

PREVALENCIA DE LOS ESTADOS NUTRICIONALES EN LA POBLACIÓN MENOR DE 5 AÑOS DE EDAD EN MUNICIPIO DE PUERTO COLOMBIA Y SU RELACIÓN CON ESTRUCTURA FAMILIAR Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN EL AÑO 2019.

PREVALENCE OF NUTRITIONAL STATES IN THE POPULATION UNDER 5 YEARS OF AGE IN 4 NEIGHBORHOODS OF THE MUNICIPALITY OF PUERTO COLOMBIA AND ITS RELATIONSHIP WITH FAMILY STRUCTURE AND SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH IN 2019.

Yaylex Avila Piedrahita¹, Katherin Cárdenas Vizcaino¹, Yolanda Rudas Castro¹.

¹ Universidad Simón Bolívar, Barranquilla-Colombia.

2020.

Resumen.

La investigación tubo el propósito de identificar la prevalencia de la malnutrición de niños y niñas menores de 5 años, y su relación con funcionamiento familiar y los determinantes sociales de la salud, es un estudio de campo descriptivo, y de corte transversal, con fase de relación. En el presente estudio se evidencio que la población menor de cinco años del municipio de Puerto Colombia (Atlántico), se encuentra en riesgo, porque el porcentaje en la variable P/E es de un 28,9% siendo bastante considerable, particularmente los menores de 2 años, de igual forma en este mismo número de porcentaje, los niños se encuentran en riesgo en cuanto a la talla para la edad, y no obstante en peso para la talla observamos que existe un riesgo de sobre peso con un 13,3%.

El 28,9% de la población menor El 12,3% de los niños incluidos en la muestra padecían desnutrición crónica

Palabras clave: Malnutrición, desnutrición, obesidad, familia, disfunción familiar, determinantes sociales de la salud.

Abstract.

The purpose of the research was to identify the prevalence of malnutrition in children under 5 years of age, and its relationship with family functioning and social determinants of health. It is a descriptive, cross-sectional field study with a phase Of relationship. In the present study it is evident that the population under five years of age in the municipality of Puerto Colombia (Atlántico) is at risk, because the percentage in the variable P / E is 28.9%, being quite considerable, particularly the minors. than 2 years, in the same percentage number, children are at risk in terms of height for age, and not including weight for height we observe that there is a risk of overweight with a 13.3 %.

28.9% of the minor population 12.3% of the children included in the sample suffer from chronic malnutrition.

Key words: malnutrition, malnutrition, obesity, family, family dysfunction, social determinants of health.

INTRODUCCION.

La nutrición es considerada uno de los principales factores para obtener un estado óptimo de salud y asegurar una buena calidad de vida a los niños, niñas y adolescentes. Durante la infancia se alcanza un óptimo desarrollo psicomotor, además de eso en esta etapa se evidencia el crecimiento físico en términos de crecimiento en peso y talla ⁽¹⁾.

La malnutrición que afecta el mundo actualmente, e incluye la desnutrición y la alimentación excesiva, es decir, el sobrepeso la obesidad; en tanto es sabido que la malnutrición, es un riesgo enorme para la salud humana, cerca de un tercio de todas las muertes infantiles se dan como consecuencia a la desnutrición, de igual manera las crecientes tasas de sobrepeso y obesidad están asociadas a un aumento en las

enfermedades crónicas como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y la diabetes ⁽²⁾.

Según Unicef, la desnutrición es una enfermedad con gran relevancia a nivel mundial, 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. Brindar atención a este problema es importante para el adecuado desarrollo de los infantes ⁽³⁾.

La familia es la unidad básica de la organización social y también la más accesible para efectuar intervenciones preventivas y terapéuticas y es la encargada de establecer el comportamiento y las decisiones en materia de salud ⁽⁴⁾.

Para los menores, las maneras de alimentarse, los gustos y no gustos hacia ciertos alimentos están fuertemente condicionados por el contexto familiar durante la etapa infantil, en la cual se incorporan la mayoría de los hábitos y prácticas, todo esto está íntimamente relacionado con las costumbres que les practican sus padres ⁽⁵⁾.

La familia constituye la primera red de apoyo que posee el individuo durante toda su vida de ambiente familiar, y tienen un impacto relevante sobre el patrón de ingesta, la conducta alimentaria y la obesidad infantil. Igual que las condiciones genéticas.

En la infancia la madre es la principal responsable de la transmisión al hijo de las pautas alimentarias saludables que podrían prevenir enfermedades relacionadas con la nutrición, influye en el contexto alimentario infantil usando modelos autoritarios o permisivos para la elección de la alimentación de los mismos, en algunos aspectos como; la cantidad, los horarios de alimentación, así como también la edad para introducir algunos alimentos ⁽⁵⁾.

La malnutrición infantil es el resultado de múltiples determinantes sociales de la salud, tanto estructural como proximal. La seguridad alimentaria depende de la capacidad económica que tengan las familias para poder obtener y consumir alimentos en adecuada cantidad y calidad; también de la capacidad de un país de autoabastecerse de alimentos, en el caso de Colombia se tiene un coeficiente de

autosuficiencia del 90% y ha ido disminuyendo en los últimos años, ya que se está empezando a depender de las importaciones ⁽⁶⁾.

Dentro de los determinantes intermedios, se encuentran las prácticas de consumo de los alimentos. En Colombia el 33% de la población no consume alimentos que garanticen una seguridad nutricional, y aumenta al 40% en personas del nivel 1 del Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales (SISBEN). El consumo exagerado de alimentos altos en energías, pero bajos en micronutrientes es otra práctica de alimentación que produce malnutrición. Otros determinantes intermedios que se asocian a la malnutrición son la falta de cuidado, la higiene deficiente y la presencia de enfermedades infecciosas que dificultan la absorción de micronutrientes en los niños ⁽⁶⁾.

Los determinantes más amplios o profundos, en cuanto a su influencia, se relacionan con las condiciones de vida y trabajo, alimentos y acceso a servicios básicos, además de las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales⁽⁷⁾.

Evaluar el crecimiento de los niños mediante la antropometría constituye un indicador que resume varias condiciones relacionadas con la salud y la nutrición. Es el método no invasivo más aplicable para evaluar el tamaño, las proporciones e indirectamente la composición del cuerpo humano, hace posible la identificación de individuos o poblaciones en riesgo de malnutrición que es un problema de salud pública que afecta al mundo entero ⁽⁸⁾.

Este proyecto por tanto tiene como objetivo determinar la prevalencia de los estados nutricionales en la población en menores de 5 años de edad en 4 barrios del municipio de Puerto Colombia y su relación con estructura familiar y determinantes sociales de la salud.

MATERIALES Y METODOS.

Se realizó durante el año 2019, una investigación tipo cuantitativa, descriptiva con una fase comparativa, la cual permitió identificar y analizar la prevalencia de malnutrición y su relación con los determinantes sociales de la salud de los niños y niñas menores de 5 años. Dicha investigación se llevó a cabo en el municipio de Puerto Colombia en el marco del programa institucional, salud, familia y entorno. En el proyecto de intervención comunitaria para el fortalecimiento de la estrategia atención primaria en salud.

Se analizó información de niños menores de 5 años pertenecientes al proyecto social institucional residentes del municipio de Puerto Colombia, Atlántico distribuidos en dos grupos etarios para evaluar su estado nutricional según la puntuación z, de P/E, P/T, T/E e IMC.

Se analizó el tamaño muestral con la ayuda del programa SPSS versión 24, a partir de una población total de 45 niños que cumplieran con los criterios de inclusión, se analizaron las medidas de tendencia central y de variabilidad o dispersión para variables cuantitativas incluidas en el estudio y esta permitió el análisis descriptivo univariado.

Para la descripción del comportamiento de las variables incluidas en el estudio, se utilizaron tablas de distribución de frecuencias, que permiten estimar las frecuencias absolutas y relativas correspondientes.

La toma de información se llevó a cabo en los meses de Julio a Noviembre de 2019, a través de una encuesta que consto de 2 partes:

- **Evaluación antropométrica:** Se realizó la toma de medidas antropométricas utilizando equipos debidamente calibrados para la medición de peso y talla. Para determinar el peso se utilizó una báscula digital para mayores de 2 años y una pesa bebés digitales en menores de 2 años; la talla se obtuvo con un tallímetro.

- **Componente sociodemográfico:** Se realizó visita al lugar de residencia del menor, se interrogó y se realizó observación directa sobre algunas condiciones sociales. Se recolectó información sobre: variables biológicas (edad del menor, edad del cuidador, sexo); factores individuales y de estilo de vida (disponibilidad de alimentos en la familia, calidad y cantidad), influencia comunitaria y soporte social (estado civil del cuidador, pertenencia a programas de complementación nutricional y estructura familiar, clasificándola en: Nuclear, Monoparental, Ensamblada, Extensa, Ampliada, Atípica), afiliación al SISBEN, condiciones de vida y de trabajo (nivel educativo del cuidador, ocupación del cuidador), condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales (estrato socioeconómico, características de la vivienda, hacinamiento, ingreso económico mensual en la familia).

Aspectos éticos.

La investigación cumple con los parámetros enunciados por la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, no realizaron procedimientos que atentaran contra la integridad física y moral de las personas, se aplicó una encuesta donde se realizaron medición antropométrica, caracterización de la familia y se indagó por los determinantes sociales e intermedios de la salud. De acuerdo a la resolución 008430 artículo 11, el presente estudio se consideró como “investigación con riesgo mínimo” debido a que el estudio se basó en el análisis de características y esto no afecta el comportamiento de los participantes y no se incurrió en mediciones éticamente reprochables. La información recogida se usó solo para fines investigativos preservando los principios de integridad e intimidad de las personas.

Análisis estadístico.

Para determinar la prevalencia de malnutrición se calculó la puntuación Z a través del software recomendado por la OMS, ANTHRO para menores de 5 años, versión 3.2.2 disponible para descarga gratuita en la página web de la OMS. Se determinaron los puntos de corte para: peso para la edad, peso para la talla, talla

para la edad e Índice de Masa Corporal (IMC) para la edad, tomando como criterios para la clasificación de cada tipo de puntuación.

Se realizó la codificación de las variables para tabular la información con el programa SPSS versión 24. Para el análisis de los resultados, se utilizó estadística descriptiva para cada una de las variables con análisis univariado, utilizando medidas de tendencia central y de dispersión.

Se realizó inferencia estadística usando intervalos de confianza con una confiabilidad del 95%. Finalmente se realizó un modelo de regresión logística entre el estado nutricional y los determinantes sociales.

RESULTADOS DESCRIPTIVOS.

Se recolectó información de 45 menores de 5 años perteneciente al proyecto social institucional residentes del municipio de Puerto Colombia, Atlántico distribuidos en dos grupos etarios para evaluar su estado nutricional según la puntuación z, de P/E, P/T, T/E e IMC.

Encontramos que el 44% (20) son menores a dos años, y el 56,6% (25) corresponde a los mayores de los 2 años, el promedio y desviación estándar (DE) de la edad de los menores fue de 31 meses (DE 19,2 m), con una distribución por sexo en la población total del 48,9% correspondió al sexo masculino y el 51,1% (23) corresponde al sexo femenino (tabla 1).

Tabla 1. Distribución de la población de estudio por grupo de edad y sexo

Grupo edad	0 a 23 meses y 29 días	20 (44,4%)
	24 meses a 4 años, 11 meses y 29 días	25 (55,6%)
Sexo	Masculino	22 (48,9%)
	Femenino	23 (51,1%)

En relación su estado nutricional de los menores el 77,8% (35), presentaron algún tipo de desnutrición (desnutrición aguda, crónica, global); y 9,8% sobrepeso y obesidad. Destacando que 6,7% (3) se encontró de desnutrición global severa y el 8,9%(4) en desnutrición crónica severa. Un 25,2% de los menores están en riesgo de presentar algún tipo malnutrición, siendo el riesgo de sobrepeso (17,3%) el porcentaje más alto en la población estudiada.

Tabla 2. Distribución según medidas antropométricas por grupo etario

VARIABLE		FRECUENCIA	PORCENTAJE
P/E ambos grupos	Obesidad	1	2,2
	Peso adecuado	24	53,3
	Peso bajo para la edad	13	28,9
	Peso muy bajo para la e	3	6,7
	Sobrepeso	4	8,9
T/E ambos grupos	Desnutrición crónica severa	4	8,9
	Riesgo de talla baja	11	24,4
	Talla adecuada	17	37,8
	Talla baja para la edad	13	28,9
P/T al grupo de 0 a 23 meses y 29 días	obesidad para la talla	2	4,4
	Peso adecuado para la talla	10	22,2
	Peso bajo para la talla	2	4,4
	Sobrepeso para la talla	6	13,3

En cuanto a la estructura familiar encontramos que el 53,3%, corresponde a la familia nuclear, seguida de familia extensa en un 33,3%.

En relación a la función familiar el 20% presento disfunción familiar, predominando la disfunción familiar leve con un 13,3% y disfunción familiar moderada con un 6,7%.(Tabla 3)

Tabla 3. Distribución de la población de la población según estructura y funcionamiento familiar.

ESTRUCTURA FAMILIAR:

Nuclear	24 (53,3%)
Extensa	15 (33,3%)
Ampliada	3 (6,7%)
Monoparental	2(4,4%)
Ensamblada	1 (2,2%)
FUNCION FAMILIAR:	
Funcional	36 (80%)
Leve	6 (13,3%)
Moderada	3 (6,7%)

En relación a los Determinantes Sociales Estructurales se describe que la población estudiada el 26,7% corresponde las familias de nacionalidad venezolana, y 73,3% familias colombianas. Los cuidadores de los menores tienen como ocupación ama de casa en el 66,7%; el estado civil de los padres en su mayoría estaba bajo unión libre en un 64,4% y en cuanto a la educación del cuidador el 44,5% no culmino la educación básica secundaria.

Según los Determinaste Sociales Intermedios el tipo de vivienda fueron casas en 73,3%, predominado el arrendamiento en el 51,1%. El número de personas que habitan en la vivienda fue 7 en 24,4% seguido de 5 con un 22,2%.

En cuanto a la vinculación al Sistema General de Seguridad Social (SGSS) se encuentra afiliados solo el 82,2 % de la población, perteneciente al régimen subsidiado el 60%.

El tipo de trabajo predominante en la población fue el informal en el 60 %, con un ingreso mensual promedio entre 500.000 a 1.000.000 de un 64,4 %

Tabla 4. Distribución de la población según los Determinante Sociales Estructurales e Intermedios.

Determinantes Estructurales.	
NACIONALIDAD:	
Colombiana	73,3%
Venezolana	26,7%
OCUPACION:	
Ama de casa	66,7%
Trabajador	15,6%
Desempleado	11,1%
Estudiantes	6,7%
ESTADO CIVIL:	
Unión libre	64,4%
Casado	15,6%
Soltero	8,9%
Separado	6,7%
Viudo	4,4%
NIVEL EDUCATIVO:	

Básica secundaria completa	40%
Básica Secundaria incompleta	26,7%
Básica primaria completa	13,3%
Técnico	13,3 %
Básica primaria incompleta	4,4 %
Título universitario.	2,2%
Determinantes Intermedios.	
TIPO DE VIVIENDA:	
Casa	73,3%
Cuarto	15,6%
Apartamento	8,9%
Otro tipo	2,2%
TENENCIA:	
Arrendada	51,1%
Pagada propia	44,4%
Otra condición	4,4%
TIPO DE AFILIACION:	
Subsidiado	60%
Contributivo	21%
No afiliado - no sabe	17,8%
INGRESO MENSUAL	
\$500.000 a \$1.000.000	64,4 %

Menos de \$500.000	33,3%
Más de \$1.000.000	2,2%

DISCUSION.

Como bien se mencionó anteriormente, el estado nutricional de una población está dada por múltiples factores ambientales, sociales, económicos, culturales y políticos; y son preponderantes en los niños menores de cinco años, debido a que estos factores influyen directamente en la alimentación haciendo énfasis en el requerimiento de nutrientes necesarios para el crecimiento y desarrollo óptimo de un niño ⁽⁹⁾.

Por esta razón es importante el control periódico asistencial medico ya que este nos mostrara los indicadores antropométricos que permiten reflejar el estado nutricional de este grupo etario.

En tal sentido las diferentes medidas antropométricas encontradas en el presente estudio se evidencio que la población menor de cinco años del municipio de Puerto Colombia (Atlántico), se encuentra en riesgo de desnutrición crónica, particularmente los menores de 2 años.

Algunos de estos datos se contrastan con los resultados encontrados por (Álvarez, et al, 2012). En donde los niños menores de cinco años presentan peso adecuado para la talla y 2% bajo P/T, 62,6% tienen peso adecuado para la talla, 7% están a riesgo de bajo P/T y 2% tienen bajo P/T ⁽¹⁰⁾.

La OMS también clasifica 91,3% de niños menores de cinco años con peso adecuado para la edad, mientras que 2,8% presentan bajo peso o bajo peso severo ⁽¹⁰⁾.

La desnutrición de la niñez en edad escolar está presente y ha ido incrementando debido a que existen diversos factores, muchos de ellos estructurales o básicos como la pobreza, falta de educación a padres jóvenes

etc., que son las que conducen a la inseguridad alimentaria y a las malas prácticas de alimentación ⁽¹¹⁾.

Basados en el artículo (González, et al, 2010), en el cual en la evaluación antropométrica de peso/talla se comprobó que (77,0 %) se encontraban normo pesos, pero este artículo hizo además énfasis en que en los desnutridos predominó el sexo femenino con el 5,9% ⁽¹²⁾.

Lo anterior se compara con los resultados obtenidos por nuestro artículo, en donde se evidencia según el indicador peso para la talla que la población mayormente comprometida son las niñas y son las que más se encuentran en riesgo de sufrir desnutrición.

En este trabajo se evidenció que en el indicador peso para la edad el 28,9% se encuentra en riesgo de desnutrición, en talla para la edad el 24,2% se encuentra en talla baja y en peso para la talla hay un marcado índice de sobrepeso con un 13,3% ⁽¹²⁾.

Para el funcionamiento familiar contrastamos los resultados con una investigación de Bogotá – Colombia (Infante, 2015), en el cual los niños con sobrepeso pertenecían a familias de 4 y 5 integrantes, algunos de los niños pertenencia a familias reconstruidas ⁽¹³⁾.

La desnutrición crónica prevaleció en familias reconstruidas. En las familias monoparentales son más propensas a padecer obesidad severa ⁽¹³⁾.

Un estudio realizado en Australia (Martínez et al, 2014), demostró que en familia monoparentales (Padre, en especial), los niños tienden a consumir más comidas rápidas, y bebidas dulces de manera seguida, resaltando también que se alimentan a destiempo. En especial niños de 4 y 5 años ⁽¹⁴⁾.

Como bien resaltamos que los determinantes sociales de la salud influyen en la nutrición del niño, nuestra apreciación coincide con (Osorio, et al, 2017), en el

cual el 12% de los niños padecían desnutrición crónica, y en su mayoría sus madres solo alcanzaron la básica primaria (54,4%), a su vez son niños que habitan en hogares donde el ingreso mensual es inferior a \$700.000 (33,1%), mientras que en el nuestro el (64%), oscila en \$500.000 ⁽¹⁵⁾.

Estas situaciones pueden verse gravemente involucradas en la correcta alimentación del niño, puesto que quizá tener menos ingresos monetarios afecte de manera directa en los alimentos y nutrientes que deben dársele a los menores, lo que influye en cómo acceder mejor a diversos alimentos para que los menores se alimenten correctamente ⁽¹⁶⁾.

BIBLIOGRAFIA.

1. Ministerio de la salud y protección social de Colombia. Nutrición y alimentación saludable. Colombia. 2015.
2. Álvarez L, Estrada A, Goez J, Carreño C. Análisis de datos antropométricos de la población menor de 18 años de Medellín usando los estándares de la OMS y su adaptación para Colombia propuesta por el Ministerio de la Protección Social. Perspectivas en Nutrición Humana. Escuela de Nutrición y Dietética, Universidad de Antioquia. Medellín. 2012; 14(1): 33-45. <http://www.scielo.org.co/pdf/penh/v14n1/v14n1a4.pdf>
3. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Manejo integrado de la desnutrición crónica. Ministerio de Salud. Colombia. 2011.
4. Suárez-Cuba MA. Temas de medicina familiar: El médico familiar y la atención a la familia. 2006.
5. Domínguez-Vásquez P, Olivares S, Santos JL. Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil.
6. Álvarez LS. Los determinantes sociales de la salud: Más allá de los factores de riesgo. Rev. Gerenc. Polit. Salud. 2009; 8 (17): 69-79
7. Álvarez J, García J, Vélez C. Determinantes sociales de salud y la calidad de vida. Scielo. Cuba. 2017.
8. Rausch, Kovalsky. Prevalencia de obesidad en la consulta pediátrica. Scielo. España, 2015.
9. Bertarini J. Evaluación del estado nutricional materno-infantil y patrones de consumo maternos. 2011. <http://redi.ufasta.edu.ar:8080/xmlui/bitstream/han>
10. Álvarez L, Estrada A, Goez J, Carreño C. Análisis de datos antropométricos de la población menor de 18 años de Medellín usando los estándares de la OMS y su adaptación para Colombia propuesta por el Ministerio de la Protección Social. Perspectivas en Nutrición Humana. Escuela de Nutrición y Dietética, Universidad de Antioquia. Medellín. 2012; 14(1): 33-45. <http://www.scielo.org.co/pdf/penh/v14n1/v14n1a4.pdf>

11. Fondo de las naciones unidas para la infancia UNICEF. La desnutrición infantil, causas consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. Madrid. 2011. <https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/Dossie>
12. González V, Guerra Q, Dorta P. Estado nutricional en niños escolares. Valoración clínica, antropométrica y alimentaria. 2010.
13. Infante G, Olaya D. Estructura familiar y estado nutricional en niños menores de cinco años de la fundación Santa Sofía. Universidad de ciencias aplicadas. Bogotá. 2015.
14. Martínez A, Renzaho D. La influencia de la familia y su funcionamiento en la nutrición infantil. Victoria, Australia. 2014.
15. Osorio A, Romero A, Bonilla H. Contexto socio económico de la comunidad y desnutrición crónica infantil en Colombia. Universidad Javeriana. Cali, Colombia. 2017.
16. Flórez C, Nupia O. Desnutrición infantil en Colombia: Determinantes e inequidades. Bogotá, Colombia. 2012.