amor siga creciendo y fortaleciendo cada día.

Con todo mi amor.

AGRADECIMIENTO

A DIOS nuestro creador quien me ilumina, me da amor, fuerza, constancia con sabiduría para enfrentar y superar los obstáculos que la vida nos depara.

*A la **UNIVERSIDAD AMAZÓNICA DE PANDO** por acogerme en esta casa superior de estudios la cual me formo como profesional.*

*Al equipo de trabajo del Puesto de Salud “**Conquista**” Por la confianza depositada y por todo el apoyo brindado.*

Son muchas las personas especiales a las que me gustaría agradecer, por su amistad, apoyo, ánimo y compañía en las diferentes etapas de mi vida.

RESUMEN

La Desnutrición Infantil es un problema social muy importante porque a corto plazo incrementa en el niño su riesgo a morir y enfermar de ceguera (por falta de vitamina A). Además, produce deterioro neurológico, reduce la función inmune (deficiencia de hierro), retrasa el crecimiento, aumenta la susceptibilidad a las infecciones (deficiencia de zinc).

Objetivo: Es determinar el conocimiento de las Madres sobre los micronutrientes que se dan para el tratamiento de la Desnutrición Aguda en niños de 6 meses a menores de 2 años que son atendidos en el Puesto de Salud Conquista durante los meses de Abril a Junio del 2025.

La Metodología de Estudio: Es de enfoque cuantitativo, descriptivo de corte transversal, la muestra está constituida por 30 madres de niños de 6 meses a menores de 2 años que viven en la Comunidad de Conquista, el instrumento utilizado fue un cuestionario de 21 preguntas sobre el conocimiento de los micronutrientes que se dan para el tratamiento de Desnutrición Aguda.

Resultados: De los 43 niños que realizaron su control de crecimiento y desarrollo en el Puesto de Salud Conquista, la edad predominante es del 60% de los niños tiene menos de 6 meses de edad y el 40% de 1 a 2 años. El 67% de los niños es de género masculino y el 33% es de género femenino. El 93 % de los niños reporto Peso/Talla normal, 5% son casos nuevos de Desnutrición Aguda Moderada y el 1% son pacientes repetidos con Talla Baja. El 73% si conoce las Chispitas Nutricionales y 27 % no conoce.

Conclusiones: El conocimiento de las Madres sobre los micronutrientes que se dan para el tratamiento de Desnutrición Aguda en niños de 6 meses a menores de 2 años en la Comunidad de Conquista es 60% medio, 20% bajo y 20% alto. La tasa de incidencia de Desnutrición Aguda en niños de 6 meses a menores de 2 años es de 8 niños que pueden enfermar por cada 100 niños que viven en la Comunidad de Conquista.

Palabras Clave: Incidencia, desnutrición Aguda, niños de 6 meses a menores de 2 años.

ABSTRACT

Child malnutrition is a very important social problem because in the short term it increases the child's risk of dying and becoming blind (due to lack of vitamin A). In addition, it produces neurological deterioration, reduces immune function (iron deficiency), delays growth, increases susceptibility to infections (zinc deficiency).

Objective: To determine the knowledge of mothers about the micronutrients given for the treatment of Acute Malnutrition in children from 6 months to under 2 years who are treated at the Conquista Health Post during the months of April to June 2025.

The Study Methodology: The study is of a quantitative, descriptive, cross-sectional approach. The sample consists of 30 mothers of children aged 6 months to under 2 years who live in the Conquista Community. The instrument used was a questionnaire of 21 questions about the knowledge of micronutrients provided for the treatment of Acute Malnutrition.

Results: Of the 43 children who underwent growth and development monitoring at the Conquista Health Post, the predominant age is 60% of the children under 6 months old and 40% from 1 to 2 years old. 67% of the children are male and 33% are female. 93% of the children reported normal Weight/Height, 5% are new cases of Moderate Acute Malnutrition, and 1% are repeat patients with Short Stature. 73% know about Nutritional Sprinkles and 27% do not know.

Conclusions: The knowledge of mothers about the micronutrients given for the treatment of Acute Malnutrition in children from 6 months to under 2 years old in the Community of Conquista is 60% medium, 20% low, and 20% high. The incidence rate of Acute Malnutrition in children from 6 months to under 2 years old is 8 children who may fall ill for every 100 children living in the Community of Conquista.

Keywords: Incidence, Acute malnutrition, children from 6 months to under 2 years.

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I.....	3
PROBLEMA INVESTIGADO	3
1. 1. Planteamiento del Problema	3
1.1.1. Descripción de la situación problemática.....	3
1.1.2. Formulación del Problema	7
1.2. Delimitación del Problema	7
1.2.1. Delimitación Temática	7
1.2.2. Delimitación Espacial	7
1.2.3. Delimitación Temporal	7
1.3. Objeto del estudio	7
1.4. Objetivos.....	7
1.4.1. Objetivo General	7
1.4.2. Objetivo Especifico.....	8
1.5. Justificación	8
1.5.1. Justificación Teórica	8
1.5.2. Justificación Social.....	8
1.5.3. Justificación Práctica.....	10
CAPITULO II.....	11
MARCO TEORICO REFERENCIAL	11
2.1. Marco Conceptual.....	11
2.1.1. Desnutrición	11
2.1.2. Nutrición.....	11
2.1.3. Incidencia	11
2.1.4. Niños y niñas.....	11
2.1.5. Aguda	11
2.1.6. Crónica	12
2.1.7. Seguridad Alimentaria.....	12
2.2. Marco Teórico.....	12
2.2.1. Historia de Desnutrición.....	12
2.2.2. Desnutrición en niños menores de 2 años	13

2.2.3. Clasificación de Desnutrición Infantil.....	13
2.2.4. Tipos de Desnutrición	16
2.2.5. Formas de Desnutrición	16
2.2.6. Evaluación del estado nutricional y salud en niños menores de 5 años	17
2.2.7. Evaluación del estado nutricional	17
2.2.8. Exploración antropométrica	18
2.2.9. Valoración de la Desnutrición Antropometría	18
2.2.10. Causas de Desnutrición infantil.....	21
2.2.11. La Desnutrición está ligada a la pobreza.....	21
2.2.12. Síntomas de la Desnutrición.....	21
2.2.13. Consecuencias de la Desnutrición.....	22
2.2.14. Factores que conllevan a la Desnutrición.....	23
2.2.15. Hábitos Alimenticios.....	24
2.2.16. Comienzo de los Hábitos Alimenticios	24
2.2.17. Educación de los Hábitos Alimenticios	25
2.2.18. Alimentación durante el período de la lactancia	25
2.2.19. Necesidades de energía y nutrientes.....	25
2.2.20. Categorización de la variable a través de la Escala de Stanones	27
2.3. Marco Legal	28
2.3.1. Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia.....	28
2.3.2. Ley N° 1152 Sistema Único de Salud Bolivia	31
2.3.3. Programa Desnutrición Cero	32
2.3.4. Seguridad y Soberanía Alimentaria.....	33
CAPITULO III.	35
MARCO METODOLÓGICO	35
3.1. Operacionalización de Variables	35
3.2. Enfoque de Investigación.....	35
3.3. Tipo de Investigación.....	36
3.3.1. Descriptivo	36
3.3.2. Transversal	36
3.4. Métodos de Investigación	36
3.4.1. Métodos Logísticos o teóricos	36

3.4.2. Métodos Empíricos	37
3.5. Poblacion y Muestra	37
3.5.1. Población.....	37
3.5.2. Muestra.....	37
3.5.3. Tipo de muestreo	37
3.6. Tecnica e Instrumento.....	38
3.6.1. Técnicas de investigación.....	38
3.6.2. Instrumento de investigación	38
3.7. Criterio de inclusión y exclusión	38
3.7.1. Criterio de inclusión	38
3.7.2. Criterio de exclusión	38
CAPITULO IV.	39
RESULTADOS	39
4.1. Resultados de Trabajo de campo	39
CAPITULO V.	60
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	60
5.1. Conclusiones	60
5.2. Recomendaciones	61
Bibliografía.....	62

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Edad de los niños que realizaron su control de crecimiento y desarrollo	39
Tabla 2. Género de los niños que realizan su seguimiento nutricional	39
Tabla 3. El número de niños que acudieron al Puesto de Salud Conquista por meses de abril a mayo	40
Tabla 4. Número de casos registrados con Desnutrición Aguda en niños menores de 2 años. .41	41
Tabla 5. Clasificación de la Desnutrición Aguda de los niños/as menores de 2 años.s.....	42
Tabla 6.Grupo Etareo de las Madres de niños menores de 6 meses a menores de 2 años encuestadas en la comunidad de Conquista del Municipio de Puerto Rico en los meses de abril a Junio 2025.....	44
Tabla 7. Grado de instrucción de las Madres de niños menores de 6 meses a menores de 2 años encuestadas en la comunidad de Conquista del Municipio de Puerto Rico en los meses de abril a Junio 2025.....	45
Tabla 8..Estado civil de las Madres de niños menores de 6 meses a menores de 2 años encuestadas en la comunidad de Conquista del Municipio de Puerto Rico en los meses de abril a Junio 2025.....	46
Tabla 9. N° de Hijos menores de 5 años que tienen las Madres de niños menores de 6 meses a menores de 2 años encuestadas en la comunidad de Conquista del Municipio de Puerto Rico en los meses de abril a Junio 2025	47
Tabla 10.N° de niños menores de 5 años de las Madres encuestadas que conocen la Vitamina A en la comunidad de Conquista del Municipio de Puerto Rico en los meses de abril a mayo 2025	48
Tabla 11.N° de Madres encuestadas que tienen Conocimiento de la función de la Vitamina A en la comunidad de Conquista del Municipio de Puerto Rico en los meses de abril a junio 2025	49
Tabla 12. N° de Madres encuestadas que tienen Conocimiento sobre cada cuanto tiempo deben recibir sus niños la Vitamina A en la comunidad de Conquista del Municipio de Puerto Rico en los meses de abril a junio 2025.....	50
Tabla 13. N° de niños menores de 5 años de las Madres encuestadas que conocen las chispitas nutricionales en la comunidad de Conquista del Municipio de Puerto Rico en los meses de abril a mayo 2025	51

Tabla 14. N° de Madres encuestadas que tienen Conocimiento de la función de la Vitamina A en la comunidad de Conquista del Municipio de Puerto Rico en los meses de abril a junio 2025	52
Tabla 15.N° de Madres encuestadas que tienen Conocimiento hasta que edad deben recibir sus niños las chispitas nutricionales en la comunidad de Conquista del Municipio de Puerto Rico en los meses de abril a junio 2025.....	53
Tabla 16. N° de Madres encuestadas que tienen conocimiento sobre la forma de preparación las chispitas nutricionales en la comunidad de Conquista del Municipio de Puerto Rico en los meses de abril a junio 2025.	54
Tabla 17. N° de niños menores de 5 años de las Madres encuestadas que conocen el Zinc en jarabe en la comunidad de Conquista del Municipio de Puerto Rico en los meses de abril a mayo 2025	55
Tabla 18. N° de Madres encuestadas que tienen conocimiento de la función de la Vitamina A en la comunidad de Conquista del Municipio de Puerto Rico en los meses de abril a junio 2025.	56
Tabla 19. N° de Madres encuestadas que tienen Conocimiento sobre la forma de dar a sus niños el Zinc jarabe en la comunidad de Conquista del Municipio de Puerto Rico en los meses de abril a junio 2025.....	57
Tabla 20.N° de Madres encuestadas que tienen conocimiento si es que en el Puesto de Salud Conquista hay micronutrientes en la comunidad de Conquista del Municipio de Puerto Rico en los meses de abril a junio 2025.....	58
Tabla 21. N° de niños menores de 2 años de las Madres encuestadas que refieren si el Personal de Salud realiza Charlas Educativas sobre micronutrientes en la comunidad de Conquista del Municipio de Puerto Rico en los meses de abril a mayo 2025.....	59

INDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Edad de los niños que realizan su seguimiento nutricional	39
Gráfica 2. Género de los niños que realizan su seguimiento nutricional	40
Gráfica 3.El número de niños que acudieron al Puesto de Salud por meses de abril a mayo ..	41
Gráfica 4. N° de casos registrados con Desnutrición Aguda en niños menores de 2 años.	42
Gráfica 5.Clasificación de la Desnutrición Aguda de los niños/as menores de 2 años.....	43
Gráfica 6. Porcentaje de grupo Etareo de las Madres de niños menores de 6 meses a menores de 2 años encuestadas en la comunidad de Conquista del Municipio de Puerto Rico en los meses de abril a Junio 2025.....	44
Gráfica 7. Porcentaje de Grado de instrucción de las Madres de niños menores de 6 meses a menores de 2 años encuestadas en la comunidad de Conquista del Municipio de Puerto Rico en los meses de abril a Junio 2025	45
Gráfica 8. Porcentaje de Estado civil de las Madres de niños menores de 6 meses a menores de 2 años encuestadas en la comunidad de Conquista del Municipio de Puerto Rico en los meses de abril a Junio 2025.....	46
Gráfica 9.Porcentaje de Hijos menores de 5 años que tienen las Madres de niños menores de 6 meses a menores de 2 años encuestadas en la comunidad de Conquista del Municipio de Puerto Rico en los meses de abril a Junio 2025.....	47
Gráfica 10. Porcentaje de niños menores de 5 años de las Madres encuestadas que conocen la Vitamina A en la comunidad de Conquista del Municipio de Puerto Rico en los meses de abril a mayo 2025.	48
Gráfica 11. Porcentaje de encuestadas que tienen Conocimiento de la función de la Vitamina A en la comunidad de Conquista del Municipio de Puerto Rico en los meses de abril a junio 2025.	49
Gráfica 12. Porcentaje de encuestadas que tienen Conocimiento sobre cada cuanto tiempo deben recibir sus niños la Vitamina A en la comunidad de Conquista del Municipio de Puerto Rico en los meses de abril a junio 2025.....	50
Gráfica 13. Porcentaje de niños menores de 5 años de las Madres encuestadas que conocen las chispitas nutricionales en la comunidad de Conquista del Municipio de Puerto Rico en los meses de abril a mayo 2025.	51

Gráfica 14. Porcentaje de encuestadas que tienen conocimiento de la función de la Vitamina A en la comunidad de Conquista del Municipio de Puerto Rico en los meses de abril a junio 2025.	52
Gráfica 15. Porcentaje de encuestadas que tienen Conocimiento hasta que edad deben recibir sus niños las chispitas nutricionales en la comunidad de Conquista del Municipio de Puerto Rico en los meses de abril a junio 2025.	53
Gráfica 16. Porcentaje de encuestadas que tienen conocimiento sobre la forma de preparación de las chispitas nutricionales en la comunidad de Conquista del Municipio de Puerto Rico en los meses de abril a junio 2025.....	54
Gráfica 17. Porcentaje de niños menores de 5 años de las Madres encuestadas que conocen el Zinc en Jarabe en la comunidad de Conquista del Municipio de Puerto Rico en los meses de abril a mayo 2025.	55
Gráfica 18. Porcentaje de encuestadas que tienen conocimiento de la función de la Vitamina A en la comunidad de Conquista del Municipio de Puerto Rico en los meses de abril a junio 2025.	56
Gráfica 19. Porcentaje de encuestadas que tienen Conocimiento sobre la forma de dar a sus niños el Zinc jarabe en la comunidad de Conquista del Municipio de Puerto Rico en los meses de abril a junio 2025	57
Gráfica 20. Porcentaje de madres encuestadas que tienen conocimiento si es que en el Puesto de Salud Conquista hay micronutrientes en la comunidad de Conquista del Municipio de Puerto Rico en los meses de abril a junio 2025	58
Gráfica 21. Porcentaje de niños menores de 2 años de las Madres encuestadas que refieren si el Personal de Salud realiza Charlas Educativas sobre micronutrientes en la comunidad de Conquista del Municipio de Puerto Rico en los meses de abril a mayo 2025.....	59

INDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Recolección de datos: Encuesta Aplicada.....	64
Anexo 2. Control de Crecimiento de los niños menores de 6 meses a menores 2 años	67
Anexo 3. Realizando la toma de Medidas Antropométrica a los niños de 6 meses a menores de 2 años.....	67
Anexo 4. Encuesta a madres de niños de 6 meses a menores de 2 años en la Comunidad de Conquista.....	68
Anexo 5. Charlas Educativas sobre Micronutrientes a Madres de niños de 6 meses a menores de 2 años en la Comunidad de Conquista.	68

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Porcentaje de Desnutrición Aguda en niños y niñas menores de 2 años, Departamento Pando, gestiones 2016 al 2020.....	5
Figura 2. Porcentaje de Desnutrición Crónica en niños y niñas menores de 2 años, Departamento Pando, gestiones 2016 al 2020.	6
Figura 3.Cuadro de procedimientos 26: determinar si presenta desnutrición aguda o Sobrepeso/Obesidad	14

INDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Variable de la Escala de Stanones	28
---	----

INTRODUCCIÓN

La Desnutrición Infantil ocurre cuando los niños y niñas no reciben los nutrientes esenciales para un desarrollo saludable, manifestándose en formas como el retraso del crecimiento, la emaciación o desnutrición aguda y el sobrepeso. Esto afecta gravemente la salud, el crecimiento, la capacidad de aprendizaje y la resistencia a enfermedades (OMS, 2022)

Es uno de los principales problemas de salud pública y bienestar social en América Latina; es una de las principales causas de mortalidad y morbilidad prevenibles en niños, en cuya génesis se ha identificado una fuerte determinación social, económica y política. El retraso en el crecimiento es consecuencia de la desnutrición crónica persistente, la cual está asociada a condiciones socioeconómicas deficientes como también a la recurrencia de enfermedades. Esto impide que los niños tengan un pleno desarrollo físico y cognitivo (OMS, 2022)

A Nivel Mundial

Durante el año 2019, se estimó que el 21,3% de niños menores de 5 años presentó retraso en el crecimiento, equivalente a unos 144 millones de niños. A nivel de América Latina y el Caribe, se estimó que el 9% presentó retraso en el crecimiento, alrededor de 4.8 millones de niños. Estos son datos que son alarmantes y que, a pesar de múltiples estrategias empleadas para superar esta situación, hay países que continúan con una alta prevalencia (OMS, 2022)

En el mundo se relaciona a la desnutrición con un 45% de muertes en la etapa infantil; según estadísticas del 2022, 7000 niños mueren cada día a causa de la desnutrición y son casi 200 millones de niños en el mundo que padecen algún tipo de desnutrición. Más de 45 millones de niñas y niños que padecen desnutrición aguda, 148 millones de niños y niñas menores de 5 años sufren retraso del crecimiento, 340 millones tienen carencias de micronutrientes. El 80% de los casos de desnutrición más agudas se encuentran en 20 países del mundo, entre los que tenemos a África subsahariana (países del Sahel y el Cuerno de África) y en algunas zonas del sur de Asia (OMS, 2022)

La desnutrición es un estado patológico ocasionado por la falta de acceso a alimentos, alimentación deficiente (en calidad y cantidad), agua y saneamiento insalubre y la aparición de enfermedades infecciosas. En el origen de todo esto están las causas básicas, que incluyen factores sociales, económicos y políticos, como la pobreza, desigualdad, o una escasa educación de las madres, etc, que caracterizan al desarrollo de una nación, una colectividad y a una familia. Según el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), esta enfermedad de grandes proporciones en el mundo, es la principal causa de muerte en lactantes y niños pequeños en países en vías de desarrollo; provoca la muerte de más de la mitad de niños menores de cinco años que la padecen. Por eso, prevenir esta enfermedad se ha convertido en una prioridad para la Organización Mundial de la Salud (Lafuente, 2016)

Según el Programa de Alimentación y Nutrición de SEDES Pando se registra un 5% de desnutrición aguda en niños menores de 5 años de edad, la mayoría de los casos son por mala alimentación y por falta de consumo de suplementos. La gestión pasada, 2 niños fallecieron por desnutrición severa (Huaniquina, 2024)

CAPITULO I.

PROBLEMA INVESTIGADO

1. 1. Planteamiento del Problema

1.1.1. Descripción de la situación problemática

La Desnutrición Infantil es un problema en varias regiones del mundo, que afecta a los niños entre 0 y 5 años de edad; es el resultado de una mala alimentación y significa que la niña y el niño no ha recibido los suficientes nutrientes, entre ellos vitaminas y minerales, necesarios para su desarrollo. De acuerdo al informe del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2018) al menos 1 de cada 5 niños menores de cinco años tiene baja talla para la edad lo que representan desnutrición crónica; el 12% de los niños tiene desnutrición global, es decir bajo peso para la edad; el 16% nacen con bajo peso, seis de cada diez embarazadas y 7 de cada 10 menores de 1 año sufren de anemia por deficiencia de hierro. (Unicef, 2018)

A Nivel Mundial

Casi uno de cada cuatro niños menores de 5 años (165 millones, o el 26% en 2013) sufre desnutrición crónica o baja estatura para la edad, se asocia con un anormal desarrollo del cerebro, lo que es probable que tenga consecuencias negativas en la vida de un niño. (UNICEF 2019).

La deficiencia nutricional pudo haber empezado en el vientre de la madre, desde la gestación y en los tres primeros años de vida, la desnutrición crónica y la anemia afectan de manera irreversible la capacidad física, intelectual, emocional y social de los niños.

La desnutrición determina en el niño a una detención o estancamiento de la curva ponderal inicialmente y luego del crecimiento en talla, siendo la repercusión en esta última recuperable sin gran dificultad, si se logra una aceptación nutricional oportuna, no así cuando ha existido un trastorno nutricional de largo tiempo, en que la recuperación de la talla será lenta y en ocasiones, sólo parcial a largo plazo, se convierte en un adulto con limitadas capacidades físicas e intelectuales para insertarse en la vida laboral.

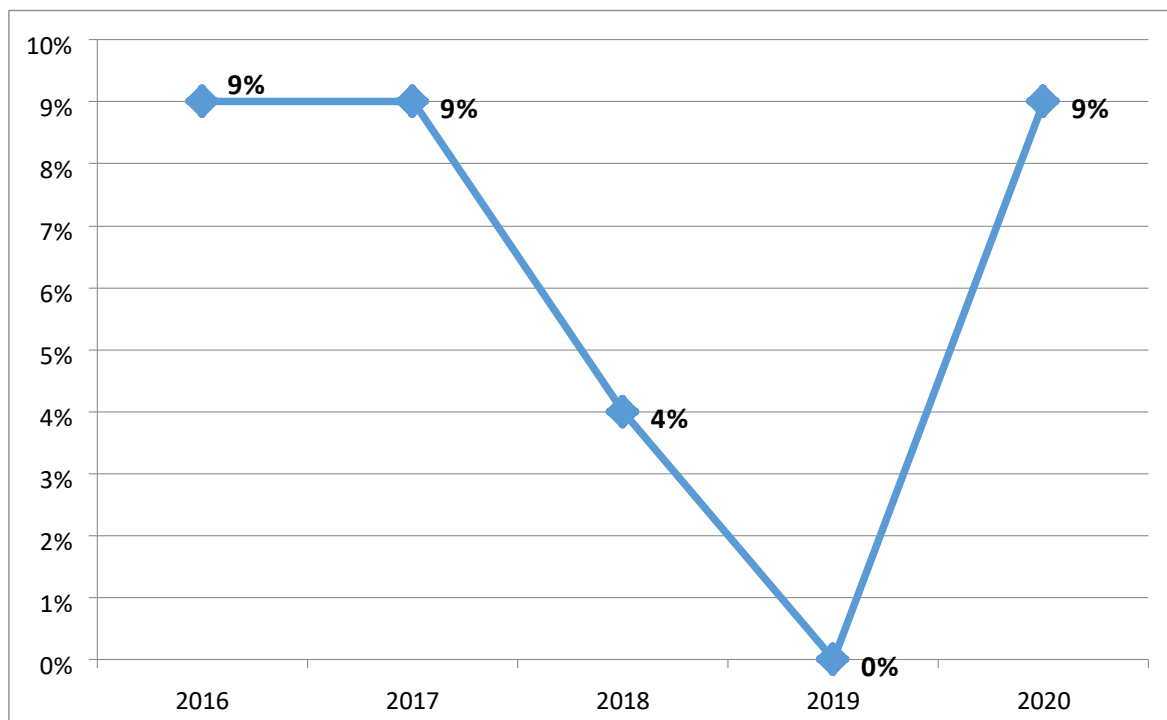
Deficiencia consumo de los micronutrientes en las familias de la localidad se debe a una disminución de acceso a alimentos o niveles de consumo, factores derivados de riesgos ambientales, económicos, sociales, generalmente estimados a mediciones indirectas como pobreza, disponibilidad y desnutrición, una población altamente vulnerable será aquella que tiene una alta probabilidad de ser afectada por crisis derivadas a una o varias amenazas y tener una baja capacidad de recuperación.

La desnutrición tiene un impacto negativo en corto mediano y largo plazo, en los niños y las niñas la desnutrición puede comenzar incluso en el vientre materno, Las consecuencias de la desnutrición infantil son: Baja estatura, pálidos, delgados, muy enfermizos y débiles, que tienen problemas de aprendizaje y desarrollo intelectual.

A Nivel Departamental

El porcentaje de desnutrición crónica se encuentra elevadas en relación a la meta nacional, la misma se ve elevados casi en todos los Municipios del Departamento afectando tanto al área urbana y rural.

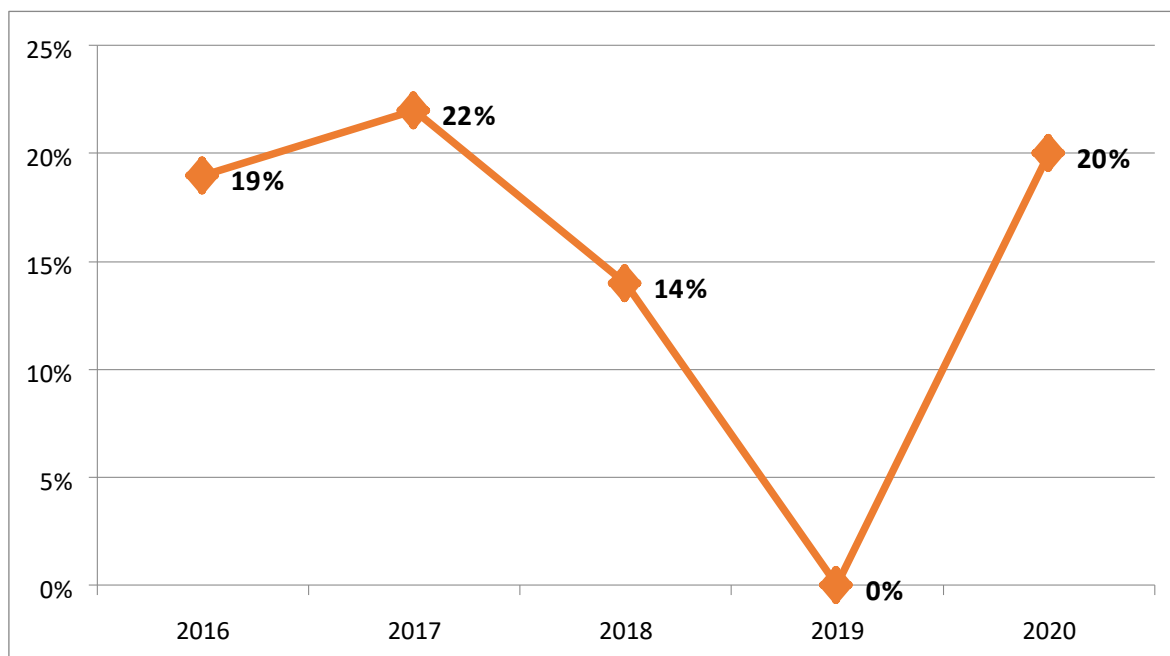
Figura 1. Porcentaje de Desnutrición Aguda en niños y niñas menores de 2 años, Departamento Pando, gestiones 2016 al 2020



Fuente: SNIS Pando 2016 al 2020

En el gráfico se muestra el porcentaje de niños y niñas con desnutrición aguda en el menor de 2 años la misma que el 2016 presentó un porcentaje de 9% disminuyendo la gestión 2018 a un 4%, la gestión 2019 no se evidencia datos debido a que el indicador no fue reportado porque el formulario de reporte fue sacado esa gestión, para la gestión 2020 se volvió a presentar un porcentaje de 9% un punto porcentual más alto que la meta a nivel nacional del 8%.

Figura 2. Porcentaje de Desnutrición Crónica en niños y niñas menores de 2 años, Departamento Pando, gestiones 2016 al 2020.



Fuente: SNIS Pando 2016 al 2020

En el gráfico se aprecia la desnutrición crónica o talla baja en niños y niñas menores de 2 años a nivel Departamental la cual presenta desde el 2017 a 2020 una disminución de 22% a 20% respectivamente. La gestión 2019 no se evidencia datos debido a que se discontinuó la utilización del formulario de reporte de esta información durante esa gestión.

En el Municipio de Puerto Rico

La Gestión 2024 reportó a nivel municipal una incidencia de 19% de incidencia de desnutrición Aguda.

El Puesto de Salud Conquista la gestión 2024 reportó una incidencia de 12 % de Desnutrición Aguda por encima de la meta Departamental.

1.1.2. Formulación del Problema

¿Cuál es el conocimiento de las Madres sobre los micronutrientes que se dan para el tratamiento de la Desnutrición Aguda en niños de 6 meses a menores de 2 años que son atendidos en el Puesto de Salud Conquista durante los meses de Abril a Junio del 2025?

1.2. Delimitación del Problema

1.2.1. Delimitación Temática

Conocimiento de las Madres sobre los micronutrientes que se dan para el tratamiento de la Desnutrición Aguda en niños de 6 meses a menores 2 años.

1.2.2. Delimitación Espacial

El estudio se desarrolló en el Puesto de Salud Conquista del Municipio de Puerto Rico del Departamento de Pando.

1.2.3. Delimitación Temporal

El estudio se desarrolló durante los meses de Abril a Junio del 2025.

1.3. Objeto del estudio

Niños de 6 meses a menores de 2 años atendidos en el Puesto de Salud Conquista durante los meses de Abril a Junio del 2025.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Determinar el conocimiento de las Madres sobre los micronutrientes que se dan para el tratamiento de la Desnutrición Aguda en niños de 6 meses a menores de 2 años que son atendidos en el Puesto de Salud Conquista durante los meses de Abril a Junio del 2025.

1.4.2. Objetivo Especifico

- Identificar la cantidad, grupo Etereo y género de niños de 6 meses a menores de 2 años que asistieron a control de crecimiento y Desarrollo al Puesto de Salud Conquista durante los meses de Abril a Junio del 2025.
- Determinar la tasa de incidencia en niños de 6 meses a menores de 2 años en el periodo en estudio.
- Determinar el conocimiento de las madres sobre los beneficios que tienen los micronutrientes (Vitamina A, Chispitas Nutricionales, Zinc y Nutribebe) para los niños.
- Verificar si el Personal de Salud de Conquista realiza Charlas Educativas sobre los micronutrientes en la comunidad de Conquista.

1.5. Justificación

1.5.1. Justificación Teórica

La Desnutrición es también un problema en la población menor de cinco años en Bolivia, ya que 27% de ella sufre de desnutrición crónica según la ENDSA 2024 (talla baja para la edad), que afecta como promedio al 21.8% de los niños y niñas menores de 5 años en el área urbana y al 32.5 % de los niños y niñas en el área rural. Estos datos suben a 27.1% y 38,6% respectivamente cuando se utilizan los nuevos parámetros de la OMS. La desnutrición en la población indígena es tres veces más alta que entre la población no indígena y 2.6 más en los niños del área rural que en los del área urbana. La anemia está presente en 40% de las mujeres del área rural y en 80% de los niños menores de 2 años. (ENDSA, 2024)

1.5.2. Justificación Social

El presente estudio se realiza sobre la a incidencia de Desnutrición Aguda en niños de 6 meses a menores de 2 años atendidos en el Puesto de Salud Conquista durante los meses de Abril a Junio del 2025, La desnutrición produce reducción en la capacidad física e intelectual, así como también influye sobre los patrones de comportamiento durante la adultez. Los niños con desnutrición tienen una menor capacidad de aprendizaje, por lo que su rendimiento escolar disminuye, reduciendo así el retorno de la inversión educativa.

Los hijos de mujeres adultas con desnutrición, tienen mayor riesgo de nacer con bajo peso lo cual a su vez representa un mayor riesgo de morbimortalidad infantil. El daño sobre la funcionalidad intelectual, no solo ocurriría a través del daño cerebral durante los primeros años de vida, sino que también ocurriría mediante el letargo que produce la desnutrición, ya que entonces el niño tiene menor oportunidad de explorar su entorno. La desnutrición y la educación presentan una relación inversa, donde los hijos de las madres sin ningún nivel de educación tienen las mayores proporciones de desnutrición (50%), seguido por las madres con algún grado de primaria (36%), secundaria (16%) y por último los hijos de madres que tienen nivel de instrucción superior presentan un bajo nivel de desnutrición (5.3%).

La Sociedad junto con el Personal de Salud debe promover los cambios en el entorno Socio-Cultural:

- Formación y acciones para prevenir los embarazos pre-coces.
- Acciones para proteger los derechos de las mujeres y niñas.
- Fomento del uso de alimentos locales, hábitos de alimentación saludables y sensibilización a la comunidad sobre la necesidad de hacer controles de crecimiento.
- Promoción de hábitos de higiene, como el lavado de manos, para reducir el riesgo de diarrea y otras enfermedades.
- Creación de instalaciones adecuadas de agua y saneamiento, y formación para su mantenimiento.
- Acciones para lograr una atención sanitaria adecuada y formación de personal sanitario y comunitario.
- Acciones para lograr una educación de calidad para todos que capacite para prevenir y abordar las consecuencias de la desnutrición.
- Medidas para reducir las consecuencias negativas del cambio climático sobre la disponibilidad de alimentos.

1.5.3. Justificación Práctica

Con esta investigación los beneficiarios principales serán los niños en la Comunidad de Conquista del Municipio de Puerto Rico, los padres de familia y las autoridades respectivas del plantel, juntos con los cuales se efectuara la investigación, de socializar la importancia de consumo de los micronutrientes y alimentos saludables producidos en la región o localidad, para prevenir la desnutrición en los niños y niñas es importante tener una buena alimentación, esta debe ser variada y nutritiva basada en cereales integrales (quinua, cebada, arroz, maíz, trigo); leguminosas (chocho, habas, fréjol, lenteja, arveja) y hortalizas (zanahoria, nabo, melloco, berro, cebolla) productos existentes en nuestro país.

CAPITULO II.

MARCO TEORICO REFERENCIAL

2.1. Marco Conceptual

2.1.1. Desnutrición

“Desnutrición a un estado patológico de distintos grados de seriedad y de distintas manifestaciones clínicas causadas por la asimilación deficiente de alimentos por el organismo”. (Unicef, 2018)

2.1.2. Nutrición

La nutrición consiste en la incorporación y la transformación de materia y energía para que puedan llevar a cabo tres procesos fundamentales: mantenimiento de las condiciones internas, desarrollo y movimiento, manteniendo el equilibrio homeostático del organismo a nivel molecular y microscópico (OMS, 2018)

2.1.3. Incidencia

La incidencia va a contabilizar el número de casos nuevos, de la enfermedad que estudiamos, que aparecen en un período de tiempo previamente determinado; podemos equipararla a una película que refleja el flujo del estado de salud al de enfermedad en la población que estudiamos. (Martí, 2012)

2.1.4. Niños y niñas

“Un niño es un ser humano que aún no ha alcanzado la pubertad, por lo tanto, es una persona que está en la niñez y que tiene pocos años de vida” (Merino, 2009)

2.1.5. Aguda

“Es aquella que se presenta de forma súbita, que se desarrolla rápidamente, en poco tiempo y que se resuelve de la misma manera”. (Martin, 2018)

2.1.6. Crónica

“La expresión crónica en medicina hace referencia a afecciones que se van desarrollando lentamente y que se mantienen a lo largo del tiempo” (Martin, 2018)

2.1.7. Seguridad Alimentaria

Seguridad alimentaria hace referencia a la disponibilidad de alimentos, el acceso de las personas a ellos y el aprovechamiento biológico de los mismos.

2.2. Marco Teórico

2.2.1. Historia de Desnutrición

La historia de la desnutrición en el siglo XX y principios del XXI ha sido un reflejo de los cambios sociales, económicos y políticos en diversas regiones del mundo. Algunos hitos importantes en la historia de la desnutrición incluyen (Bernabeu, 2010)

Desnutrición en Iberoamérica: En el siglo XX, la desnutrición fue un problema persistente en muchas partes de Iberoamérica. Factores como la pobreza, la falta de acceso a alimentos nutritivos y sistemas de salud deficientes contribuyeron significativamente a este problema.

Impacto global: A lo largo del siglo XX, la desnutrición infantil fue un problema global que afectó a millones de niños, especialmente en países en desarrollo. Las guerras, la pobreza y la falta de recursos alimentarios exacerbaron la situación.

Intervenciones y programas: Durante las últimas décadas, organizaciones internacionales como UNICEF han implementado programas para combatir la desnutrición infantil. Estos programas incluyen distribución de alimentos, educación nutricional y atención médica.

Casos emblemáticos: Historias como la de Nyankena y Khadija muestran el impacto transformador del tratamiento adecuado de la desnutrición. Estas historias destacan la importancia de la intervención temprana y el apoyo comunitario para mejorar las condiciones de vida de los niños afectados.

Factores contribuyentes: La desnutrición infantil es multifacética, con causas que incluyen pobreza, falta de disponibilidad de alimentos, privación económica y hábitos alimentarios inadecuados.

2.2.2. Desnutrición en niños menores de 2 años

La Desnutrición es el estado patológico resultante de una ingesta de alimentos que es, de forma continuada, insuficiente para satisfacer las necesidades de energía alimentaria, de una absorción deficiente y/o de un uso biológico deficiente de los nutrientes consumidos. Habitualmente, genera una pérdida de peso corporal. (FAO, 2018)

Según los investigadores y la OMS definen la desnutrición como un estado en el cual la carencia prolongada de uno o más nutrientes retrasa el desarrollo físico del niño, o bien da lugar a la aparición de condiciones clínicas específicas como anemia, bocio y raquitismo, lo cual afecta en especial a los niños menores de 5 años, donde se marca en el peso y talla en las diferentes edades, siendo este el mayor problema a nivel nacional, lo cual perjudica en el rendimiento escolar a largo plazo, provocando problemas físicos y clínicos.

Según los investigadores y la OMS, indican que la desnutrición disminuye las defensas del organismo contra la enfermedad. Por consiguiente, las infecciones agudas en las regiones menos desarrolladas del mundo, debido a las deficientes condiciones de higiene, se presentan con más frecuencia en los niños desnutridos. Asimismo, como la desnutrición aumenta la susceptibilidad a las enfermedades, ciertos tipos de infecciones, especialmente las gastrointestinales, incluyendo la difundida enfermedad diarreica de la primera infancia, aumenta la vulnerabilidad y agudiza la gravedad de la desnutrición.

Los últimos datos de la Organización de las Naciones Unidas para la agricultura y la Alimentación (FAO) muestran el fracaso de la lucha contra el hambre en el mundo. Según un informe publicado por la FAO, a nivel mundial hay 842 millones de desnutridos y las perspectivas de reducir, de manera relevante, esta cifra en el futuro son sombrías. (FAO, 2018)

2.2.3. Clasificación de Desnutrición Infantil

La desnutrición infantil se clasifica de diversas maneras según su origen, intensidad y duración. Las principales clasificaciones incluyen: (Bhupathiraju, 2023)

Figura 3. Cuadro de procedimientos 26: determinar si presenta desnutrición aguda o Sobrepeso/Obesidad

CUADRO DE PROCEDIMIENTOS 26: DETERMINAR SI PRESENTA DESNUTRICIÓN AGUDA O SOBREPESO/OBESIDAD			
ENSEGUIDA, DETERMINAR EN TODO NIÑO/A, SI PRESENTA DESNUTRICIÓN AGUDA O SOBREPESO/OBESIDAD	EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
OBSERVAR, DETERMINAR <ul style="list-style-type: none"> Emaciación visible (enflaquecimiento extremo) Edema en AMBOS pies Palidez palmar intensa Peso/Talla (según curva de acuerdo al sexo) 	Uno o más de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> Emaciación visible Edema en AMBOS pies Palidez palmar intensa Peso/Talla, el punto cae POR DEBAJO de la curva -3, según el sexo 	DESNUTRICIÓN AGUDA GRAVE Y/O ANEMIA GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> Dar vitamina A (Pág. 130) Dar primera dosis de CEFTRIAXONA (Pág. 143) Referir URGENTEMENTE al hospital siguiendo las recomendaciones para el transporte (Pág. 150) Si no es posible referir DE INMEDIATO, mientras viabiliza la referencia iniciar tratamiento de acuerdo a la guía: MANEJO INICIAL DEL DESNUTRIDO AGUDO GRAVE (Págs. 135, 136)
	<ul style="list-style-type: none"> Peso/Talla, el punto cae POR DEBAJO de la curva -2 HASTA LA -3 (INCLUYE SI EL PUNTO CAE EN LA CURVA -3), según el sexo 	DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA	<ul style="list-style-type: none"> Completar la evaluación de los síntomas principales del niño o niña para identificar complicaciones y definir la conducta a seguir, de acuerdo a la presencia o ausencia de complicaciones
	<ul style="list-style-type: none"> Peso/Talla, el punto cae EN LA CURVA 2 O POR DEBAJO HASTA LA CURVA -2 (INCLUYE SI EL PUNTO CAE EN LA CURVA -2), según el sexo 	NO TIENE DESNUTRICIÓN AGUDA	<ul style="list-style-type: none"> Dar recomendaciones nutricionales según la edad del niño o niña (Págs. 125, 126, 127) Dar mebendazol (si es mayor de 1 año) (Pág. 139) Dar vitamina A si no la recibió en los 6 últimos meses (Pág. 130) Orientar sobre el uso del Nutribebé o similares (niño/a de 6 meses a menor de 2 años) (Pág. 127) Dar hierro de acuerdo a la edad y transmitir mensajes para promover su uso (Pág. 130, 132) Evaluar salud oral (Pág. 129) Indicar a la madre cuando debe volver de inmediato (Pág. 148) Realizar control regular según cronograma (Pág. 148) Aconsejar a la madre sobre su propia salud (Pág. 149)
	<ul style="list-style-type: none"> Peso/Talla, el punto cae POR ENCIMA DE LA CURVA 2 HASTA LA CURVA 3 (INCLUYE SI EL PUNTO CAE EN LA CURVA 3) según el sexo 	SOBREPESO	<ul style="list-style-type: none"> Evaluar la alimentación y corregir los problemas identificados (Hoja de atención sistematizada) Dar recomendaciones nutricionales según la edad del niño o niña (Págs. 125, 126, 127) Recomendar la disminución del consumo de bebidas azucaradas (gaseosas), dulces, pasteles, frituras, etc. (comida chatarra o rápida) Promover la actividad física mediante el juego, de acuerdo a la edad del niño o niña Orientar sobre el uso del Nutribebé (niño/a de 6 meses a menor de 2 años) (Pág. 127)
	<ul style="list-style-type: none"> Peso/Talla, el punto cae POR ENCIMA de la curva 3, según el sexo 	OBESIDAD	<ul style="list-style-type: none"> Dar mebendazol (Pág. 139) Dar vitamina A y hierro de acuerdo a la edad (Págs. 130, 132) Evaluar salud oral (Pág. 129) Realizar control regular según cronograma (Pág. 148) Si después de dos controles regulares, persiste con sobrepeso o con obesidad, referir a la UNLI o al hospital

Fuente: Atención integral continuo de la Vida; 2013

Por Origen:

Primaria: Causada por una ingesta inadecuada de nutrientes.

Secundaria: Resulta de enfermedades que afectan la absorción o utilización de los nutrientes, como infecciones crónicas o trastornos metabólicos. (Bhupathiraju, 2023)

Por Intensidad:

Grado 1 (Leve): Peso normal para la edad, pero bajo para la talla.

Grado 2 (Moderada): Pérdida de peso entre el 15% y el 40% del peso corporal ideal.

Grado 3 (Severa): Pérdida de peso superior al 40% del peso corporal ideal (Bhupathiraju, 2023)

Por Tipo:

Desnutrición Calórico-Proteica: Incluye marasmo y kwashiorkor. El marasmo se caracteriza por una delgadez extrema y falta de músculo y grasa, mientras que el kwashiorkor se manifiesta con edema y hinchazón debido a la deficiencia de proteínas.

Por Duración:

Aguda: Ocurre de forma repentina y es reversible con tratamiento adecuado.

Crónica: Se desarrolla gradualmente y puede tener efectos a largo plazo en el crecimiento y desarrollo del niño. (Bhupathiraju, 2023)

Para elaborar el diagnóstico de desnutrición se requiere analizar la historia alimentaria, la frecuencia y severidad de las enfermedades previas, reconocer los signos y síntomas propios de esta enfermedad, medir el crecimiento y realizar algunas pruebas bioquímicas.

Primaria: Se presenta cuando el aporte de Nutrientes no es correcto para cubrir las demandas que el organismo requiere esto se presenta con episodios repetidos de diarrea o infecciones de vías respiratorias.

Esta forma primaria de desnutrición es producto de la pobreza y el desconocimiento, en la actualidad se observa con más frecuencia en regiones o países en vías de desarrollo y la de origen secundario en países desarrollados.

Secundaria: Cuando existe alguna condición asociada que conduce a una inadecuada ingestión, absorción, digestión o metabolismo de los nutrientes, generalmente ocasionado por un proceso patológico como infecciones agudas, sepsis o problemas crónicos como la diarrea persistente, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), cardiopatías congénitas, neuropatías, enfermedad renal avanzada y muchos tipos de cáncer.

Mixta: Se presenta cuando las dos causas anteriores se juntan, la composición entre ingesta inadecuada e infección es el ejemplo clásico de este cuadro y tiene como sustrato metabólico el desequilibrio entre el mayor gasto de nutrientes y la necesidad no satisfecha de los mismos.

2.2.4. Tipos de Desnutrición

La desnutrición proteica calórica es un estado clínico-patológico que se presenta, cuando una dieta no es capaz de satisfacer las necesidades corporales de proteínas y energía o ambas, que incluye una variedad amplia de manifestaciones clínicas, condicionadas por la intensidad relativa de la deficiencia de proteínas o de energía, la severidad y duración de las deficiencias, edad del paciente, causas de la deficiencia y asociación con otras enfermedades nutricionales o infecciosas. (Mancilla, 2013)

2.2.4.1. Desnutrición aguda

Se manifiesta por bajo peso en relación a la talla del individuo, el cual se origina por una situación reciente de falta de alimentos o una enfermedad que haya producido una pérdida rápida de peso. Este tipo de desnutrición es recuperable, sin embargo, de no ser atendida oportunamente pone en alto riesgo la vida del individuo (Mancilla, 2013)

2.2.4.2. Desnutrición crónica o retardo del crecimiento

Se manifiesta por una baja talla de acuerdo a la edad del individuo, a consecuencia de enfermedades recurrentes y/o una ingesta alimentaria deficiente y prolongada. Este tipo de desnutrición disminuye permanentemente las capacidades físicas, mentales y productivas del individuo, cuando ocurre entre la gestación y los treinta y seis (36) meses.

2.2.4.3. Retardo en niños menores de 5 años

La evaluación del crecimiento físico de los niños menores de 5 años, con edades comprendidas entre los 0 años a 4 años 11 meses, mediante el indicador talla para la edad ha permitido contar con información primaria sobre el estado nutricional de la población. Los censos de talla en niños y niñas menores de 5 años se convierten en instrumentos adicionales para dar respuesta a las necesidades de información a mediano plazo, respecto a la cuantificación de los logros en desarrollo humano como resultado de acciones sociales asociadas, sostenidas y de cambios económicos. (Mancilla, 2013)

2.2.5. Formas de Desnutrición

Hay dos formas distintas de la desnutrición aguda, a veces, un niño puede padecer las dos formas al mismo tiempo.

Marasmo: Desaparición de la masa muscular y de las reservas de grasa corporal) Ocurre cuando el individuo no puede ingerir cantidades suficientes de alimentos en general.

Los niños con marasmo son de una delgadez extrema y apenas tienen masa muscular en su cuerpo. Suelen parecer ancianos encogidos y arrugados con costillas y articulaciones prominentes, adquieren una apariencia esquelética y además de ser pequeños para su edad, sufren infecciones frecuentes.

Kwashiorkor: Tipo de desnutrición que afecta a los niños por una ausencia de las proteínas en la dieta afectada principalmente a los niños que no tuvieron una lactancia materna eficaz, siendo evidente en niños preescolares y lactantes mayores.

Se caracteriza por la retención de líquido o edema (hinchazón de pies, piernas y brazos que pueden representar el 30% del peso corporal del niño), alteraciones en la piel, síndrome de la bandera, pérdida de apetito, anemia e infecciones intestinales. La acumulación anormal de líquido puede hinchar el abdomen, de modo que a los padres el niño suele parecerles “gordo”

2.2.6. Evaluación del estado nutricional y salud en niños menores de 5 años

El niño desde el punto de vista de su desarrollo psicobiológico, es la denominación utilizada a toda criatura humana que no ha alcanzado la pubertad, como sinónimo de infantil o pueril, el término se aplica a quien no es considerado adulto, niñez es un período de muchos cambios en la vida de un niño. A esta edad, los niños ya pueden vestirse por sí solos, atrapar una pelota más fácilmente solo con las manos y amarrarse los zapatos. Lograr independizarse de la familia es ahora más importante. (Mancilla, 2013)

2.2.7. Evaluación del estado nutricional

La valoración del estado nutricional es una parte muy importante en la evaluación del crecimiento y el desarrollo de los niños, ya que permite identificar a aquellos que están de alguna manera en Situaciones de riesgo nutricional, ya sea por deficiencia o exceso de nutrientes y dar atención sanitaria oportuna. (Mancilla, 2013)

2.2.8. Exploración antropométrica

Peso: Es un indicador útil en la determinación de la masa corporal total. Debe realizarse con el niño desnudo o con la menor cantidad de ropa posible y descalzo; es más conveniente determinarlo en ayunas. Para determinarlo se pueden usar balanzas o las básculas clínicas con precisión mínima de 500 g. Se debe relacionar con la edad y/o con la talla para que sea más sensible. Este proporciona informe sobre el estado nutricional actual. (Ravasco, 2010)

Talla: Junto con la talla sentada y la longitud de la extremidad superior constituyen indicadores del crecimiento lineal. Se utilizan estadiómetros con una precisión mínima de 0.5 cm. (5,17). Técnica para medirla: Niño de pie, erecto, descalzo, con los pies unidos por los talones formando un ángulo de 45 grados y la cabeza con el plano de Frankfurt a escala horizontal; los talones, las nalgas y la parte media superior de la espalda y los talones, deben tomar contacto con la guía vertical de medición; luego se desliza la pieza superior del tallmetro hasta tocar la cabeza del niño.

Perímetro craneal: Índice fidedigno del crecimiento cerebral: Se mide colocando una cinta métrica inextensible alrededor de la cabeza, de manera que cruce la frente sobre la glabella y los arcos superciliares y en la parte posterior, sobre la parte más prominente del occipucio.

Pliegues cutáneos: Permiten medir la depleción o el exceso de los depósitos de grasa. Los más utilizados son: tricipital, bicipital, subescapular y supra iliaco. Reflejan estado nutricional actual y ayuda a detectar obesidad.

2.2.9. Valoración de la Desnutrición Antropometría

La valoración antropométrica consiste en la medición de las dimensiones y la composición global del cuerpo humano, las que indudablemente se ven afectadas por la nutrición durante el ciclo de vida. Los indicadores antropométricos miden, por un lado, el crecimiento físico del niño, a partir de la determinación de la masa corporal total (peso y talla) y, por el otro, la composición corporal, es decir, la masa grasa libre de grasa (pliegues y circunferencia) (Casanueva, 2008)

Es una de las técnicas más ampliamente utilizadas para valorar la composición corporal, pues su simplicidad la hace apropiada en grandes poblaciones.

El objeto es cuantificar los principales componentes del peso corporal e indirectamente valorar el estado nutricional mediante el empleo de medidas muy sencillas como peso, talla, longitud de extremidades, perímetro o circunferencia corporal medida de espesores de pliegues cutáneos, etc. A partir de ellas, calcular diferentes índices que permiten estimar la masa libre de grasa corporal.

2.2.9.1. Índice de Masa Corporal

Inicialmente se utilizaba para calcular la sobre nutrición y obesidad en escolares y adolescentes, actualmente ya están establecidos los límites de desnutrición. Siendo muy fácil el cálculo (kg/m²) pero este varia con la edad debe interpretarse con la puntuación Z.

Hay que destacar que, no se pueden aplicar los mismos valores de IMC en niños y adolescentes debido a su constante crecimiento estatura y desarrollo corporal, por lo que se obtiene un IMC respecto a su edad y sexo.

Después se Calculará el IMC con la misma fórmula que para el adulto, grupo de edad, el valor del IMC se comparará en tablas de crecimiento del CDC para el IMC por edad tanto para niños y niñas respectivamente para obtener la categoría del percentil. El percentil indica la posición relativa del número del IMC del niño entre niños del mismo sexo y edad. Las tablas de crecimiento muestran las categorías del nivel de peso que se usan con niños y adolescentes (bajo peso, peso saludable, sobrepeso y obeso).

2.2.9.2. Crecimiento y desarrollo

Según la organización mundial de la salud “Se entiende por crecimiento y desarrollo al conjunto de cambios somáticos y funcionales que se producen en el ser humano desde su concepción hasta su adultez”.

El crecimiento: puede estudiarse también en otros planos más complejos de organización, a nivel de los tejidos y de los órganos; nivel de la masa corporal total, con mediciones antropométricas que tiene una gran aplicación clínica, tales como el peso y la estatura. (OMS, 2022)

Desarrollo: Es un proceso dinámico de organización sucesiva de funciones biológicas psicológicas y sociales en compleja interacción, cuyas constelaciones estructurales se modifican en un constante palpitar vital.

Esto se traduce por aumento de la autonomía del niño que va siendo progresivamente más independiente, a la vez que se incrementa la capacidad de comunicación con su familia y la sociedad.

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

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

Peso para la Talla (P/T): Refleja el estado nutricional actual. El peso bajo para la talla, es indica que la masa muscular y la grasa se encuentran disminuidas. Sin embargo este estado es recuperable en el niño puede superarse con un tratamiento dietético acorde a las necesidades del infante y puede lograr un peso para la talla normal.

Índice de Masa Corporal para la Edad (IMC/E): Refleja el peso relativo con la talla para cada edad; con adecuada correlación con la grasa corporal. Se calcula con la división del peso sobre la talla o bien más prácticamente el peso dividido por la talla, a su vez dividido por la talla. Su interpretación es similar a la mencionada para el peso talla, pero con más precisión.

2.2.9.3. Ventajas de la Valoración Antropométrica

- Procedimiento sencillo, seguro y no invasivo.
- El equipo es barato, portátil y duradero.
- Efectivo para realizar un buen trabajo.
- Los métodos son precisos y exentos, si se utiliza de acuerdo a normas estándar.
- Proporciona información sobre los hechos pasados. Las mediciones pueden ayudar en la identificación de caso de malnutrición ligera o moderada, así como en los graves.
- La metodología permite valorar cambios del estado nutricional en el tiempo, entre individuos y entre poblaciones, y de una generación a otra, finalmente.

2.2.10. Causas de Desnutrición infantil

La desnutrición es una condición multifactorial que puede ser causada por diversos factores. Algunas de las principales causas incluyen: (Bhupathiraju, 2023)

- **Pobreza:** La falta de recursos económicos limita el acceso a alimentos nutritivos y suficientes.
- **Inseguridad alimentaria:** Situaciones de guerra, disturbios civiles y desastres naturales pueden interrumpir la producción y distribución de alimentos.
- **Sobrepoblación:** El rápido crecimiento de la población puede superar la capacidad de producción de alimentos, especialmente en áreas urbanas.
- **Condiciones inseguras de vivienda:** La falta de infraestructura adecuada puede limitar el acceso a alimentos seguros y a la higiene necesaria para una adecuada nutrición.
- **Enfermedades infecciosas:** Enfermedades como el VIH/SIDA, la tuberculosis y las infecciones intestinales pueden afectar la absorción de nutrientes y aumentar los requerimientos nutricionales del cuerpo.
- **Dieta inadecuada:** La ingestión insuficiente de calorías y proteínas, así como la falta de diversidad en la dieta, pueden conducir a la desnutrición.
- **Ignorancia y educación insuficiente:** La falta de conocimiento sobre la nutrición adecuada y la preparación de alimentos saludables puede contribuir a la desnutrición.

2.2.11. La Desnutrición está ligada a la pobreza

La desnutrición nace en la mayoría de las ocasiones, como consecuencia de una pobreza extrema sustentada en el alcoholismo, la ausencia de inserción laboral por falta de capacitación, esto entre innumerables condiciones, hacen que un niño no logre un normal crecimiento y desarrollo.

2.2.12. Síntomas de la Desnutrición

Los síntomas de desnutrición varían de acuerdo con cada tipo de desnutrición, entre estos podemos mencionar: fatiga, mareo, pérdida de peso y disminución de la respuesta inmune. También es el resultado de una dieta deficiente en minerales, vitaminas y nutrientes vitales. A

largo plazo o incluso en un corto plazo esto puede conducir debilidad severa y daños en las funciones vitales del cuerpo. (Medlineplus, 2023)

Los síntomas de la desnutrición varían según la causa y la gravedad de la condición. Algunos de los síntomas más comunes incluyen: (Medlineplus, 2023)

- **Cansancio y fatiga:** La falta de nutrientes esenciales afecta la energía y el bienestar general del individuo.
- **Pérdida de peso:** La reducción del peso corporal es uno de los signos más evidentes de desnutrición.
- **Mareo:** La insuficiencia de nutrientes puede causar mareos frecuentes.
- **Inapetencia:** La falta de interés en comer puede agravar aún más la desnutrición.
- **Irritabilidad y apatía:** Cambios en el comportamiento, como irritabilidad y apatía, son comunes en personas desnutridas.
- **Diarrea:** La desnutrición puede debilitar el sistema digestivo, provocando diarrea.
- **Frío permanente:** La falta de grasa corporal puede llevar a una sensación constante de frío.
- **Estupor:** En casos graves, la desnutrición puede causar un estado de falta de respuesta o estupor.

2.2.13. Consecuencias de la Desnutrición

La desnutrición trae como consecuencia niños de baja estatura, débiles, de bajo peso y muy enfermizos, tienen problemas en el aprendizaje y la capacidad intelectual. En la edad adulta tienen mayor posibilidad de ser obesos, también las madres que no han tenido una buena alimentación conciben niños desnutridos y las madres anémicas tienen mayor riesgo de tener problemas en el parto y que sus hijos sean de peso bajo. (Iglesias, 2020)

La desnutrición tiene numerosas consecuencias graves que afectan tanto la salud física como mental de los individuos. Algunas de las principales consecuencias incluyen: (Iglesias, 2020)

- **Aumento de la morbi-mortalidad:** La desnutrición está implicada en un mayor riesgo de enfermedades y muerte, especialmente en poblaciones vulnerables como niños y ancianos.

- **Deterioro funcional:** La desnutrición puede causar un deterioro funcional significativo, afectando la capacidad de realizar actividades diarias y reduciendo la calidad de vida.
- **Problemas inmunológicos:** La falta de nutrientes esenciales debilita el sistema inmunológico, aumentando la susceptibilidad a infecciones y enfermedades.
- **Problemas cognitivos:** La desnutrición puede afectar el desarrollo cognitivo, especialmente en niños, lo que puede tener efectos duraderos en el aprendizaje y el desarrollo intelectual.
- **Complicaciones metabólicas:** La desnutrición crónica puede conducir a problemas metabólicos, incluyendo disfunción hepática y otras complicaciones metabólicas.
- **Problemas cardiovasculares:** La falta de nutrientes puede afectar la salud cardiovascular, aumentando el riesgo de enfermedades cardíacas y circulatorias .
- **Desarrollo físico deficiente:** En niños, la desnutrición puede llevar a un crecimiento y desarrollo físico inadecuados, afectando el peso y la altura en comparación con los estándares normales.

2.2.14. Factores que conllevan a la Desnutrición

La desnutrición es una condición compleja influenciada por una variedad de factores socioeconómicos, ambientales y de salud. A continuación, se detallan algunos de los principales factores que contribuyen a la desnutrición (Bhupathiraju, 2023)

- **Pobreza:** La falta de recursos económicos limita el acceso a alimentos nutritivos y a servicios de salud adecuados, lo que aumenta la vulnerabilidad a la desnutrición.
- **Bajo nivel educativo de las madres:** La educación materna está estrechamente relacionada con el conocimiento y las prácticas de alimentación y cuidado infantil. Un bajo nivel educativo puede resultar en una menor comprensión de las necesidades nutricionales de los niños.
- **Inseguridad alimentaria:** La disponibilidad y el acceso a alimentos suficientes y nutritivos son cruciales. Situaciones como la guerra, disturbios civiles y desastres naturales pueden interrumpir estos suministros.

- **Enfermedades infecciosas:** Infecciones como el VIH/SIDA, tuberculosis y diarreas recurrentes pueden afectar la absorción de nutrientes y aumentar las necesidades energéticas del cuerpo, contribuyendo a la desnutrición.
- **Factores socioeconómicos:** La edad, el sexo, la etnia indígena y la escolaridad del niño, así como el índice de masa corporal de la madre, son factores que también influyen significativamente en la desnutrición infantil.
- **Entorno y condiciones de vida:** La falta de infraestructura adecuada y condiciones de vivienda seguras puede limitar el acceso a alimentos y agua limpia, así como a servicios de salud, exacerbando el riesgo de desnutrición.

2.2.15. Hábitos Alimenticios

Los hábitos alimenticios implican ciertos hábitos por lo tanto se conserva por ser útil, cómodo y agradable, llegando a ser agradable a la vida de un ser humano.

Los hábitos alimentarios son la elección de la cantidad, calidad y la forma de preparación de los alimentos que consume un individuo (Borgues, 2005)

2.2.16. Comienzo de los Hábitos Alimenticios

Los hábitos alimentarios están influenciados por diversas variables, tales como las que se describen a continuación.

Transmisión Genética: El niño desarrolla respuestas con forme pasa el tiempo, salvo la afición innata por el dulce y la aversión al sabor amargo.

Factores Culturales: El entorno cultural es de gran impacto sobre el niño ya que adquiere experiencias del medio en el que se desarrolla, el comportamiento innato con relación a los gustos elementales se convierte en una conducta integrada en el ámbito cotidiano y se presta a utilizarse en las relaciones afectivas y sociales.

Factores familiares: La familia debe crear un ambiente alimentario que sea beneficioso para el niño, desde el punto de vista afectivo y físico, no causar temor al niño durante la alimentación.

Fobias alimentarias: El niño puede hacer resistencia a ciertos alimentos poco común en la mesa del hogar ya que son poco frecuentes, de tal forma se recomienda que sean consumidos por toda la familia

2.2.17. Educación de los Hábitos Alimenticios

Menciona que a partir del año de edad el niño ya se integra a la mesa familiar de esta forma ya adquiere buenos hábitos alimenticios por tal motivo se recomienda que los padres pongan en práctica estas recomendaciones de mantener una buena práctica alimenticia.

Tomando en cuenta que una buena nutrición es necesaria para el correcto crecimiento y desarrollo del niño (Montes, 2008)

2.2.18. Alimentación durante el período de la lactancia

Se ha observado que la nutrición de la madre determina la condición nutricional de su hijo. Asimismo, su estado nutricional está condicionado por la cantidad de reservas tisulares, es decir por el estado nutricional previo al embarazo, así como, por el nivel de ingesta durante el mismo y durante la lactancia.

Madres con estado nutricional normal pueden producir alrededor de 400ml de leche por día las primeras semanas después del parto, incrementándose hasta 800 ml. por día entre las 6 y 8 semanas. Mientras que madres con déficit nutricional o bajo nivel de vida, producen menor cantidad, aproximadamente 200 a 250 ml. menos. Esta diferencia puede deberse en parte a que hijos de madres con desnutrición presentan bajo peso de nacimiento y la menor capacidad de succión de estos niños se correlaciona con el volumen de leche materna. En cambio, la desnutrición marginal no afecta claramente el volumen de la leche materna.

2.2.19. Necesidades de energía y nutrientes

Durante la lactancia las necesidades nutricionales (energía, proteínas, vitaminas y minerales) de las madres están incrementadas.

La energía debe cubrir el contenido energético de la leche secretada más la energía requerida para producirla. Las necesidades varían ampliamente de acuerdo, entre otros, a la edad de la madre y la actividad que realiza.

Energía

El costo energético de la lactancia en los seis primeros meses ha sido calculado en 135.000Kcal. Considerando: una producción diaria de leche en promedio de 850ml., un contenido energético por 1ml en promedio de 0.65 a 0.70 de Kcal de leche y una eficiencia de conversión de energía dietética en energía láctea de 80%., la mujer en período de lactancia necesita ingerir 500Kcal. adicionales por día.

Madres con una ingesta adecuada de alimentos durante el embarazo acumulan aproximadamente 4Kg. de grasa, implicando esto una reserva de 36.000Kcal disponibles para la lactancia. Por tanto, las necesidades energéticas adicionales durante los seis primeros meses de lactancia son 100.000Kcal., o sea 550Kcal diarias. Las necesidades durante este periodo y los posteriores tendrán que reajustarse según las reservas maternas de grasa y los tipos de actividad.

Proteínas

La cantidad de proteínas necesaria durante la lactancia se estima considerando 850 ml de leche producida (con un coeficiente de variación de 12.5%), el contenido de 1.2g. de proteína en 100ml de leche materna y la eficiencia de conversión de proteína dietética en proteína láctea de 70%. Por ello, se recomienda una dosis inocua de proteínas suplementarias de 16 g/día durante los seis primeros meses de lactancia, 12 g/día los segundos seis meses y 11g/día después del año de lactancia.

Minerales y Vitaminas

Las necesidades adicionales son estimadas en base a:

- Las variaciones en el recambio de nutrientes debidas a alteraciones en el estado Endócrino.
- Las debidas a la transferencia de nutrientes a la leche materna y la eficiencia de transferencia.

Calcio

Durante la lactancia se necesitan aproximadamente de 1.200mg/día adicionales para compensar la cantidad de calcio excretada en la leche materna que es de 28 mg por 100ml.

Hierro

La pérdida de hierro en la leche materna es mínima (15mg./día). Estas pérdidas por lo general son compensadas parcialmente por el retraso en el retorno de la menstruación. Sin embargo, considerando que la biodisponibilidad del hierro proveniente del tipo de alimentación consumida por nuestra población es baja, es conveniente suplementar para evitar otras deficiencias y más aún cuando la madre no alcanzó adecuado depósito de hierro.

Yodo

El yodo es un oligoelemento esencial para la síntesis de la hormona tiroidea, un incremento de yodo durante el embarazo y la lactancia es necesario debido a las pérdidas a través de la placenta, riñones y glándulas mamarias. Durante la lactancia se recomienda una ingesta promedio de 200µg/día.

Vitaminas

Las necesidades vitamínicas en la lactancia también se deducen por el contenido vitamínico de la leche por lo que algunas vitaminas especialmente A, C y D deben suplementarse para mantener los depósitos maternos y compensar las cantidades secretadas en la leche.

Agua

En cuanto a la ingesta de líquidos no hay evidencia que el aumento de líquidos impacte positivamente en el volumen de la leche materna producida. Cuando la ingesta de líquido es insuficiente se concentrará la orina y la madre sentirá sed. Las mujeres deberían beber cantidades suficientes de líquidos (2000cc) como mínimo adicionales a sus comidas para satisfacer la sed y mantener la orina diluida.

2.2.20. Categorización de la variable a través de la Escala de Stanones

La categorización es definida como la conversión de una variable cuantitativa en una cualitativa ordinal. La *Escala de Stanones* ayuda a este proceso y es utilizada en el campo de la investigación para organizar los sujetos de estudio en tres agrupaciones. Es un sistema por lo cual es una fórmula que admite comprender los intervalos (puntos de corte) en función de puntajes conseguidos en la medición de una variable, ya sea en forma global o por dimensiones.

Cuadro 1. *Variable de la Escala de Stanones*

Nivel de Conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Alto (70 a 100 puntos)	6	20%
Medio (50 a 69 puntos)	18	60%
Bajo (10 a 49 puntos)	6	20%
Total	30	100%

Fuente: Evaluación del nivel de conocimiento a través de la variable Escala de Stanones.

El cuestionario se estructuró a partir de los objetivos del estudio, teniendo en cuenta el análisis documental y los resultados de la encuesta. Las preguntas 10,11,12 del cuestionario fueron consideradas con un valor de 20 puntos. Y las preguntas 13,14,15 y 16 están valoradas en 10 puntos cada pregunta.

2.3. Marco Legal

2.3.1. Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia

Artículo 16 I. Toda persona tiene derecho al agua y a la alimentación. II. El Estado tiene la obligación de garantizar la seguridad alimentaria a través de una alimentación sana, adecuada y suficiente para toda la población, Nutrición una buena alimentación ayudara a su crecimiento, y a tener buena salud. Es importante que ellos conozcan las propiedades de cada uno de los alimentos, Ejercicios físicos. Es importante también la actividad física para los niños todos los días o por lo menos tres veces a la semana. Realizar algún deporte o simplemente realizar los entrenamientos de las clases de educación física, La salud dental es otro punto importante una buena higiene oral es esencial para una vida sana. La importancia del cuidado de los dientes y discute los alimentos que son buenos y malos para ellos. Ilustra la importancia de cepillarse los dientes, Lavado de manos. Lavarse las manos es importante para prevenir la propagación de gérmenes. (CPE,2013)

Artículo 35 I. El Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios públicos. II. El sistema de salud es único e incluye a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.

Artículo 36 I. El Estado garantizará el acceso al seguro universal de salud. II. El Estado controlará el ejercicio de los servicios públicos y privados de salud, y lo regulará mediante la ley.

Artículo 37 El Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

Artículo 38 I. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado, y no podrán ser privatizados ni 10 concesionados. II. Los servicios de salud serán prestados de forma ininterrumpida.

Artículo 39 I. El Estado garantizará el servicio de salud público y reconoce el servicio de salud privado; regulará y vigilará la atención de calidad a través de auditorías médicas sostenibles que evalúen el trabajo de su personal, la infraestructura y el equipamiento, de acuerdo con la ley. II. La ley sancionará las acciones u omisiones negligentes en el ejercicio de la práctica médica.

Artículo 40 El Estado garantizará la participación de la población organizada en la toma de decisiones, y en la gestión de todo el sistema público de salud.

Artículo 41 I. El Estado garantizará el acceso de la población a los medicamentos. II. El Estado priorizará los medicamentos genéricos a través del fomento de su producción interna y, en su caso, determinará su importación. III. El derecho a acceder a los medicamentos no podrá ser restringido por los derechos de propiedad intelectual y comercialización, y contemplará estándares de calidad y primera generación.

Artículo 42 I. Es responsabilidad del Estado promover y garantizar el respeto, uso, investigación y práctica de la medicina tradicional, rescatando los conocimientos y prácticas ancestrales desde el pensamiento y valores de todas las naciones y pueblos indígena originario campesinos. II.

La promoción de la medicina tradicional incorporará el registro de medicamentos naturales y de sus principios activos, así como la protección de su conocimiento como propiedad intelectual, histórica, cultural, y como patrimonio de las naciones y pueblos indígena originario campesinos. III. La ley regulará el ejercicio de la medicina tradicional y garantizará la calidad de su servicio.

Artículo 43 La ley regulará las donaciones o trasplantes de células, tejidos u órganos bajo los principios de humanidad, solidaridad, oportunidad, gratuidad y eficiencia.

Artículo 44 I. Ninguna persona será sometida a intervención quirúrgica, examen médico o de laboratorio sin su consentimiento o el de terceros legalmente autorizados, salvo peligro inminente de su vida. II. Ninguna persona será sometida a experimentos científicos sin su consentimiento.

Artículo 45 I. Todas las bolivianas y los bolivianos tienen derecho a la seguridad social con carácter gratuito. II. La seguridad social se presta bajo los principios de universalidad, integralidad, equidad, solidaridad, unidad de gestión, economía, oportunidad, interculturalidad y eficacia. Su dirección y administración corresponde al Estado, con control y participación social. 11 III. El régimen de seguridad social cubre atención por enfermedad, epidemias y enfermedades catastróficas; maternidad y paternidad; riesgos profesionales, laborales y riesgos por labores de campo; discapacidad y necesidades especiales; desempleo y pérdida de empleo; orfandad, invalidez, viudez, vejez y muerte; vivienda, asignaciones familiares y otras previsiones sociales. IV. El Estado garantiza el derecho a la jubilación, con carácter universal, solidario y equitativo. V. Las mujeres tienen derecho a la maternidad segura, con una visión y práctica intercultural; gozarán de especial asistencia y protección del Estado durante el embarazo, parto y en los periodos prenatales y posnatal. VI. Los servicios de seguridad social pública no podrán ser privatizados ni concesionados.

2.3.2. Ley N° 1152 Sistema Único de Salud Bolivia

ARTÍCULO 1. (OBJETO).

La presente Ley tiene por objeto modificar la Ley N° 475 de 30 de diciembre de 2013, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, modificada por Ley N° 1069 de 28 de mayo de 2018, para ampliar la población beneficiaria que no se encuentra cubierta por la Seguridad Social de Corto Plazo, con atención gratuita de salud, en avance hacia un Sistema Único de Salud, Universal y Gratuito. (Ley N° 1152 , 2019)

ARTÍCULO 2. (PRINCIPIOS). La presente Ley se rige por los siguientes principios:

- 1. Eficacia.** Dar una respuesta efectiva a los problemas de salud o situaciones que inciden sobre el bienestar de una población y sus individuos e implica la satisfacción de los pacientes, la familia y la localidad con estos servicios.
- 2. Equidad.** Es el esfuerzo colectivo, social e institucional, para eliminar las desigualdades injustas y evitables en salud, según la diversidad de capacidades y necesidades.
- 3. Gratuidad.** La atención en salud es otorgada sin ningún pago directo de los usuarios en el lugar y momento de la atención.
- 4. Integralidad.** Es la atención de la salud como un conjunto articulado y continuo de acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación.
- 5. Interculturalidad.** Es el desarrollo de procesos de articulación y complementariedad entre diferentes medicinas: biomédica, indígena originaria campesina y otras, a partir del diálogo, aceptación, reconocimiento y valoración mutua de sentires, conocimientos y prácticas, con el fin de actuar de manera equilibrada en la solución de los problemas de salud.
- 6. Interculturalidad.** Es la recuperación, fortalecimiento y revitalización de la identidad cultural de las naciones y pueblos indígena originario campesinos y afro bolivianos con respecto a la salud.

7. Intersectorialidad. Es la intervención coordinada entre los sectores del Estado y con la población organizada, con el fin de actuar sobre las determinantes económicas y sociales que afecten o inciden en la salud, con base en alianzas estratégicas y programáticas.

8. Oportunidad. Los servicios de salud se brindan en el momento y circunstancias que la persona, familia y localidad los necesiten, sin generar demoras ni postergaciones innecesarias que pudiesen ocasionar perjuicios, complicaciones o daños.

9. Preeminencia de las Personas. Es la prioridad que se da al bienestar y a la dignidad de las personas y localidades sobre cualquier otra consideración en la interpretación de las normas que desarrollen o afecten el derecho fundamental a la salud.

10. Progresividad. Es la implementación gradual y progresiva de los servicios de salud que se prestan en el Sistema Único de Salud Universal y Gratuito.

11. Solidaridad. Es la concepción de la localidad boliviana arraigada y unida, como una sola familia, expresada permanentemente en la mutua cooperación y complementación éntrelas personas, géneros y generaciones, sectores económicos, regiones y localidades, para alcanzar el ejercicio universal del derecho a la salud y el Vivir Bien.

12. Universalidad. Todos los titulares del derecho a la salud deben tener la misma oportunidad de mantener y recuperar su salud mediante el acceso equitativo a los servicios que el Estado Plurinacional de Bolivia pueda ofrecer, incluyendo el Sistema Único de Salud, Universal y Gratuito, sin ninguna discriminación étnica, racial, social, económica, religiosa, política, de edad o género.

2.3.3. Programa Desnutrición Cero

El año 2007, bajo el liderazgo del presidente Morales se decidió el cambio del Programa de Desnutrición Cero, al Programa Multisectorial de Desnutrición Cero (PMDC). El objetivo general del PMDC es la erradicación de la desnutrición crónica y aguda en los menores de cinco años con énfasis en los menores de dos años de edad.

El Programa Sectorial de Desnutrición Cero (PDC), es una instancia de organización que forma parte de la estructura del Programa Multisectorial Desnutrición Cero (MSD) y tiene la característica de ser común en cuanto a los objetivos que persigue, pero transversal en cuanto a su ejecución, pues intervienen distintas unidades e instituciones, tanto a nivel central como departamental y municipal. El Programa Multisectorial Desnutrición Cero fue implementado en el país bajo la responsabilidad política e intersectorial del Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición (CONAN), cuya Secretaría Técnica se encuentra a cargo del Ministerio de Salud y Deportes. (El Diario, 2023)

El Programa Sectorial de Desnutrición Cero se ha planteado como Objetivo General, el de mejorar la salud integral de los niños y niñas menores de cinco años, mujeres embarazadas y en período de lactancia, contribuyendo así a erradicar la desnutrición en los niños y niñas menores de dos años en Bolivia. Los resultados que pretende lograr son cuatro:

Resultado 1: Fortalecer la participación comunitaria, mediante las redes sociales y actores sociales, en la promoción de hábitos y prácticas nutricionales de mujeres, recién nacidos y niños/niñas menores de cinco años, con interculturalidad.

Resultado 2: Disminuir en la población las deficiencias nutricionales de micronutrientes, aplicando estrategias de suplementación, fortificación y alimentos complementarios.

Resultado 3: Fortalecer la capacidad de gestión a nivel nacional, departamental y de las redes de salud en cuanto a la atención integral, nutricional y enfermedades prevalentes de mujeres, recién nacidos y niños/niñas menores de cinco años.

Resultado 4: Fortalecer la capacidad de vigilancia nutricional a nivel nacional, departamental, de redes de salud y de la localidad.

2.3.4. Seguridad y Soberanía Alimentaria

La Seguridad Alimentaria y la Soberanía Alimentaria, son categorías absolutamente diferentes tanto en su origen como por sus objetivos; la Soberanía Alimentaria es el derecho de los pueblos, localidades y países a definir sus propias políticas alimentarias que sean ecológica, social, económica y culturalmente apropiadas a sus circunstancias, reclamando la alimentación como un derecho.

Por su parte, para la FAO, existe Seguridad Alimentaria cuando las personas tienen en todo momento el acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimentarias, concepto ligado al libre mercado; de esta manera, si las familias no cuentan con acceso económico a los alimentos, simplemente, no comen. En el discurso del poder prevalece el concepto de Seguridad Alimentaria como la panacea para acabar con el hambre en el mundo (Gordillo, 2013)

CAPITULO III.

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Operacionalizacion de Varibales

Variable	Dimensión	Indicador	Ítem
Incidencia de Desnutrición Aguda en niños de 6 meses a menores de 2 años	Edad	Menos de 1 año	Pregunta 1
		De 1 a 2 años	
		Más de 3 años	
	Genero	Masculino	Pregunta 2
		Femenino	
	Los meses atendidos por meses	Abril	Pregunta 3
		Mayo	
		Junio	
	El número de casos registrados	Repetidos	Pregunta 4
		Nuevos	
		Recuperados	
	Estado nutricional actual	Bueno	Pregunta 5
		Malo	
		Regular	

3.2. Enfoque de Investigacion

Los estudios cuantitativos pretenden la explicación de una realidad social vista desde una perspectiva externa y objetiva, su intención en buscar la exactitud de mediciones o indicadores sociales con el fin de generalizar sus resultados de la población (Galeano, 2004)

La investigación se caracteriza por el enfoque cuantitativo, donde se realizó la recolección de datos estadísticos, mediante la aplicación de encuesta, sobre el conocimiento que tienen las Madres sobre los micronutrientes que se dan para el tratamiento de la Desnutrición Aguda en niños de 6 meses a menores de 2 años atendidos en el Puesto de Salud Conquista durante los meses de Abril a Junio del 2025.

3.3. Tipo de Investigacion

3.3.1. Descriptivo

Tipo de investigación que tiene como objetivo principal describir y caracterizar de manera precisa y sistemática una situación, fenómeno o grupo de interés. El propósito es presentar información detallada sobre las características, comportamientos, distribuciones y relaciones de las variables sin intervenir en su manipulación o control (Hernández-Sampieri, 2010)

El tipo de investigación que se realizó, será de carácter descriptivo, además utilizará el estudio causal, se estudió, sobre el conocimiento que tienen las Madres sobre los micronutrientes que se dan para el tratamiento de la Desnutrición Aguda en niños de 6 meses a menores de 2 años atendidos en el Puesto de Salud Conquista durante los meses de Abril a Junio del 2025.

3.3.2. Transversal

Se caracteriza por recolectar datos en un solo momento o periodo de tiempo. Este enfoque se utiliza para examinar y describir una muestra de participantes o una población en un momento específico, sin seguimiento a lo largo del tiempo (Hernández-Sampieri, 2010)

El estudio se recolecto, los datos en un solo momento, de los meses de Abril a Junio del 2025.

3.4. Metodos de Investigacion

3.4.1. Métodos Logísticos o teóricos

El método inductivo en el estudio, permitió razonar la información, referente al objeto de estudio, la cual fue extraída a través de la técnica de encuesta con el propósito de llegar a conclusiones y premisas generales enfocadas a la idea o tema de investigación (Osinaga, 2008).

En el estudio se aplicó la exploración teórica de las fuentes secundarias y terciarias de la búsqueda de información bibliográfica para sustentar la fundamentación teórica sobre el conocimiento que tienen las Madres sobre los micronutrientes que se dan para el tratamiento de la Desnutrición Aguda en niños de 6 meses a menores de 2 años atendidos en el Puesto de Salud Conquista durante los meses de Abril a Junio del 2025.

3.4.2. Métodos Empíricos

“El método empírico consiste en observar, medir y experimentar la realidad que queremos conocer”. (Delsol, 2023)

El método empírico en el estudio que se aplicó, para la recolección de datos sobre el conocimiento que tienen las Madres sobre los micronutrientes que se dan para el tratamiento de Desnutrición Aguda en niños de 6 meses a menores de 2 años que son atendidos en el Puesto de Salud Conquista durante los meses de Abril a Junio del 2025.

3.5. Poblacion y Muestra

3.5.1. Población

“La población es conjunto de personas que se desea conocer algo en una investigación, esto puede ser infinito o finito”. (Pineda, Alvarado, & Canales, 1994)

La población está constituida por **61 niños** de 6 meses a menores de 2 años registrados en el Puesto de Salud Conquista durante los meses de Abril a Junio del 2025 (SNIS, /Ve.2025.P.S.Conquista.)

3.5.2. Muestra

“Es un subconjunto o parte del universo o población en que se llevará a cabo la investigación y la muestra es una parte representativa de la población” (Tamayo, 2007).

La muestra en el estudio está conformada por **30 madres** de niños de 6 meses a 2 años que son atendidos en el Puesto de Salud Conquista durante los meses de Abril a Junio del 2025.

3.5.3. Tipo de muestreo

"Consiste en un conjunto de reglas, procedimientos y criterios mediante los cuales se selecciona un conjunto de elementos de una población que representan lo que sucede en toda esa población" (Mata & Macassi, 1997)

En el estudio de aplico el tipo de muestreo no probabilístico y es por conveniencia, que se tiene seleccionado a 30 madres de niños de 6 meses a menores de 2 años que son atendidos en el Puesto de Salud Conquista durante los meses de Abril a Junio del 2025.

3.6. Técnica e Instrumento

3.6.1. Técnicas de investigación

“La encuesta es un procedimiento que permite explorar cuestiones que hacen a la subjetividad y al mismo tiempo obtener esa información de un número considerable de personas”. (Grasso, 2006).

Las técnicas utilizadas en el presente trabajo fueron el registro y recopilación de datos a través de una **encuesta** aplicada a 30 madres de niños de 6 meses a menores de 2 años de la Comunidad de Conquista durante los meses de Abril a Junio del 2025.

3.6.2. Instrumento de investigación

El instrumento utilizado es un **cuestionario** con 21 preguntas de opción múltiple aplicada durante los meses de Abril a Junio del 2025.

3.7. Criterio de inclusión y exclusión

3.7.1. Criterio de inclusión

Madres de niños de 6 meses a menores de 2 años que viven en la Comunidad de Conquista del Municipio de Puerto Rico.

3.7.2. Criterio de exclusión

Madres de mayores a 2 años.

Las madres que no viven en la Comunidad de Conquista.

CAPITULO IV.

RESULTADOS

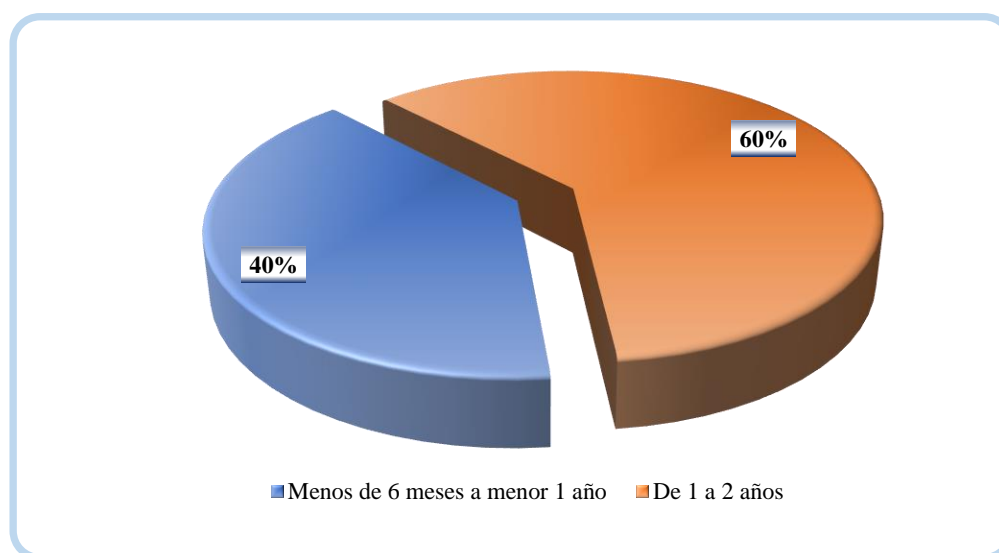
4.1. Resultados de Trabajo de campo

Tabla 1. *Edad de los niños que realizaron su control de crecimiento y desarrollo*

Edad de los niños	Frecuencia	%
Menos de 6 meses a menor 1 año	17	40%
De 1 a 2 años	26	60%
Total	43	100%

Fuente: Cuaderno de control de crecimiento y desarrollo del Puesto de Salud Conquista.

Gráfica 1. *Edad de los niños que realizan su seguimiento nutricional*



Fuente: Cuaderno de control de crecimiento y desarrollo del Puesto de Salud Conquista.

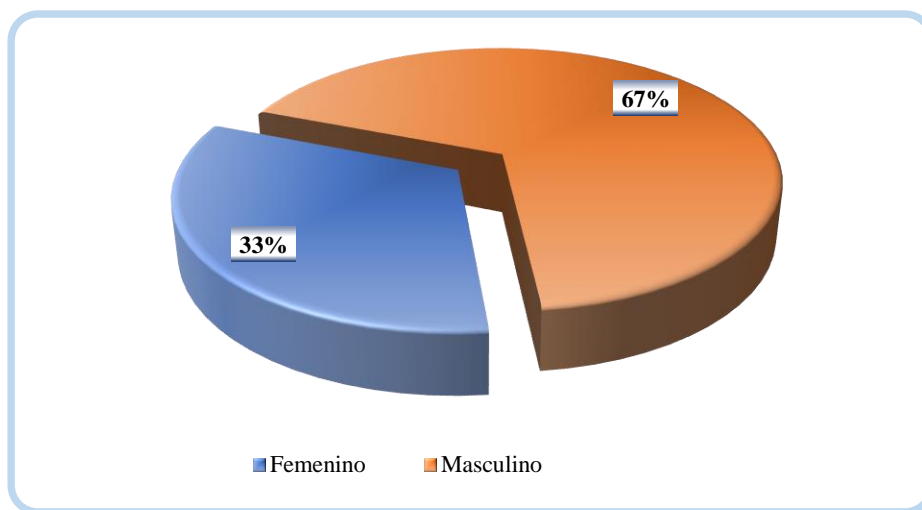
Análisis o interpretación: De los 43 niños que realizaron su control de crecimiento y desarrollo en el Puesto de Salud Conquista, la edad predominante es del 60% de los niños tiene menos de 6 meses de edad y el 40% restante tiene más de 1 a 2 a años.

Tabla 2. *Género de los niños que realizan su seguimiento nutricional*

Género de los niños	Frecuencia	%
Femenino	14	33%
Masculino	29	67%
Total	43	100%

Fuente: Cuaderno de control de crecimiento y desarrollo del Puesto de Salud Conquista.

Gráfica 2. Género de los niños que realizan su seguimiento nutricional



Fuente: Cuaderno de control de crecimiento y desarrollo del Puesto de Salud Conquista.

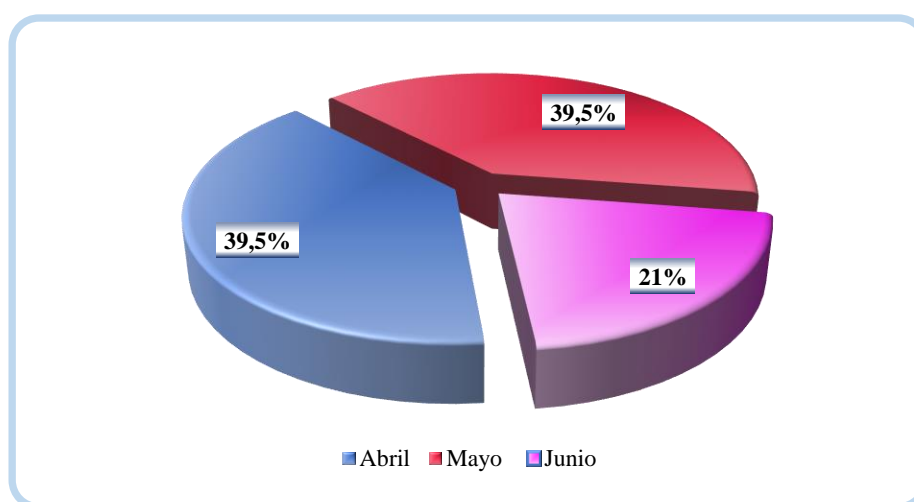
Análisis o interpretación: Referente al género de los niños que acuden a control de crecimiento y desarrollo en el Puesto de Salud Conquista, el 67% de los niños es de género masculino y el 33% es de género femenino.

Tabla 3. El número de niños que acudieron al Puesto de Salud Conquista por meses de abril a mayo

El número de niños que acudieron al Puesto de salud por meses	Frecuencia	%
Abril	17	39,5%
Mayo	17	39,5%
Junio	9	21%
Total	43	100%

Fuente: Cuaderno de control de crecimiento y desarrollo del Puesto de Salud Conquista.

Gráfica 3. El número de niños que acudieron al Puesto de Salud por meses de abril a mayo



Fuente: Cuaderno de control de crecimiento y desarrollo del Puesto de Salud Conquista

Análisis o interpretación: Con respecto al número de niños que acudieron al Puesto de Salud por meses, el 39,5% de los niños acudió en el mes de abril, el 39,5% el mes de mayo, el 21% el mes de junio.

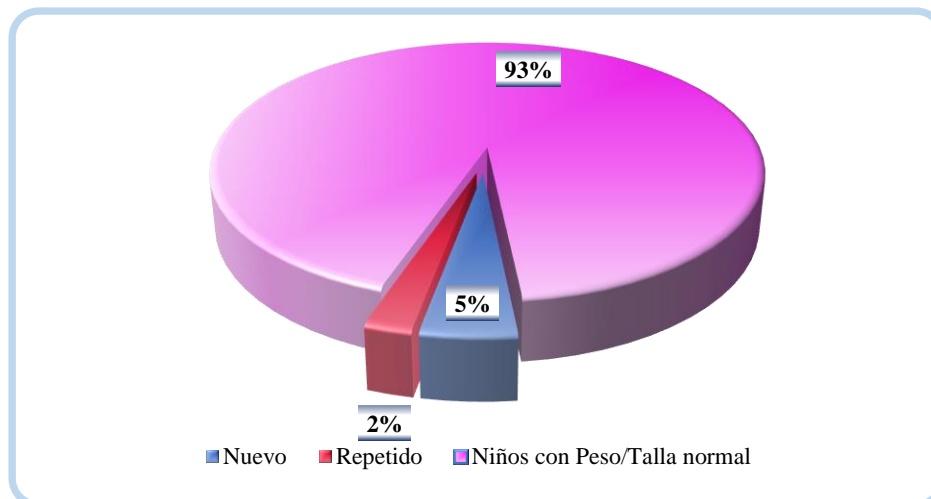
Tabla 4. Número de casos registrados con Desnutrición Aguda en niños menores de 2 años.

Número de casos de Desnutrición Aguda	Frecuencia	%
Nuevo	2	5%
Repetido	1	2%
Niños con Peso/Talla normal	40	93%

Total	43	100%
--------------	-----------	-------------

Fuente: Cuaderno de control de crecimiento y desarrollo del Puesto de Salud Conquista.

Gráfica 4. N° de casos registrados con Desnutrición Aguda en niños menores de 2 años.



Fuente: Cuaderno de control de crecimiento y desarrollo del Puesto de Salud Conquista.

Análisis o interpretación: Referente al número de casos registrados con Desnutrición Aguda, el 93 % de los niños reporto Peso/Talla normal, 5% son casos nuevos de Desnutrición y el 1% son pacientes repetidos.

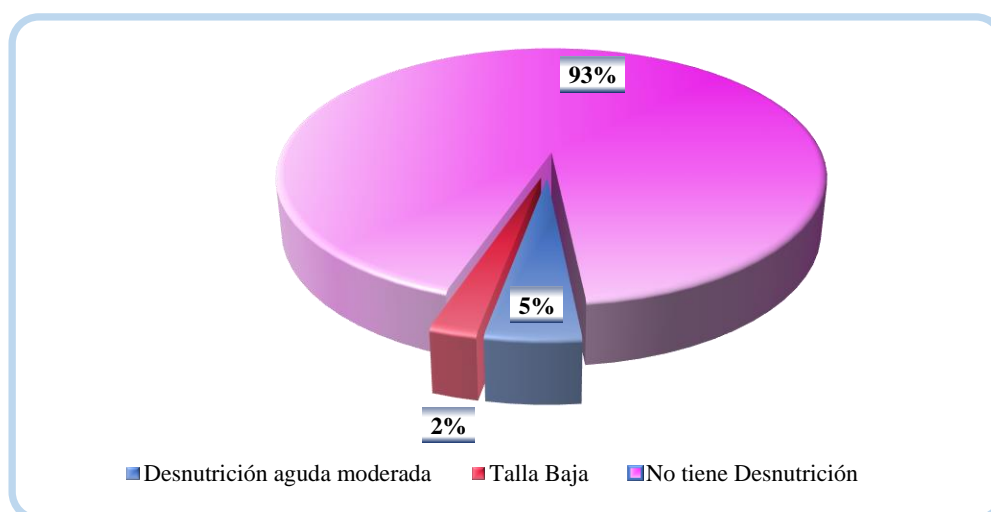
Tabla 5. Clasificación de la Desnutrición Aguda de los niños/as menores de 2 años

Clasificación de la Desnutrición Aguda	Frecuencia	%
---	-------------------	----------

Desnutrición aguda moderada	2	5%
Talla Baja	1	2%
No tiene Desnutrición	40	93%
Total	43	100%

Fuente: Cuaderno de control de crecimiento y desarrollo del Puesto de Salud Conquista.

Gráfica 5. Clasificación de la Desnutrición Aguda de los niños/as menores de 2 años.



Fuente: Cuaderno de control de crecimiento y desarrollo del Puesto de Salud Conquista.

Análisis o interpretación: Referente al tipo de desnutrición, el 93% de los niños reporto Peso/Talla normal, 5% son casos nuevos de Desnutrición Aguda moderada y el 1% tiene talla baja.

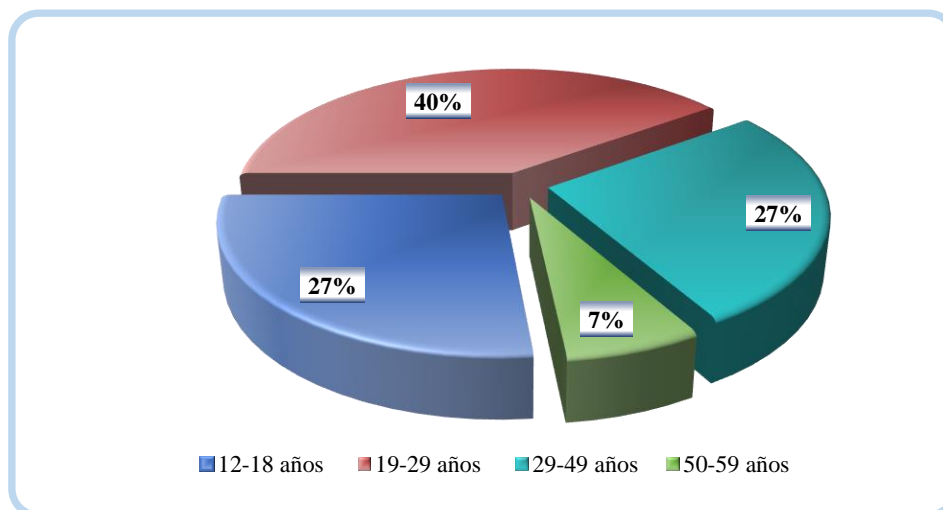
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS DE LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 6 MESES A MENORES DE 2 AÑOS

Tabla 6. Grupo Etareo de las Madres de niños menores de 6 meses a menores de 2 años encuestadas en la comunidad de Conquista del Municipio de Puerto Rico en los meses de abril a Junio 2025

Edad de las Madres	Frecuencia	%
12-18 años	8	27%
19-29 años	12	46%
29-49 años	8	27%
50-59 años	2	7%
Total	30	100%

Fuente: Resultados de la encuesta aplicada.

Gráfica 6. Porcentaje de grupo Etareo de las Madres de niños menores de 6 meses a menores de 2 años encuestadas en la comunidad de Conquista del Municipio de Puerto Rico en los meses de abril a Junio 2025



Fuente: Resultados de la encuesta aplicada

Interpretación:

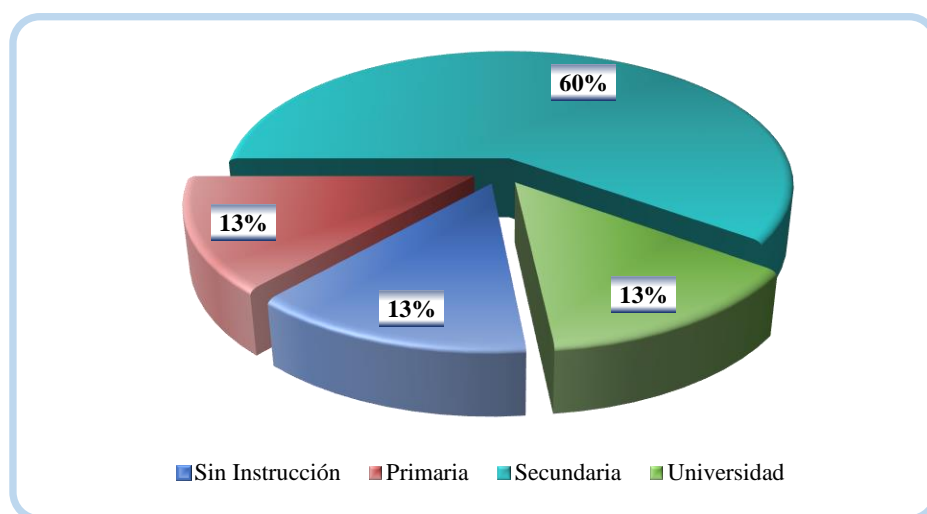
En relación grupo etario, el 40% tiene de 19 a 29 años, 27% de 12 a 18 años, 27% de 29 a 49 años y 7% de 50 a 59 años.

Tabla 7. *Grado de instrucción de las Madres de niños menores de 6 meses a menores de 2 años encuestadas en la comunidad de Conquista del Municipio de Puerto Rico en los meses de abril a Junio 2025*

Grado de Instrucción de las Madres	Frecuencia	%
Sin Instrucción	4	13%
Primaria	4	13%
Secundaria	18	60%
Universidad	4	13%
Total	0	100%

Fuente: Resultados de la encuesta aplicada

Gráfica 7. *Porcentaje de Grado de instrucción de las Madres de niños menores de 6 meses a menores de 2 años encuestadas en la comunidad de Conquista del Municipio de Puerto Rico en los meses de abril a Junio 2025*



Fuente: Resultados de la encuesta aplicada

Interpretación:

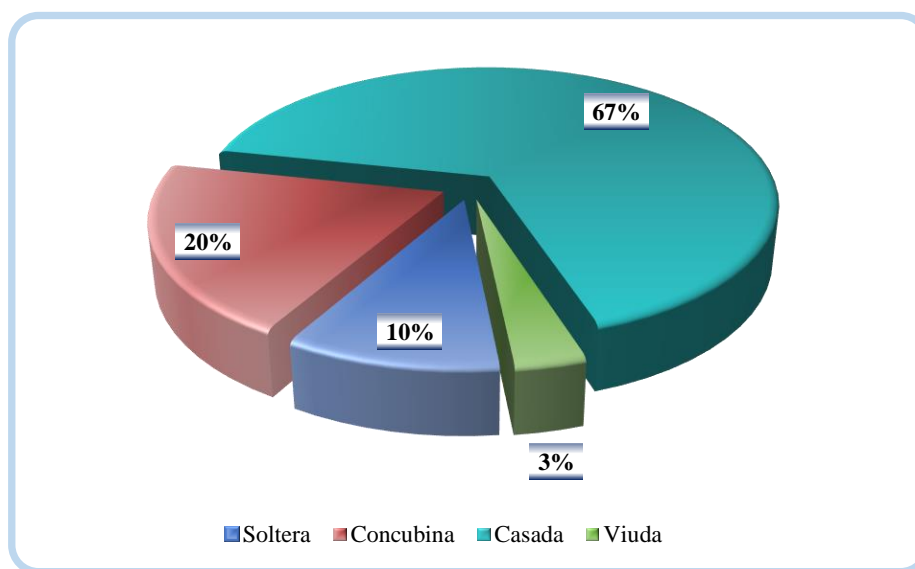
En relación al Nivel de Instrucción, el 60% estudio Secundaria, 13% Primaria, 13% Sin Instrucción y 13% Universidad.

Tabla 8. Estado civil de las Madres de niños menores de 6 meses a menores de 2 años encuestadas en la comunidad de Conquista del Municipio de Puerto Rico en los meses de abril a Junio 2025

Grado de Instrucción de las Madres	Frecuencia	%
Soltera	3	10%
Concubina	6	20%
Casada	20	67%
Viuda	1	3%
Total	30	100%

Fuente: Resultados de la encuesta aplicada

Gráfica 8. Porcentaje de Estado civil de las Madres de niños menores de 6 meses a menores de 2 años encuestadas en la comunidad de Conquista del Municipio de Puerto Rico en los meses de abril a Junio 2025.



Fuente: Resultados de la encuesta aplicada

Interpretación:

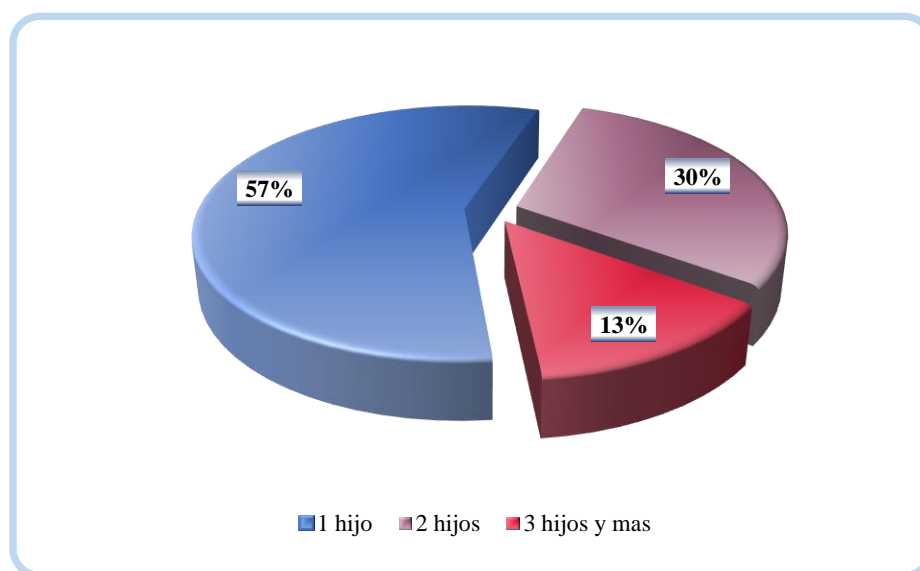
En relación al Estado civil, el 67% esta casada, 20% concubina, 10% soltera y 3% viuda.

Tabla 9. *N° de Hijos menores de 5 años que tienen las Madres de niños menores de 6 meses a menores de 2 años encuestadas en la comunidad de Conquista del Municipio de Puerto Rico en los meses de abril a Junio 2025*

N° Hijos menores de 2 años que tienen las Madres	Frecuencia	%
1 hijo	17	57%
2 hijos	9	30%
3 hijos y mas	4	13%
Total	30	100%

Fuente: Resultados de la encuesta aplicada

Gráfica 9. *Porcentaje de Hijos menores de 5 años que tienen las Madres de niños menores de 6 meses a menores de 2 años encuestadas en la comunidad de Conquista del Municipio de Puerto Rico en los meses de abril a Junio 2025.*



Fuente: Resultados de la encuesta aplicada

Interpretación:

En relación al N° de hijos menores de 5 años que tienen las Madres encuestadas, el 57% tiene 1 hijo, el 30% indica que tiene 2 hijos y el 13% tiene 3 hijos y más.

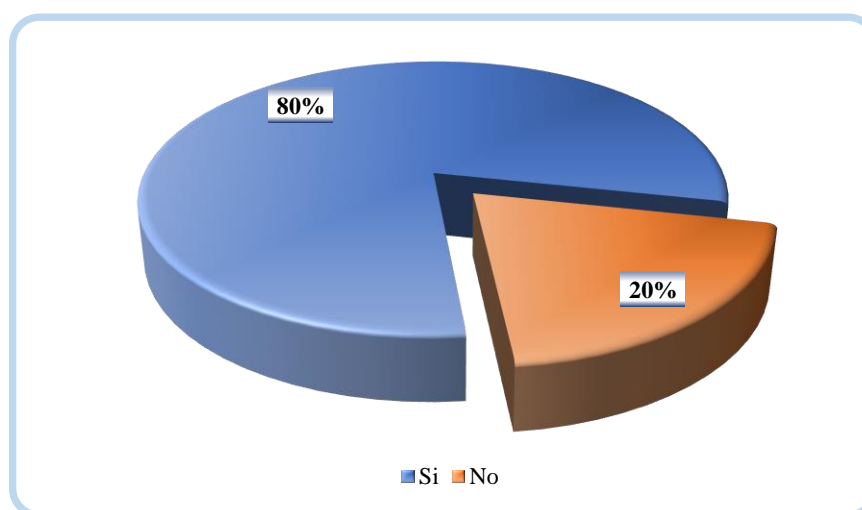
Conocimiento de las Madres de Niños de 6 meses a menores de 2 años sobre los Micronutrientes:

Tabla 10. N° de niños menores de 5 años de las Madres encuestadas que conocen la Vitamina A en la comunidad de Conquista del Municipio de Puerto Rico en los meses de abril a mayo 2025

Conoce la Vitamina A	Frecuencia	%
Si	24	80%
No	6	20%
Total	30	100%

Fuente: Resultados de la encuesta aplicada

Gráfica 10. Porcentaje de niños menores de 5 años de las Madres encuestadas que conocen la Vitamina A en la comunidad de Conquista del Municipio de Puerto Rico en los meses de abril a mayo 2025.



Fuente: Resultados de la encuesta aplicada

Interpretación:

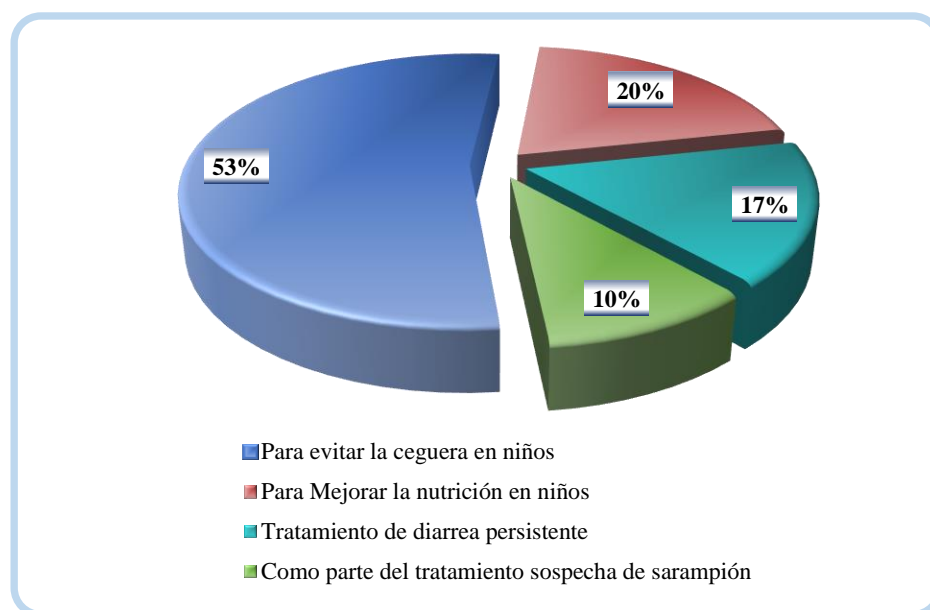
En relación al conocimiento que tienen las madres sobre la vitamina A: el 80% si conoce, y 20% no conoce.

Tabla 11. N° de Madres encuestadas que tienen Conocimiento de la función de la Vitamina A en la comunidad de Conquista del Municipio de Puerto Rico en los meses de abril a junio 2025

Conocimiento de las Madres de la función de la Vitamina A	Frecuencia	%
Para evitar la ceguera en niños	16	53%
Para Mejorar la nutrición en niños	6	20%
Tratamiento de diarrea persistente	5	14%
Como parte del tratamiento sospecha de sarampión	3	20%
Total	30	100%

Fuente: Resultados de la encuesta aplicada

Gráfica 11. Porcentaje de encuestadas que tienen Conocimiento de la función de la Vitamina A en la comunidad de Conquista del Municipio de Puerto Rico en los meses de abril a junio 2025.



Fuente: Resultados de la encuesta aplicada

Interpretación:

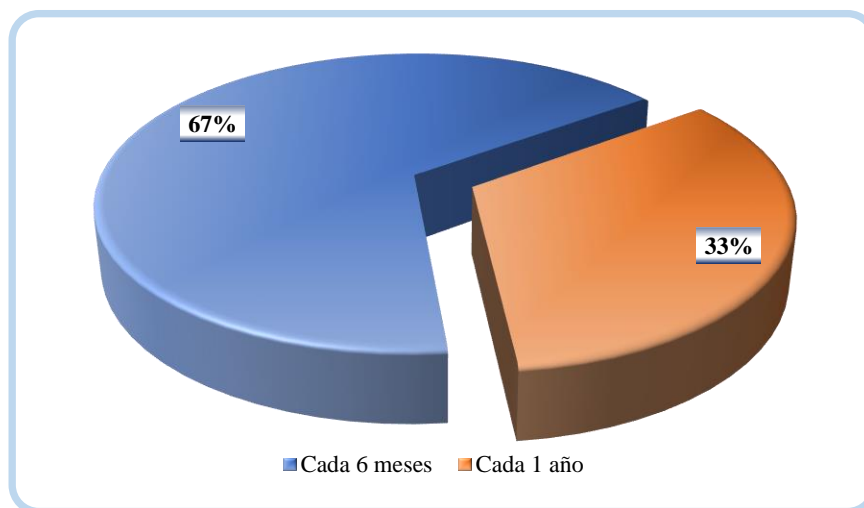
En relación al Conocimiento que tienen las Madres encuestadas sobre la función de la Vitamina A, el 53% refieren para evitar la ceguera en niños, 20% para mejorar la nutrición en niños, 17% para tratamiento de diarrea persistente y oídos, 10% como parte del tratamiento de sospecha de sarampión.

Tabla 12. *N° de Madres encuestadas que tienen Conocimiento sobre cada cuanto tiempo deben recibir sus niños la Vitamina A en la comunidad de Conquista del Municipio de Puerto Rico en los meses de abril a junio 2025.*

Cada cuanto tiempo se debe dar la Vitamina A	Frecuencia	%
Cada 6 meses	20	67%
Cada 1 año	10	33%
Total	30	100%

Fuente: Resultados de la encuesta aplicada

Gráfica 12. *Porcentaje de encuestadas que tienen Conocimiento sobre cada cuanto tiempo deben recibir sus niños la Vitamina A en la comunidad de Conquista del Municipio de Puerto Rico en los meses de abril a junio 2025*



Fuente: Resultados de la encuesta aplicada

Interpretación:

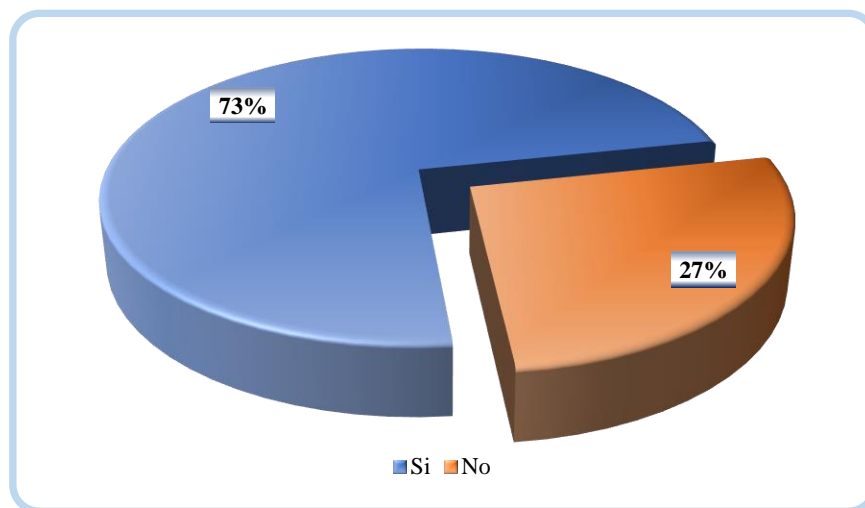
En relación a cada cuanto tiempo se debe dar la Vitamina A: El 67% refiere que se debe dar cada 6 meses y 33% cada 1 año.

Tabla 13. N° de niños menores de 5 años de las Madres encuestadas que conocen las chispitas nutricionales en la comunidad de Conquista del Municipio de Puerto Rico en los meses de abril a mayo 2025

Conoce las Chispitas Nutricionales	Frecuencia	%
Si	22	73%
No	8	27%
Total	30	100%

Fuente: Resultados de la encuesta aplicada

Gráfica 13. Porcentaje de niños menores de 5 años de las Madres encuestadas que conocen las chispitas nutricionales en la comunidad de Conquista del Municipio de Puerto Rico en los meses de abril a mayo 2025.



Fuente: Resultados de la encuesta aplicada

Interpretación:

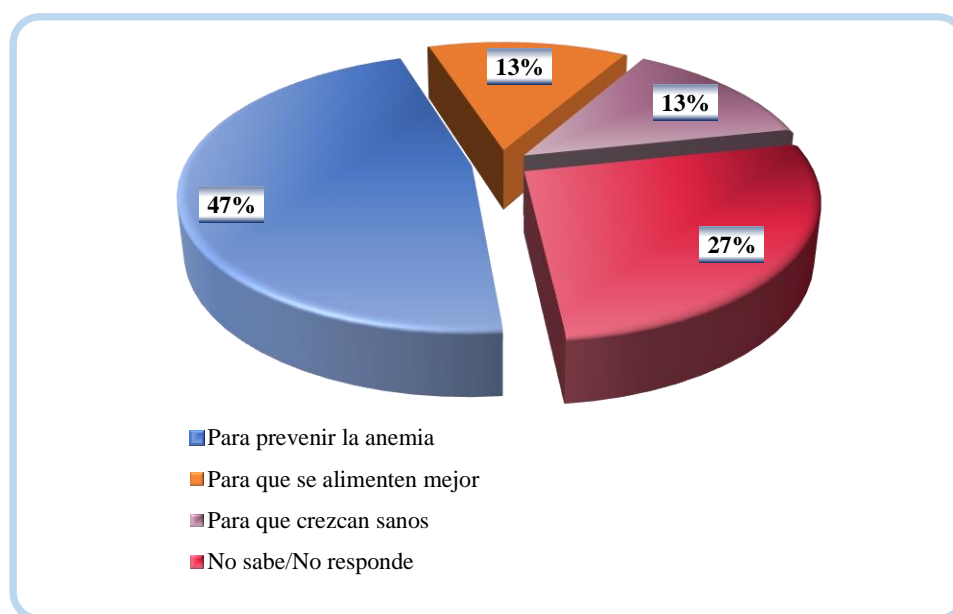
En relación al conocimiento que tienen las madres sobre las Chispitas Nutricionales: el 73% si conoce, y 27 % no conoce.

Tabla 14. N° de Madres encuestadas que tienen Conocimiento de la función de la Vitamina A en la comunidad de Conquista del Municipio de Puerto Rico en los meses de abril a junio 2025

Conocimiento de las Madres sobre la función de las chispitas nutricionales	Frecuencia	%
Para prevenir la anemia	14	47%
Para que se alimenten mejor	4	13%
Para que crezcan sanos	4	13%
No sabe/No responde	8	27%
Total	30	100%

Fuente: Resultados de la encuesta aplicada

Gráfica 14. Porcentaje de encuestadas que tienen conocimiento de la función de la Vitamina A en la comunidad de Conquista del Municipio de Puerto Rico en los meses de abril a junio 2025.



Fuente: Resultados de la encuesta aplicada

Interpretación:

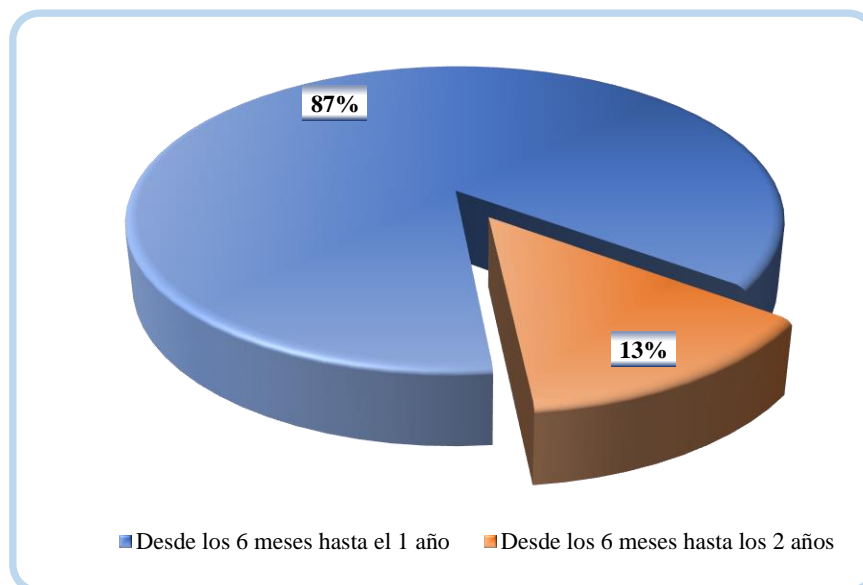
En relación al Conocimiento que tienen las Madres encuestadas sobre la función de las chispitas nutricionales, el 47% refieren para prevenir la anemia, 27% no sabe/no responde, 13% para que se alimenten mejor, 13% para que crezcan sanos.

Tabla 15. N° de Madres encuestadas que tienen Conocimiento hasta que edad deben recibir sus niños las chispitas nutricionales en la comunidad de Conquista del Municipio de Puerto Rico en los meses de abril a junio 2025

Hasta que edad debe dar las chispitas nutricionales	Frecuencia	%
Desde los 6 meses hasta el 1 año	26	87%
Desde los 6 meses hasta los 2 años	4	13%
Total	30	100%

Fuente: Resultados de la encuesta aplicada

Gráfica 15. Porcentaje de encuestadas que tienen Conocimiento hasta que edad deben recibir sus niños las chispitas nutricionales en la comunidad de Conquista del Municipio de Puerto Rico en los meses de abril a junio 2025.



Fuente: Resultados de la encuesta aplicada

Interpretación:

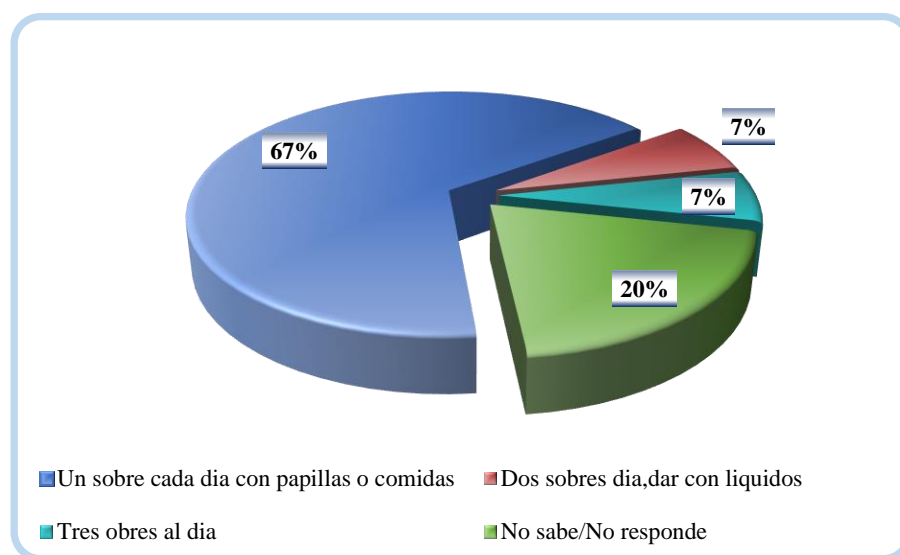
En relación hasta que edad se debe dar las chispitas nutricionales, el 87% refiere que se debe dar desde los 6 meses hasta el 1er año y 13% desde los 6 meses hasta los 2 años.

Tabla 16. *N° de Madres encuestadas que tienen conocimiento sobre la forma de preparación las chispitas nutricionales en la comunidad de Conquista del Municipio de Puerto Rico en los meses de abril a junio 2025.*

Como se debe preparar las chispitas nutricionales	Frecuencia	%
Un sobre cada día con papillas o comidas	20	67%
Dos sobres dia,dar con liquidos	2	20%
Tres obres al dia	2	7%
No sabe/No responde	6	7%
Total	30	100%

Fuente: Resultados de la encuesta aplicada

Gráfica 16. *Porcentaje de encuestadas que tienen conocimiento sobre la forma de preparación de las chispitas nutricionales en la comunidad de Conquista del Municipio de Puerto Rico en los meses de abril a junio 2025.*



Fuente: Resultados de la encuesta aplicada

Interpretación:

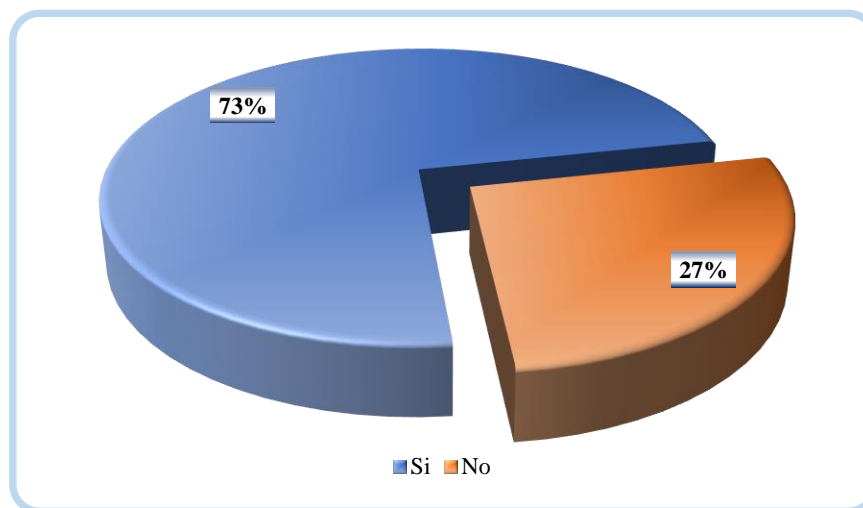
En relación a la forma de preparación de las chispitas nutricionales, el 67% refiere que se debe dar un sobre al día con papillas o comidas, 20% No sabe/No responde, 7% dos sobre al día con líquidos y 7% se debe dar tres sobres al día.

Tabla 17. *N° de niños menores de 5 años de las Madres encuestadas que conocen el Zinc en jarabe en la comunidad de Conquista del Municipio de Puerto Rico en los meses de abril a mayo 2025*

Conoce las Chispitas Nutricionales	Frecuencia	%
Si	22	73%
No	8	27%
Total	30	100%

Fuente: Resultados de la encuesta aplicada

Gráfica 17. *Porcentaje de niños menores de 5 años de las Madres encuestadas que conocen el Zinc en Jarabe en la comunidad de Conquista del Municipio de Puerto Rico en los meses de abril a mayo 2025.*



Fuente: Resultados de la encuesta aplicada

Interpretación:

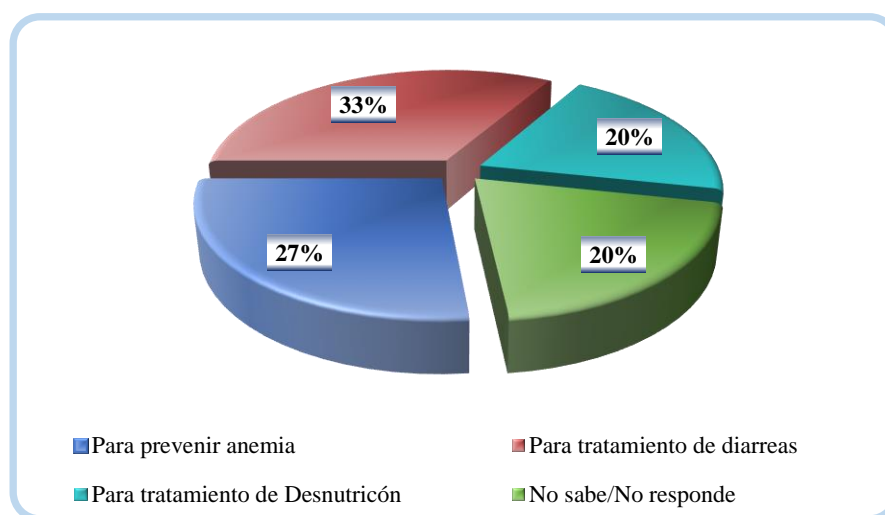
En relación al conocimiento que tienen las madres del Zinc en jarabe: el 73% si conoce, y 27% no conoce.

Tabla 18. *N° de Madres encuestadas que tienen conocimiento de la función de la Vitamina A en la comunidad de Conquista del Municipio de Puerto Rico en los meses de abril a junio 2025.*

Conocimiento de las Madres sobre la función del Zinc	Frecuencia	%
Para prevenir la anemia	8	33%
Para tratamiento de diarreas	10	27%
Para tratamiento de desnutrición	6	20%
No sabe/No responde	6	20%
Total	30	100%

Fuente: Resultados de la encuesta aplicada

Gráfica 18. *Porcentaje de encuestadas que tienen conocimiento de la función de la Vitamina A en la comunidad de Conquista del Municipio de Puerto Rico en los meses de abril a junio 2025.*



Fuente: Resultados de la encuesta aplicada

Interpretación:

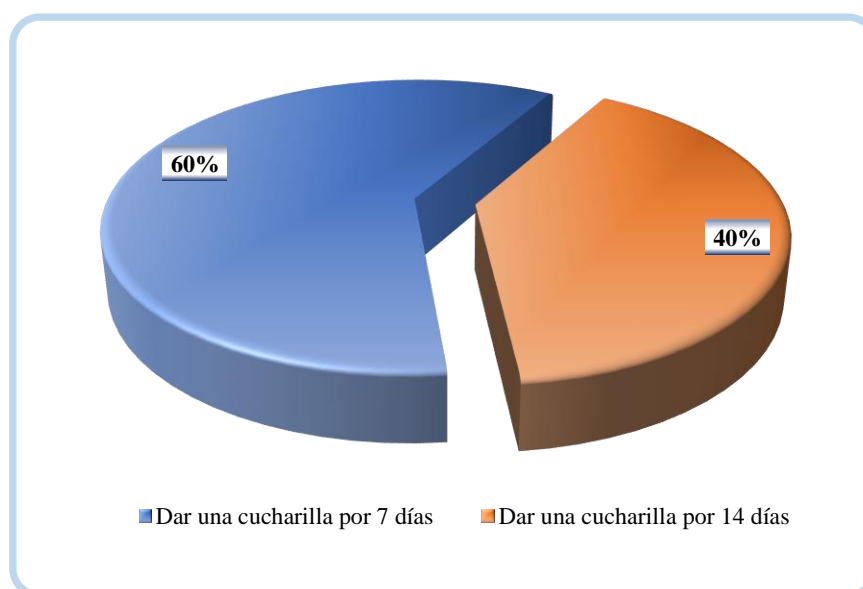
En relación al Conocimiento que tienen las Madres encuestadas sobre la función del Zinc en jarabe, el 33% refieren para tratamiento de diarreas, 27% para prevenir la anemia, 20% para tratamiento de Desnutrición y 20% No sabe / No responde.

Tabla 19. N° de Madres encuestadas que tienen Conocimiento sobre la forma de dar a sus niños el Zinc jarabe en la comunidad de Conquista del Municipio de Puerto Rico en los meses de abril a junio 2025

Cada cuanto tiempo se debe dar el jarabe de zinc 20 mg	Frecuencia	%
Dar una cucharilla por 7 días	18	87%
Dar una cucharilla por 14 días	12	13%
Total	30	100%

Fuente: Resultados de la encuesta aplicada

Gráfica 19. Porcentaje de encuestadas que tienen Conocimiento sobre la forma de dar a sus niños el Zinc jarabe en la comunidad de Conquista del Municipio de Puerto Rico en los meses de abril a junio 2025



Fuente: Resultados de la encuesta aplicada

Interpretación:

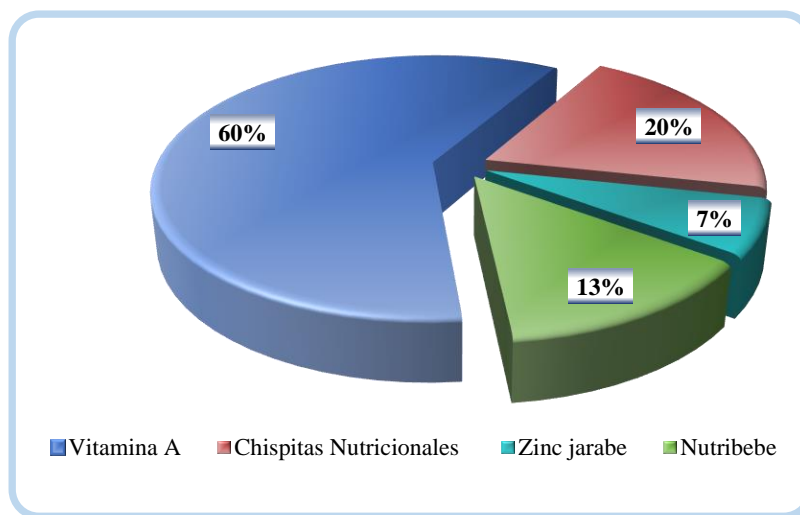
En relación a la forma de dar el Zinc en jarabe a sus niños, el 60% refiere que se debe dar una cucharilla por 7 días y 40% dar una cucharilla por 14 días.

Tabla 20. N° de Madres encuestadas que tienen conocimiento si es que en el Puesto de Salud Conquista hay micronutrientes en la comunidad de Conquista del Municipio de Puerto Rico en los meses de abril a junio 2025

El Puesto de Salud cuenta con los siguientes micronutrientes	Frecuencia	%
Vitamina A	18	60%
Chispitas Nutricionales	6	20%
Zinc jarabe	2	7%
Nutribebe	4	13%
Total	30	100%

Fuente: Resultados de la encuesta aplicada

Gráfica 20. Porcentaje de madres encuestadas que tienen conocimiento si es que en el Puesto de Salud Conquista hay micronutrientes en la comunidad de Conquista del Municipio de Puerto Rico en los meses de abril a junio 2025



Fuente: Resultados de la encuesta aplicada

Interpretación:

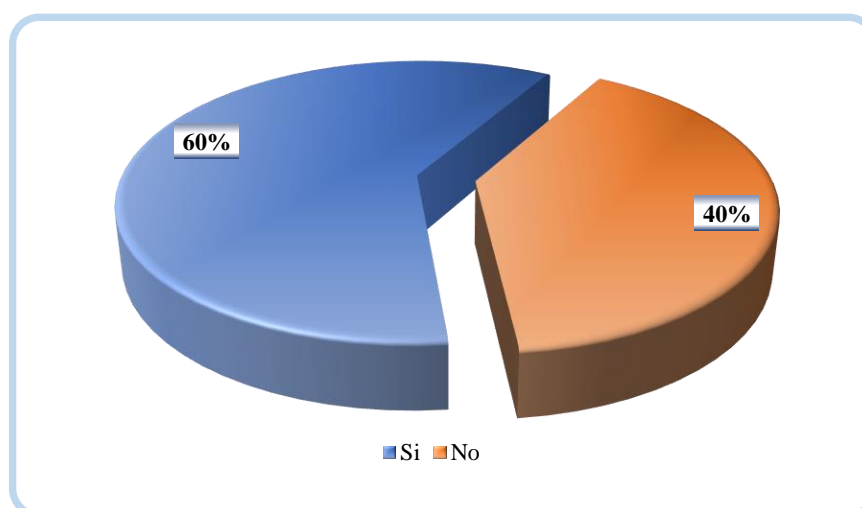
En relación si el Puesto de Salud Conquista cuenta con micronutrientes, el 60% refiere que tiene Vitamina A, 20% Chispitas Nutricionales, 13% Nutribebe y 7% Zinc en jarabe.

Tabla 21. N° de niños menores de 2 años de las Madres encuestadas que refieren si el Personal de Salud realiza Charlas Educativas sobre micronutrientes en la comunidad de Conquista del Municipio de Puerto Rico en los meses de abril a mayo 2025

Conoce las Chispitas Nutricionales	Frecuencia	%
Si	18	60%
No	12	40%
Total	30	100%

Fuente: Resultados de la encuesta aplicada

Gráfica 21. Porcentaje de niños menores de 2 años de las Madres encuestadas que refieren si el Personal de Salud realiza Charlas Educativas sobre micronutrientes en la comunidad de Conquista del Municipio de Puerto Rico en los meses de abril a mayo 2025.



Fuente: Resultados de la encuesta aplicada

Interpretación:

En relación si el Personal da Charlas Educativas sobre Micronutrientes: el 60% si dan Charlas Educativas y 40% no .

CAPITULO V.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

El conocimiento de las Madres sobre los micronutrientes que se dan para el tratamiento de Desnutrición Aguda en niños de 6 meses a menores de 2 años en la Comunidad de Conquista es 60% medio, 20% bajo y 20% alto.

- De los 43 niños que realizaron su control de crecimiento y desarrollo en el Puesto de Salud Conquista, la edad predominante es del 60% de los niños tiene menos de 6 meses de edad y el 40% restante tiene más de 1 a 2 años. El 67% de los niños es de género masculino y el 33% es de género femenino. El 39,5% de los niños acudió en el mes de abril, el 39,5% el mes de mayo, el 21% el mes de junio. El 93 % de los niños reporto Peso/Talla normal, 5% son casos nuevos de Desnutrición Aguda Moderada y el 1% son pacientes repetidos con Talla Baja.
- La tasa de incidencia de Desnutrición Aguda Moderada en niños de 6 meses a menores de 2 años atendidos en el Puesto de Salud Conquista durante los meses de Abril a Junio del 2025, es 8 niños pueden padecer esta enfermedad por cada 100 niños que viven en la Comunidad de Conquista.
- En relación al Conocimiento de las Madres sobre el beneficio de los micronutrientes: El 80% si conoce a la Vitamina A y 20 % no conoce. El 53% refieren para evitar la ceguera en niños, 20% para mejorar la nutrición en niños, 17% para tratamiento de diarrea persistente y oídos, 10% como parte del tratamiento de sospecha de sarampión. El 67% refiere que se debe dar cada 6 meses y 33% cada 1 año. El 73% si conoce las Chispitas Nutricionales y 27 % no conoce. El 47% refieren para prevenir la anemia, 27% no sabe/no responde, 13% para que se alimenten mejor, 13% para que crezcan sanos. El 87% refiere que se debe dar desde los 6 meses hasta el 1er año y 13% desde los 6 meses hasta los 2 años. El 67% refiere que se debe dar un sobre al día con papillas o comidas, 20% No sabe, 7% No responde, 7% dos sobre al día con líquidos y 7% se debe dar tres sobres al día. El 73% si conoce el Zinc en jarabe y 27 % no conoce. El 33% refieren para tratamiento de diarreas, 27% para prevenir la anemia, 20% para tratamiento de Desnutrición y 20% No sabe / No responde. El 60% refiere que se debe dar una cucharilla por 7 días y 40% dar una cucharilla por 14 días.

- En relación si el Puesto de Salud Conquista dio Charlas Educativas: El 60% de las madres encuestadas refieren si haber recibido Charlas sobre los micronutrientes y un 40% no.

5.2. Recomendaciones

- Se recomienda a las madres que tienen niños de 6 meses a menores de 2 años que deben llevar con frecuencia a realizar control de crecimiento de sus hijos al Puesto de Salud Conquista y no así cuando se enferman sus hijos, es necesario el control de crecimiento para el niño crezca sano y fuerte.
- Se recomienda al Personal del Puesto de Salud Conquista que puedan desarrollar los programas de seguridad alimentaria y nutricional, así para disminuir los casos de desnutrición aplicándolas correctamente que las familias tengan un hábito saludable en la localidad.
- Fortalecer a las madres sobre los beneficios de los micronutrientes y fomentar el cuidado de los niños en el hogar con la meta de disminuir la desnutrición infantil y su consecuencia, enseñándoles a aprovechar los recursos que se encuentren a su alcance en beneficio de la nutrición de sus hijos.

Bibliografía

- Bernabeu, J. (2010). Notas para una historia de la desnutrición en la Iberoamérica del siglo XX. *Nutr. Hosp. vol.25 supl.3 Madrid* , 1-18.
- Bhupathiraju, S. (octubre de 2023). *Desnutrición calórico-proteica*. Obtenido de Manual MSD: <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-nutricionales/desnutrici%C3%B3n/desnutrici%C3%B3n-cal%C3%B3rico-proteica>
- Casanueva, E. (2008). *Nutrición Médica*. México: Medica Panamericana.
- El Diario. (6 de enero de 2023). Plan multisectorial de desnutrición cero. Obtenido de <https://www.eldiario.net/portal/2023/01/06/plan-multisectorial-de-desnutricion-cero-2/>
- FAO. (2018). *Nutrición internacional y problemas alimentarios mundiales en perspectiva, Causas de la malnutrición*. Obtenido de Organización de Naciones Unidas para la Alimentación y la agricultura : <http://www.fao.org/docrep/006/w0073s/w0073s05.htm>
- Gordillo, G. (2013). *Seguridad y Soberanía Alimentaria*. Naciones Unidas: FAO. Obtenido de FAO: <chrome-extension://mhnlakgilnojmhinhkckjpnpcpbhabphi/pages/pdf/web/viewer.html?file=https%3A%2F%2Fopenknowledge.fao.org%2Fserver%2Fapi%2Fcore%2Fbitstreams%2F6968f8fa-ec0b-4915-aeba-1a233b7eccc%2Fcontent>
- Huaniquina, R. (18 de Abril de 2024). El **5%** de los niños menores de 5 años de edad padecen de desnutrición aguda en Pando (t. Pando, Entrevistador)
- Iglesias, L. (2020). Estado nutricional y factores relacionados con la desnutrición en una residencia de ancianos. *Gerokomos vol.31 no.2 Barcelona* , 1-5.
- Lafuente, Y. (2016). Prevalencia de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Tacopaya, primer semestre gestión 2014. *Gac Med Bol vol.39 no.1*, 1-4.
- Ley N° 1152 . (2019). *Sistema Único de Salud Bolivia*. La Paz: Gaceta oficial de Bolivia .
- Ley N° 2426. (2002). *Seguro Universal Materno Infantil – SUMI*. La Paz : Gaceta Oficial .

- Mancilla, E. P. (2013). *Pediatria Meneghello tmo II 6 ed.* Buenos Aires - Argentina: Medicina Panamericana .
- Martí, C. I. (29 de Febrero de 2012). *Que es la incidencia y la prevalencia de una enfermedad.* Obtenido de La Salud Publica :
http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2012/02/29/133136
- Martin, C. M. (2018). *Diferencia entre las Enfermedades Crónicas y Agudas.* Obtenido de Medicina Integrativa : <https://www.carlosmoralesmartin.com/diferencia-entre-las-enfermedades-cronicas-y-agudas/>
- Medlineplus. (27 de abril de 2023). *Desnutrición.* Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000404.htm>
- Merino, J. P. (2009). *Definicion de Niño y niña* . Obtenido de <https://definicion.de/nino/>
- OMS. (2018). *Nutrición.* Obtenido de Organizacion Mundial de la Salud :
<http://www.who.int/topics/nutrition/es/>
- OPS. (2010). *Manual de crecimiento y desarrollo del niño* . segunda edición.
- Ravasco, P. (2010). Métodos de valoración del estado nutricional. *Nutr. Hosp. vol.25 supl.3 Madrid.*
- Unicef. (2018). *Desnutricion en Niños* . Obtenido de <https://www.unicef.es/noticia/que-es-la-desnutricion>

ANEXOS

Anexo 1. Recolección de datos: Encuesta Aplicada.

ENCUESTA SOBRE MICRONUTRIENTES A MADRES DE NIÑOS MENORES DE 6 MESE A < 2 AÑOS DE LA COMUNIDAD DE CONQUISTA DEL MUNICIPIO DE PUERTO RICO

1.- Edad del Niño/a:

- a) 6 meses a 11 meses
- b) 1 año a < 2 años

2.- Sexo del Niño/a:

Masculino o Femenino

EVALUACION NUTRICIONAL PARA NIÑOS DE 6 MESES A < DE 2 AÑOS.

RELACIÓN TALLA/EDAD

3.- Niños reportados por mes:

a)Abril b)Mayo d)Junio.....

4.-Número de casos de Desnutrición Aguda

a) Nuevo b)Repetido c)Niño con Peso/Talla Normal

5.-Clasificación de la Desnutrición

a) Desnutrición Aguda b)Talla Baja c)Niño no tiene desnutrición

I.- FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS DE LAS MADRES ENCUESTADAS

6.-¿Edad de la Madre ?

a) 12-18 años b)19-29 años c)29-49 años d)49-59 años

7.-¿Grado de instrucción de la Madres ?

a)Sin Instrucción b)Primaria c)Secundaria d)Estudio Tecnico e)Universidad

8.-¿ Estado Civil de la Madre?

- a) Soltera
- b) Concubina
- c) Casada
- d) Divorciada

e) Viuda

9 - ¿Cuántos hijos menores de 5 años tiene?

a) 1 hijo b) 2 hijos c) 3 hijos y mas

II.VARIABLES RELACIONADAS CON CONOCIMIENTO NUTRICIONAL DE LAS MADRE,

10.-¿Conoce usted esta perla de vitamina A?

Si o No

11.-¿Para qué sirve la vitamina A?

- a) Para evitar la ceguera de los niños
- b) Para mejorar la nutrición de los niños
- c) Como parte del tratamiento de la diarrea persistente
- d) Como parte del tratamiento (sospecha de sarampión)
- e) No recuerda/no sabe/no responde/otras respuestas

12.-¿Cada cuanto tiempo debe recibir un niño esta perla de vitamina A?

- a) Cada 6 meses
- b) Cada año
- c) Cada 2 años
- d) No recuerda/no sabe/no responde/otras respuestas

13.-¿Conoce o ha escuchado hablar de las chispas nutricionales?

Si o No

14.-¿Para qué sirven las chispas nutricionales?

- a) Para prevenir la anemia, previene enfermedades, desarrollo de hueso
- b) Para que se alimenten mejor
- c) Para que crezcan
- d) Para que no se enfermen
- e) No recuerda/no sabe/no responde/otras respuestas

15.-¿Desde qué edad y hasta que edad se deben dar las chispas nutricionales?

- a) Desde los 6 meses, hasta el 1er año

Anexo 2. Control de Crecimiento de los niños menores de 6 meses a menores 2 años



Anexo 3. Realizando la toma de Medidas Antropométrica a los niños de 6 meses a menores de 2 años.



Anexo 4. Encuesta a madres de niños de 6 meses a menores de 2 años en la Comunidad de Conquista.



Anexo 5. Charlas Educativas sobre Micronutrientes a Madres de niños de 6 meses a menores de 2 años en la Comunidad de Conquista.

