



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE SUCRE
ESCUELA DE CIENCIAS
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

ESTADO NUTRICIONAL ASOCIADO AL ESTRATO SOCIOECONÓMICO
PRESENTE EN LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 2 A 9 AÑOS ATENDIDOS EN
EL SERVICIO DE EDUCACIÓN DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL
“ANTONIO JOSÉ DE SUCRE” CUMANÁ, ESTADO SUCRE
(Modalidad: Tesis de grado)

CHRISMARY DEL VALLE RAMOS GÓMEZ
MILAGROS DEL VALLE CENTENO RODRIGUEZ

TRABAJO DE GRADO PRESENTADO COMO REQUISITO PARCIAL PARA
OPTAR AL TÍTULO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

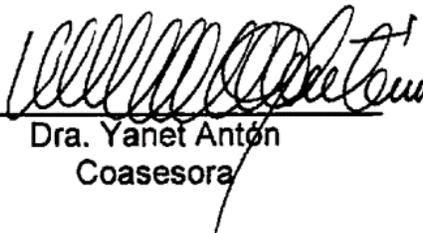
CUMANÁ, 2025

**ESTADO NUTRICIONAL ASOCIADO AL ESTRATO SOCIOECONÓMICO
PRESENTE EN LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 2 A 9 AÑOS ATENDIDOS EN
EL SERVICIO DE EDUCACIÓN DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL
“ANTONIO JOSÉ DE SUCRE” CUMANÁ, ESTADO SUCRE**

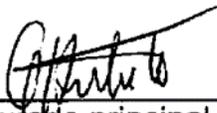
APROBADO POR:



**MSc. Osmarilys Sulbarán
Asesora**



**Dra. Yanet Antón
Coasesora**



Jurado principal



Jurado principal

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO	v
LISTA DE TABLAS	vii
RESUMEN	viii
INTRODUCCIÓN	1
METODOLOGÍA	9
Área de estudio.....	9
Tipo de estudio	9
Población y muestra	9
Criterios de inclusión.....	9
Criterios de exclusión.....	9
Normas de bioética.....	9
Técnicas e instrumentos de investigación	10
Determinación del estado nutricional.....	10
Identificación del estrato socioeconómico	11
Análisis de datos.....	11
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	12
CONCLUSIONES	21
RECOMENDACIONES	22
BIBLIOGRAFÍA	24
ANEXOS	27
HOJAS DE METADATOS	36

DEDICATORIA

A

Dios por guiarme y bendecirme durante mi formación académica y permitirme, con éxito, la elaboración del trabajo de grado.

Mis padres, Marcelino Ramos y Maritza Gómez, en virtud de que son el apoyo fundamental en todo momento de mi vida. Les debo el tiempo, el amor, la seguridad y los valores que me han brindado.

Chrismary del Valle Ramos Gómez

DEDICATORIA

A

Dios, por haberme guiado en toda mi vida, estar siempre conmigo y nunca abandonarme cuando más lo necesité, por darme la fuerza para seguir adelante y permitirme tener la dicha de alcanzar esta meta soñada.

Mis padres, Elvia Rodríguez y José Centeno, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación, siendo mi apoyo en todo momento, depositando su confianza en cada reto que se me presentaba, sin dudar ni un solo momento en mi capacidad, es por ellos que soy lo que soy ahora, los amo con mi vida.

Milagros del Valle Centeno Rodriguez

AGRADECIMIENTO

A

La Universidad De Oriente por ser la casa de estudio que me ha inculcado valores y nuevos conocimientos que me identifican como profesional.

Mi asesora, MSc. Osmarilys Sulbarán, le agradezco con franqueza, el tiempo, la orientación, la paciencia y la confianza que tuvo durante la trayectoria de la elaboración del trabajo de grado.

Mi coasesora, Dra. Yanet Antón, por su tiempo, apoyo, meticulosidad y eficacia para enseñar y perfeccionar.

Mi compañera de tesis, Milagros Centeno, le doy las gracias por el aprecio, la compañía y la colaboración que me brindó en el transcurso de la ejecución del trabajo de grado.

La coordinadora del Servicio de Educación de Recuperación Nutricional (SERN), MSc. Marynés Ramos, se le agradece la amabilidad y la cordialidad que demostró al permitirme el acceso en la institución para llevar a cabo la investigación.

La enfermera del SERN, Lcda. Graciliana Hurtado, igualmente se le agradece la amabilidad al aceptarme en la institución y servir como docente durante la estadía.

Chrismary del Valle Ramos Gómez

AGRADECIMIENTO

A

Mis padres, por su esfuerzo para darme un futuro mejor y porque siempre estuvieron conmigo brindándome su apoyo incondicional.

Mis hermanas y hermanos, por creer y confiar en mí, apoyándome en todas las decisiones que he tomado en la vida.

Mi compañera de tesis, Chrismary Ramos, por su ayuda incondicional y darme ese voto de confianza para la realización de este trabajo de investigación.

Mi asesora, MSc Osmarilys Sulbarán y coasesora Dra. Yanet Antón, por brindarme todo su apoyo, asesoría y conocimientos necesarios durante todo el proceso de investigación. Sus sabios consejos y dedicación fueron fundamentales para el desarrollo y éxito de este trabajo.

El personal del SERN especialmente a la licenciada en enfermería Graciliana Hurtado y a la coordinadora MSc Marynés Ramos por su apoyo constante, permitirme trabajar en su institución y facilitarme las herramientas necesarias para llevar a cabo este trabajo de investigación.

Las personas entrevistadas y a los participantes del estudio, quienes generosamente compartieron su tiempo para enriquecer este trabajo. Sin su colaboración, este estudio no hubiera sido posible.

Milagros del Valle Centeno Rodriguez

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Frecuencia absoluta y porcentual en relación al estado nutricional perteneciente a niños y niñas de 2 a 9 años atendidos en el Servicio de Educación de Recuperación Nutricional “Antonio José de Sucre” Cumaná, estado Sucre.....	12
Tabla 2. Frecuencia absoluta y porcentual en relación al estrato socioeconómico perteneciente a niños y niñas de 2 a 9 años atendidos en el Servicio de Educación de Recuperación Nutricional “Antonio José de Sucre” Cumaná, estado Sucre.....	14
Tabla 3. Asociación entre el estado nutricional con el estrato socioeconómico perteneciente a niños y niñas de 2 a 9 años atendidos en el Servicio de Educación de Recuperación Nutricional “Antonio José de Sucre” Cumaná, estado Sucre.....	16
Tabla 4. Asociación entre el estado nutricional con el estrato socioeconómico perteneciente a niños de 2 a 9 años atendidos en el Servicio de Educación de Recuperación Nutricional “Antonio José de Sucre” Cumaná, estado Sucre.	18
Tabla 5. Asociación entre el estado nutricional con el estrato socioeconómico perteneciente a niñas de 2 a 9 años atendidas en el Servicio de Educación de Recuperación Nutricional “Antonio José de Sucre” Cumaná, estado Sucre.	19

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue evaluar el estado nutricional asociado al estrato socioeconómico presente en los niños y niñas de 2 a 9 años atendidos en el Servicio de Educación de Recuperación Nutricional “Antonio José de Sucre” Cumaná, estado Sucre. Durante la ejecución de esta investigación, se estudiaron 31 niños y niñas (21 niños y 10 niñas), a los cuales se les determinaron las variables: género, talla y peso. Posteriormente, para identificar el estado nutricional de la muestra de estudio, se utilizó la clasificación antropométrica nutricional del Instituto Nacional de Nutrición (INN) y del Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN), la cual consistió en la combinación de los indicadores: peso para la talla (PT) y talla para la edad (TE). Por otro lado, se les entregaron a los padres y/o representantes de los niños y niñas, el instrumento de estratificación socioeconómica: método Graffar modificado por Méndez Castellano. Este método evalúa cuatro variables: profesión del jefe de familia, nivel de instrucción de la madre, fuente principal de ingreso de la familia y condiciones de la vivienda; cada variable a su vez está conformada por 5 posibles respuestas, con una ponderación determinada del 1 al 5. La suma total de la ponderación obtenida permitió clasificar el estrato socioeconómico al cual pertenece el sujeto. Se pudo evidenciar que 17 niños y niñas presentaron un estado nutricional clasificado como déficit agudo. Mientras que, el estrato socioeconómico más frecuente fue el III, con 13 niños y niñas encontrados. Los resultados de esta investigación manifiestan una asociación altamente significativa entre el estado nutricional déficit agudo y el estrato socioeconómico III de los sujetos evaluados. En los niños, se encontró una asociación entre el estado nutricional déficit crónico descompensado y los estratos socioeconómicos IV y V, igualmente entre el estado nutricional normal y el estrato socioeconómico IV. Sin embargo, en las niñas no hubo asociación significativa entre el estado nutricional y el estrato socioeconómico.

INTRODUCCIÓN

El estado nutricional es la condición en la que se encuentra el organismo con relación a la ingesta de nutrientes y es medido a través de los parámetros nutricionales (Saintila y Rodríguez, 2016). En la infancia, esta condición constituye un indicador de salud y de bienestar, tanto a nivel individual como poblacional ya que está asociado con el crecimiento, desarrollo, el nivel de actividad física y la respuesta inmunitaria (Henríquez y Dini, 2009).

En ese sentido, se establece que el estado nutricional de un individuo es resultado de un conjunto de factores físicos, genéticos, biológicos, culturales, psicológicos, sociales, económicos y ambientales; cuando estos factores causan una ingestión insuficiente o excesiva de nutrientes o impiden la utilización óptima de los mismos, se generan problemas nutricionales que tienen como causas básicas aspectos de alimentación, salud y/o cuidados de la familia y de la comunidad para cubrir las necesidades de los grupos más vulnerables (Figueroa, 2004).

Para valorar el estado nutricional en una población existen indicadores directos e indirectos. Los directos son los que se obtienen a través del estudio de las medidas antropométricas, análisis de bioquímica sanguínea, historia clínica, manifestaciones clínicas y la dieta de los individuos, mientras que los indicadores indirectos son los relacionados con la alimentación, las tasas de morbilidad y mortalidad, el ingreso anual por persona en una población, su escolaridad, vivienda, atención a la salud, seguridad social y equidad y aquellos que permiten conocer el grado de desarrollo social y económico de un país (Vega e Iñarritu, 2010). El desarrollo económico de un país se conoce mediante los indicadores socioeconómicos como son: El Producto Nacional Bruto (PNB), la renta nacional per cápita, el Producto Interno Bruto (PIB) y el consumo per cápita (Fermoso, 1997).

En el individuo, la combinación de variables antropométricas (peso y talla) con una variable no estructural como la edad, proporciona los indicadores más simples para evaluar el estado nutricional, reflejando los cambios por déficit o por exceso (Méndez, 1988). Los parámetros antropométricos están constituidos por el peso para la edad (PE), el peso para la talla (PT) y la talla para la edad (TE). El PE es la relación entre el peso de un individuo a una edad determinada y la referencia para su misma edad y sexo. El PT es la relación entre el peso obtenido de un individuo de una talla determinada y el valor de referencia para su misma talla y sexo. Por último, TE es la relación entre la talla de un individuo y la referencia para su misma edad y sexo (Ravasco *et al.*, 2010).

Hernández *et al.* (1993), propusieron analizar si la metodología de Waterlow para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niños de hasta los 10 años de edad, basadas en los indicadores tradicionales: PE, PT y TE, se ajusta a la realidad biológica de los niños venezolanos; obteniéndose que a nivel individual y poblacional, la evaluación nutricional antropométrica cuando se fundamenta en un solo indicador, produce una serie de errores de diagnóstico (falsos positivos y falsos negativos), los cuales pueden ser disminuidos al aplicar una interpretación combinada de los indicadores tradicionales. Proponiendo una clasificación que combina los indicadores y una guía de orientación para el diagnóstico antropométrico presuntivo, para ser utilizada por el personal de salud.

Por otro lado, según Henriquez y Dini (2009), el estado nutricional se puede clasificar en riesgo de desnutrición, desnutrición aguda (leve, moderada o grave) y desnutrición crónica. El riesgo de desnutrición, corresponde al período prepatogénico de la evolución natural de la enfermedad donde se evidencia la existencia de riesgos socioeconómicos, psicológicos, dietéticos o biomédicos. La desnutrición aguda corresponde al período patogénico de la evolución natural de la enfermedad en la cual existen alteraciones en los indicadores

antropométricos. Por último, en la desnutrición crónica se consideran dos modalidades: desnutrición crónica compensada u homeorrexis, en donde existe una relación PT normal, pero la TE y el PE están disminuidos; y la desnutrición crónica descompensada, en donde los indicadores PT, TE y PE, se encuentran todos disminuidos (Ponte, 2011).

Una investigación realizada en Nicaragua, evaluó diferencias significativas en cuanto al estado nutricional y el tipo de alimentación. Obteniéndose que los niños desnutridos presentan menor frecuencia y variedad de los alimentos con alto valor nutritivo en comparación con los normo pesos, en cambio los niños con sobrepeso reportan gran variedad consumo frecuente de alimentos con carbohidratos complejos y grasas (Robles, 2011).

En Venezuela, Vívenes *et al.* (2000), evaluaron el estado nutricional en niños escolares de la población de Araya, estado Sucre. Estudiaron su condición nutricional, a través de indicadores socioeconómicos, dietéticos, antropométricos, clínicos, hematológicos, bioquímicos y parasitológicos. Se determinó que 90,00% de los niños provenían de familias pertenecientes a los estratos de mayor riesgo socioeconómico. El diagnóstico antropométrico nutricional reveló: 3,00% de niños con sobrepeso, 54,00% nutridos, 18,00% en condición subclínica, 6,00% desnutridos crónicos compensados y 19,00% desnutridos crónicos descompensados. El examen clínico nutricional no reveló signos característicos de desnutrición moderada o grave.

Conviene enfatizar que cuando existen alteraciones en el estado nutricional se utiliza el término malnutrición, el cual es definido como la nutrición deficiente o desequilibrada a causa de una dieta pobre o excesiva; es uno de los factores que más contribuyen a la carga mundial de la morbilidad, pues más de una tercera parte de las enfermedades infantiles en todo el mundo se atribuyen a la

desnutrición, donde la pobreza representa una de sus causas principales (Mejía, 2017).

En relación con lo anterior, se puede definir a la desnutrición infantil como una enfermedad producida por un insuficiente aporte de proteínas, minerales y vitaminas necesarias para el organismo. En su origen interfieren factores tales como la pobreza, la escasez de alimentos, los hábitos dietéticos, la mala calidad del agua, la selección inapropiada de alimentos y la asociación con infecciones parasitarias y/o bacterianas (Torresani, 2008). En cualquier etapa de la vida de un niño, la relación inadecuada entre talla, peso y edad, se convierte en un indicador de inequidad social y es el reflejo de la influencia de factores biológicos, socioeconómicos, ambientales, familiares y psicológicos (Barreto y Quino, 2014).

La nutrición está íntimamente ligada con el fenómeno biológico del crecimiento, la cual puede manifestarse por el aumento (balance positivo), mantenimiento (balance neutro) o disminución (balance negativo) de la masa y del volumen corporal. Además, la nutrición se debe adecuar a las necesidades del organismo en relación con el cambio de forma, función y composición corporal (Gómez *et al.*, 1997).

La situación nutricional es normal cuando la oferta de nutrientes a través de la alimentación se corresponde con las necesidades metabólicas normales y sus variaciones (anabolismo/catabolismo). Esto conduce a dos alternativas posibles: si la disponibilidad de energía y nutrientes es inferior a las necesidades, tendremos como resultado el desarrollo de malnutrición por defecto; por el contrario, si la oferta excede las exigencias biológicas, con valores superiores a los niveles tolerables, tendremos como resultado la malnutrición por exceso (Batista, 2003).

En la desnutrición existe una baja ingesta, absorción y aprovechamiento de los nutrientes. Cuando la carencia de estos nutrientes se prolonga, el organismo utiliza reservas de grasa, originando cetoacidosis para posteriormente entrar en catabolismo de las proteínas, originando un balance negativo de nitrógeno y potasio (García *et al.*, 2002). Es importante reconocer que los efectos de la desnutrición infantil se valoran a corto plazo y a largo plazo. En un primer momento, aparecen enfermedades diarreicas, deshidratación, alteraciones hidroelectrolíticas, depresión de la inmunidad, infecciones, pérdida de peso, trastornos hematológicos, cardiorrespiratorios y renales, mientras que a largo plazo aparecerán el déficit de talla y la disminución del cociente intelectual (Ortiz *et al.*, 2006).

Peñafiel *et al.* (2023) concluyeron que existen diversos factores asociados a la desnutrición crónica, dentro de ellos se incluyen: los insuficientes conocimientos de las madres respecto a la desnutrición, los bajos ingresos mensuales, la falta de sistematicidad en las consultas médicas, el escaso consumo de frutas, verduras, cereales, carnes y lácteos de las madres en su periodo de gestación; las insuficiencias en los esquemas de vacunación y la carencia de agua potable.

Torres *et al.* (2022) manifiestan en su estudio que una mayor escolaridad materna puede reducir la desnutrición infantil mediante la mejora de la conciencia sobre las prácticas de saneamiento, las prácticas saludables y la asignación óptima de recursos a favor de los niños. La escolaridad de los padres influye significativamente en la provisión de una alimentación familiar adecuada, debido a ingresos sólidos y uso apropiado de los recursos. El desarrollo socioeconómico y la tasa de reducción de la desnutrición en los niños pueden brindar información significativa para mejorar el estado de vida en la mayoría de los países en desarrollo.

Cazorla (2013) plantea que la desnutrición infantil tiene una relación directa con el estrato socioeconómico bajo y describe que es una enfermedad de alta prevalencia pero que incide en sectores de la población que tienen escasa participación en el ingreso y que por tanto no pueden generar una demanda económica relacionada con su padecimiento. En consecuencia, los estratos sociales bajos son más afectados debido a sus escasos ingresos económicos y nivel educativo, lo que repercute en la estructura de la dieta viéndose restringido el consumo de calorías.

Respecto a lo anterior, cabe mencionar que para conocer el estrato socioeconómico de una familia se utiliza el método Graffar Méndez Castellano, el cual determina 5 estratos identificados en números romanos. El estrato I corresponde a los hogares que poseen las mejores condiciones sociales, es decir, aquellos de clase alta. El estrato II posee buenas condiciones de vida, pero no lujosas y son conocidos como clase media superior. El estrato III demuestra una pérdida de calidad de vida a diferencia de los estratos anteriores y se denomina clase media inferior. Las personas ubicadas en el estrato IV poseen problemas críticos que les identifica como pobreza relativa, el cual no demuestra un nivel de necesidad absoluto. El último estrato es el V, se conoce como el estado de pobreza crítica debido a que los individuos poseen un alto nivel de privación (Benítez y Dunia, 2011).

En un trabajo realizado en el estado Carabobo, durante octubre de 2015 y marzo de 2016, se halló que la desnutrición infantil a pesar de haber sido ampliamente estudiada a nivel mundial, continúa siendo una de las principales causas de mortalidad infantil y por ende, un problema de salud pública y Venezuela no escapa de esta realidad, debido a que este trastorno predomina en los estratos socioeconómicos IV y V, y la inflación y escasez de alimentos ha dificultado el acceso de la población a una dieta balanceada, siendo la población infantil la más afectada (Furgjuele, 2016).

Es importante señalar que la desnutrición es la patología con mayor prevalencia a nivel mundial y una de las principales causas de morbilidad y mortalidad durante la infancia en todo el mundo. En su etiología, se reconocen distintos factores de riesgo y su alta prevalencia está íntimamente ligada al subdesarrollo económico (García, 2018). En Venezuela, de acuerdo al Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN), existe un incremento progresivo en los índices de desnutrición infantil a partir del año 2002 (Solano *et al.*, 2005).

Sustentado en lo anterior, se considera de importancia el estudio del estado nutricional en los niños y niñas y como puede estar relacionado con factores socioeconómicos, predisponiendo a afectar negativamente los procesos vitales, el sistema inmunológico, el crecimiento físico y cognitivo. Por este motivo, esta investigación consistió en evaluar el estado nutricional y el estrato socioeconómico en los niños y niñas de 2 a 9 años atendidos en el Servicio de Educación de Recuperación Nutricional (SERN) "Antonio José de Sucre" Cumaná, estado Sucre.

METODOLOGÍA

Área de estudio

Esta investigación se llevó a cabo en el SERN “Antonio José de Sucre” ubicado en la ciudad de Cumaná, estado Sucre.

Tipo de estudio

La investigación fue descriptiva, de campo, no experimental y correlacional.

Población y muestra

La población de estudio estuvo conformada por los niños y niñas de 2 a 9 años atendidos en el SERN “Antonio José de Sucre”, Cumaná, estado Sucre.

Criterios de inclusión

Se incluyeron de esta investigación todos los niños y niñas de 2 a 9 años atendidos en el SERN “Antonio José de Sucre”, cuyos padres autorizaron su participación en el estudio.

Criterios de exclusión

Se excluyeron de esta investigación a todos los niños y niñas menores de 2 años y mayores de 9 años, con enfermedades metabólicas y crónicas como la diabetes, hipertiroidismo y el cáncer, también aquellos cuyos padres no autorizaron su participación.

Normas de bioética

La presente investigación se llevó a cabo siguiendo el criterio de ética establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para trabajos de investigación en humanos (1982) y la Declaración de Helsinki, donde se establece que la investigación en humanos sólo se lleva a cabo por personas

científicamente calificadas y bajo vigilancia del personal de la salud (Asamblea de Edimburgo, 2000).

Se informó a los padres y/o representantes de los niños y niñas que asistieron al SERN “Antonio José de Sucre” acerca de la confidencialidad en el manejo de la información, así como también de los objetivos de la investigación y se les solicitó el consentimiento informado (Anexo 1).

Técnicas e instrumentos de investigación

Determinación del estado nutricional

Para determinar el estado nutricional se utilizó la clasificación antropométrica nutricional del Instituto Nacional de Nutrición (INN) y del Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN) (1991), para niños y niñas de 2 a 9 años. Inicialmente se recolectaron los datos del sujeto: nombre, edad y sexo. Seguidamente, se procedió a medir la talla y el peso mediante los procedimientos y técnicas establecidos por el INN y el SISVAN (Anexo 2).

La determinación de la talla de los sujetos de 2 años o más, se realizó de pie, sin calzado, sobre una superficie plana, con los talones juntos y la cabeza perpendicular al cuerpo, se les indicó que respiraran profundamente y que se mantuvieran erguidos mientras se colocaba una escuadra sobre su cabeza, para de esta manera realizar la medida con una cinta métrica.

El peso de los sujetos de estudio, se obtuvo de pie, sin calzado, con ropa interior ligera, mediante el uso de una balanza, cerciorándose que el sujeto mantuviera una posición inmóvil, estable y sin apoyo. El peso se anotó en kilogramos y se ajustó la balanza a cero (0) antes y después de cada medición.

Los índices PT y TE se calcularon a partir de las gráficas SISVAN para niños y niñas de 2 a 9 años. Para obtener el índice TE se halló el punto de intercepción

entre la edad del niño (ubicada en el eje X) y la talla (ubicada en el eje Y) (Anexo 3).

Para obtener el PT se halló el punto de intercepción entre la talla (ubicada en el eje X) y el peso (ubicado en el eje Y) (Anexo 4).

Identificación del estrato socioeconómico

Se aplicó el método de Graffar modificado por Méndez Castellano (1994), a los padres y/o representantes de los sujetos estudiados. Este método evalúa cuatro variables: profesión del jefe de familia, nivel de instrucción de la madre, fuente principal de ingreso de la familia y condiciones de la vivienda; cada variable a su vez está conformada por 5 posibles respuestas, con una ponderación determinada del 1 al 5. La suma total de la ponderación obtenida permitió clasificar el estrato socioeconómico al cual pertenece el niño (Anexo 5).

Análisis de datos

Para asociar el estado nutricional con el estrato socioeconómico en los infantes de interés de 2 a 9 años atendidos en el SERN “Antonio José de Sucre”, los resultados fueron sometidos a análisis estadísticos Chi cuadrado (χ^2), la toma de decisiones se realizó bajo un nivel de confianza de 95,00%.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se presenta la frecuencia absoluta y porcentual en relación al estado nutricional perteneciente a niños y niñas de 2 a 9 años atendidos en el Servicio de Educación de Recuperación Nutricional “Antonio José de Sucre” Cumaná, estado Sucre.

Tabla 1. Frecuencia absoluta y porcentual en relación al estado nutricional perteneciente a niños y niñas de 2 a 9 años atendidos en el Servicio de Educación de Recuperación Nutricional “Antonio José de Sucre” Cumaná, estado Sucre.

Estado nutricional	Masculino		Femenino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Déficit agudo	11	35,48	6	19,36	17	54,84
Déficit crónico descompensado	4	12,90	0	0,00	4	12,90
Déficit crónico compensado	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Normal	6	19,36	4	12,90	10	32,26
Sobrepeso	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total	21	67,74	10	32,26	31	100

n: número de niños y niñas, %: porcentaje.

En la misma se observa que un 54,84% de los sujetos corresponden a un déficit agudo, siendo el género masculino el de mayor porcentaje (35,48%); el estado nutricional normal obtuvo 32,26%, de los cuales 19,36% pertenecen al género masculino y el 12,90% al femenino; mientras que el déficit crónico descompensado obtuvo 12,90% correspondiente a su totalidad al género masculino. No se encontraron evidencias de déficit crónico compensado, ni de sobrepeso en la muestra de estudio

El déficit agudo presente en los niños y niñas de la muestra de estudio, posiblemente se deba al factor de la economía de las familias responsables, debido a que los riesgos de desnutrición infantil pueden elevarse por causas económicas como la pobreza (Deaton, 2013) y por la situación económica del país (Dave *et al.*, 2016). Es evidente que la pobreza es el condicionante

principal de la dificultad al acceso a muchos productos alimentarios y cuando se posee un menor nivel socioeconómico se resiente la calidad y la cantidad de los nutrientes de la dieta alimenticia (Jimenez, 2010).

Aunque el poder adquisitivo en las familias de bajos recursos económicos incide negativamente en la capacidad de acceso de la familia a los alimentos, generando por ende la aparición del déficit nutricional en los niños, la desnutrición no sólo depende de este factor. En edades tempranas, los niños y niñas son dependientes de terceras personas para su alimentación. Por lo tanto, la influencia que tiene el nivel de instrucción de la madre sobre el estado de salud y desarrollo del niño es muchas veces determinante, ya que son las madres las primeras en orientar a los menores sobre la elección de los alimentos y en esa medida, ir forjando sus hábitos alimentarios (Urrego *et al.*, 2022).

La alimentación de los menores depende de sus familias, de esta manera, la selección y la capacidad de las familias para suministrar alimentación adecuada, tiene efectos significativos. Si los cuidadores carecen de conocimiento sobre las características propias de la alimentación del niño, por mejores que sean sus intenciones para optimizar los hábitos de alimentación, las acciones que tomen van a ser inapropiadas y poco útiles (García y Dini, 2009).

Según De Tejada *et al.* (2005), existe una asociación entre la desnutrición y la escolaridad de las madres, lo que quiere decir que en la medida en que el nivel de la escolaridad de la madre disminuye, es más probable que el infante sufra de desnutrición, siendo quizás esta la razón por la cual los niños y niñas pertenecientes a esta investigación, presentan este elevado porcentaje de déficit agudo.

Se muestra la frecuencia absoluta y porcentual en relación al estrato socioeconómico perteneciente a niños y niñas de 2 a 9 años atendidos en el Servicio de Educación de Recuperación Nutricional “Antonio José de Sucre” Cumaná, estado Sucre.

Tabla 2. Frecuencia absoluta y porcentual en relación al estrato socioeconómico perteneciente a niños y niñas de 2 a 9 años atendidos en el Servicio de Educación de Recuperación Nutricional “Antonio José de Sucre” Cumaná, estado Sucre.

Estrato socioeconómico	Masculino		Femenino		Total	
	n	%	n	%	n	%
I	0	0,00	0	0,00	0	0,00
II	3	9,68	1	3,22	4	12,90
III	7	22,58	6	19,36	13	41,94
IV	8	25,80	3	9,68	11	35,48
V	3	9,68	0	0,00	3	9,68
Total	21	67,74	10	32,26	31	100

n: número de niños y niñas, %: porcentaje.

La tabla muestra que el estrato III presenta el mayor porcentaje (41,94%), con 22,58% el sexo masculino y 19,36% el sexo femenino, el otro estrato con elevada proporción es el IV, con 35,48%, siendo también el sexo masculino quien representa la mayor presencia con 25,80%, mientras que el estrato con menor representación (0%) fue el I.

La frecuencia hallada en el estrato socioeconómico III probablemente esté relacionada a que el SERN es un programa público perteneciente al INN el cual se enfoca a promover la seguridad alimentaria y mejorar el estado nutricional de toda la población venezolana, especialmente en los sectores más vulnerables. El problema de la desnutrición infantil es prioritario para este instituto, de allí que asista directamente a los niños que presentan esta condición a través de centros médicos asistenciales que procuran recuperar el estado nutricional de los mismos, en general, el INN atiende situaciones relacionadas con la

malnutrición infantil, de allí que sus estrategias se orienten a prevenir y controlar ese problema (Gómez y Gómez, 2013).

Los resultados de esta investigación coinciden con un estudio realizado en Valencia por Yammine (2019) donde se encontró que el nivel socioeconómico más frecuente fue el estrato III (38,30%). Aunque el estrato III se encuentra clasificado como clase media inferior, en la realidad actual, las familias de este estrato socioeconómico no logran cubrir sus necesidades, convirtiéndose en un sector vulnerable de la población venezolana. Por otro lado, los resultados de esta investigación difieren de Costa (2015), en la cual se evalúa el estado nutricional de los niños y niñas, encontrándose que el estrato socioeconómico predominante fue el IV, clasificado como pobreza relativa.

Es importante mencionar que en Venezuela, el bajo desarrollo económico se traduce en un incremento en el precio de los alimentos y una disminución del consumo de los mismos, ocasionando alteraciones nutricionales en los grupos más vulnerables de la población. De esta manera, la calidad de vida de las familias del estrato III ha disminuido, habiéndose acentuado más aún este deterioro en los estratos IV y V (Solano *et al.*, 2011).

Por lo tanto, se puede argumentar que el porcentaje elevado de niños y niñas pertenecientes al estrato III obtenidos en esta investigación puede deberse a que la situación económica que está atravesando el país ha influenciado en las condiciones de vida de los diferentes estratos sociales, sobre todo, en aquellos con las mayores carencias. En la actualidad, se observa una caída abrupta y sistemática en el tamaño de la clase media con relación al total de la población. El ingreso promedio real de la clase media ha caído más de 70% desde 2010, y hoy en día aproximadamente 9 de cada 10 familias considerada clase media al principio de la década, ya no lo es (Zambrano y Hernandez, 2021).

Se presenta la asociación entre el estado nutricional con el estrato socioeconómico perteneciente a niños y niñas de 2 a 9 años atendidos en el Servicio de Educación de Recuperación Nutricional “Antonio José de Sucre” Cumaná, estado Sucre.

Tabla 3. Asociación entre el estado nutricional con el estrato socioeconómico perteneciente a niños y niñas de 2 a 9 años atendidos en el Servicio de Educación de Recuperación Nutricional “Antonio José de Sucre” Cumaná, estado Sucre.

EN	Estrato socioeconómico										χ^2	p
	I		II		III		IV		V			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
N	0	0,00	1	9,09	4	36,36	5	45,45	1	9,09	20,73***	(p>0,001)
DA	0	0,00	3	18,75	9	56,25	4	25,00	0	0,00		
DCD	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	50,00	2	50,00		

n: número de muestras; I: estrato socioeconómico alto; II: estrato socioeconómico medio superior; III: estrato socioeconómico medio inferior; IV: estrato socioeconómico pobreza relativa; V: estrato socioeconómico pobreza crítica; EN: estado nutricional; N: condición normal del estado nutricional; DA: condición déficit agudo del estado nutricional; DCD: condición déficit crónico descompensado del estado nutricional; χ^2 : prueba estadística chi cuadrado; ***: asociación altamente significativa.

La asociación altamente significativa ($\chi^2=20,73$; $p>0,001$) encontrada al evaluar el estado nutricional y el estrato socioeconómico en los niños y niñas analizados, indica que la opción que mejor representa esta asociación es el estado nutricional déficit agudo con el estrato socioeconómico III (56,25%). Esta asociación es quizás debida a que el estrato III está clasificado como estrato medio inferior, el cual agrupa a aquellas familias que no se encuentran en situación de pobreza, pero presentan una pérdida de la calidad de vida a diferencia de los estratos I y II (Méndez y De Méndez, 1994).

Las familias venezolanas del estrato III están compuestas por jefes de familia y/o madres con un nivel de educación que alcanza primordialmente bachillerato (incompleto en muchos casos), por lo que no necesariamente tengan una educación nutricional que les permita seleccionar apropiadamente los alimentos y distribuir racionalmente el presupuesto en función de esa selección (Ruiz *et*

al., 2012). Además, en los últimos años, se ha encontrado que familias de diferentes estratos sociales, incluyendo el estrato III, tienen dificultad para obtener la cantidad de ingresos necesarios para adquirir la canasta básica requerida (Ceballos, 2020).

Existe un vínculo entre pobreza y desnutrición, ya que, ingresos insuficientes limitan la capacidad de compra de los alimentos, situación que produce deficiencias nutricionales en aquella población de bajo nivel socioeconómico, quienes además poseen poco acceso a los servicios de salud, conllevándolos a un alto índice de morbilidad, debido al inadecuado aprovechamiento de los alimentos, lo que, por consiguiente, afecta el estado nutricional de los individuos (Séguin *et al.*, 2003).

Esta investigación, coincide con la realizada por Castillo y Figueroa (2012) quienes igualmente hallaron asociación entre el estado nutricional de los escolares y el estrato social, debido a que en ese estudio los escolares que pertenecían al estrato social más bajo, se encontraban en la zona de déficit nutricional. Sin embargo, difiere de la realizada por Lunar (2024) en la cual no se halló asociación significativa entre el estado nutricional y el estrato socioeconómico en los individuos evaluados.

En la tabla 4 se muestra la asociación entre el estado nutricional con el estrato socioeconómico perteneciente a niños de 2 a 9 años atendidos en el Servicio de Educación de Recuperación Nutricional “Antonio José de Sucre” Cumaná, estado Sucre. Se encontró una asociación altamente significativa ($\chi^2=13,34$; $p>0,001$) entre el déficit crónico descompensado (DCD) y los estratos IV y V, esto es quizás debido a que en los niños pertenecientes a este estado nutricional presentan carencia de nutrientes durante un tiempo prolongado, lo cual guarda relación lógica con los estratos más bajos clasificados como pobreza relativa (IV) y pobreza crítica (V). El estrato V vive una situación de

máxima privación que conduce a quienes forman parte de él, a un desamparo casi total de la vida económica, ubicándose en el grupo más asediado por la desnutrición. De igual manera, los niños del estrato IV sufren serios problemas en todos los aspectos de su crecimiento y desarrollo, pero en general con menor intensidad que los niños del estrato V (Méndez y De Méndez, 1994).

Tabla 4. Asociación entre el estado nutricional con el estrato socioeconómico perteneciente a niños de 2 a 9 años atendidos en el Servicio de Educación de Recuperación Nutricional “Antonio José de Sucre” Cumaná, estado Sucre.

EN	Estrato socioeconómico										χ^2	p
	I		II		III		IV		V			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
N	0	0,00	0	0,00	2	33,33	3	50,00	1	16,67	13,34***	(p>0,001)
DA	0	0,00	3	27,27	5	45,45	3	27,27	0	0,00		
DCD	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	50,00	2	50,00		

n: número de muestras; I: estrato socioeconómico alto; II: estrato socioeconómico medio superior; III: estrato socioeconómico medio inferior; IV: estrato socioeconómico pobreza relativa; V: estrato socioeconómico pobreza crítica; EN: estado nutricional; N: condición normal del estado nutricional; DA: condición déficit agudo del estado nutricional; DCD: condición déficit crónico descompensado del estado nutricional; χ^2 : prueba estadística chi cuadrado; ***: asociación altamente significativa.

Por lo tanto, la DCD ocurre en los niños a causa de una privación de alimentos prolongada, es decir, durante un largo período de tiempo, razón por el cual se acentúa la pérdida de peso y como consecuencia, el organismo disminuye, entre otros aspectos, el crecimiento, en otras palabras, el individuo mantiene una talla baja para su edad (Ponte, 2011). Esta situación se explica porque en edades tempranas el niño debe hacer adaptaciones que le permitan sobrevivir ante situaciones carenciales (Infante *et al.*, 2008).

Por otra parte, la asociación encontrada entre el estado nutricional normal y el estrato IV, posiblemente se deba a que los niños de la muestra de estudio asisten al SERN de manera constante, llevando un control para lograr un restablecimiento y mantenimiento de un estado nutricional óptimo. Esto ocurre porque este programa perteneciente al INN se encarga de atender cualquier

problemática relacionada con la malnutrición, especialmente en los infantes (Gómez y Gómez, 2013).

La asociación entre el estado nutricional de un niño con el estrato socioeconómico se justifica porque la alimentación y la posición económica guardan una relación directa. Dependiendo del tipo de profesión del jefe de familia y de la principal fuente de ingreso de la familia, la cantidad de alimentos que ésta puede adquirir será mayor (si sus ingresos son altos) o menor (si sus ingresos son bajos), influyendo de esta manera en la nutrición de los más vulnerables, por lo que normalmente una mala alimentación se da en familias con niveles económicos bajos, ya que no consumen una dieta calórica ni nutricional saludable, debido al coste de las mismas (Corella y Ordovás, 2015).

Se presenta la asociación entre el estado nutricional con el estrato socioeconómico perteneciente a niñas de 2 a 9 años atendidas en el Servicio de Educación de Recuperación Nutricional “Antonio José de Sucre” Cumaná, estado Sucre.

Tabla 5. Asociación entre el estado nutricional con el estrato socioeconómico perteneciente a niñas de 2 a 9 años atendidas en el Servicio de Educación de Recuperación Nutricional “Antonio José de Sucre” Cumaná, estado Sucre.

EN	Estrato socioeconómico										χ^2	p
	I		II		III		IV		V			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
N	0	0,00	1	25,00	2	50,00	1	25,00	0	0,00		
DA	0	0,00	0	0,00	4	66,67	2	33,33	0	0,00	1,12	(p >0,05)
DCD	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	ns	

n: número de muestras I: estrato socioeconómico alto; II: estrato socioeconómico medio superior; III: estrato socioeconómico medio inferior; IV: estrato socioeconómico pobreza relativa; V: estrato socioeconómico pobreza crítica; EN: estado nutricional; N: condición normal del estado nutricional; DA: condición déficit agudo del estado nutricional; DCD: condición déficit crónico descompensado del estado nutricional; χ^2 : prueba estadística chi cuadrado; ns: asociación no significativa.

En relación a las niñas con déficit agudo, este estudio arrojó un predominio en el estrato socioeconómico III (66,67%). Sin embargo, la asociación no significativa ($\chi^2=1,12$; $p>0,05$) indica que las variables estado nutricional y estrato socioeconómico son independientes. En otras palabras, no hay evidencia estadísticamente significativa para afirmar que existe asociación entre las variables. La razón de este resultado puede ser debido a la cantidad de muestras en este caso particular, ya que la prueba chi cuadrado requiere de una cantidad lo suficientemente grande (Mendivelso y Rodríguez, 2018).

Al encontrarse que las niñas también presentan un alto porcentaje de déficit agudo, es importante destacar que el déficit nutricional no es exclusivo de un género en particular, ya que ambos géneros pueden experimentar este tipo de malnutrición si no reciben una alimentación adecuada. En una evaluación realizada en América Latina y el Caribe, se menciona que no se encontraron diferencias significativas en la mayor parte de países con datos de déficit nutricional discriminados por género, en niños y niñas menores de cinco años, a excepción de Jamaica que presentaba doble de desnutridos en niños en comparación con las niñas (Kamatsuchi, 2003).

El déficit agudo encontrado probablemente se deba a una dieta deficiente en calidad, cantidad y variedad de alimentos, caracterizada por una ingesta insuficiente de proteínas, ocasionada por el poder adquisitivo de los jefes de familias para adquirir los alimentos. Así lo confirma Lunar (2024) en una investigación realizada en Cumaná, Venezuela, la cual afirma que los niños y niñas muestran un consumo frecuente de carbohidratos, verduras y granos, en todos los estados nutricionales, pero con poca ingesta de proteína animal en los que estuvieron clasificados como malnutrición por déficit.

Todo lo mencionado anteriormente, permite establecer que el estado nutricional en los niños y niñas que participaron en este estudio, se encuentra vinculado a

factores sociales y económicos, así como a la capacidad de las familias de suministrar suficientes alimentos saludables en calidad y variedad.

CONCLUSIONES

Se encontró que los sujetos clasificados como clase media inferior, presentaron déficit nutricional, lo que sugiere que la situación económica del país posiblemente sea un factor determinante.

Los niños con problemas de crecimiento y desarrollo estuvieron asociados a los estratos socioeconómicos más bajos.

En las niñas, se halló que las variables estado nutricional y estrato socioeconómico son independientes.

RECOMENDACIONES

Efectuar investigaciones actualizadas sobre el estado nutricional de los niños y niñas en diversas instituciones y/o comunidades para ser relacionados en función de los ingresos y educación de la familia, así como el tipo de alimentos que consumen.

En nuevos estudios, aplicar el método Graffar modificado por Méndez Castellano (1994) en conjunto con otros instrumentos que evalúen el poder adquisitivo de las familias venezolanas.

Impulsar el desarrollo de programas educativos para padres, madres y representantes respecto a la alimentación adecuada que deben recibir los niños y niñas, haciendo énfasis en la nutrición que estos requieren durante edades tempranas.

BIBLIOGRAFÍA

Barreto, P. y Quino, A. 2014. Efectos de la desnutrición infantil sobre el desarrollo psicomotor. *Revista Criterios*, 21(1): 225-224.

Batista, M. 2003. Alimentação, nutrição e saúde. En: *Epidemiologia e saúde*. Sexta edición. Rouquayrol, M. y Almeida, N. (eds). Río de Janeiro. Págs. 309-410.

Benítez, M. y Dunia, M. 2011. Evaluación del método de estratificación social Graffar-Méndez Castellano. Trabajo de grado. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. Universidad Católica Andrés Bello, Venezuela.

Castillo, I. y Figueroa, N. 2012. Relación del estado nutricional por déficit y rendimiento académico en escolares, ambulatorio tipo II "La Sabanita", Ciudad Bolívar. Trabajo de grado. Departamento de Enfermería. Universidad de Oriente, Ciudad Bolívar.

Cazorla, M. 2013. Factores que influyen en la desnutrición de los escolares que cursan la educación básica en Venezuela. Trabajo de grado. Universidad de Carabobo, Valencia.

Ceballos, L. 2020. La alimentación saludable y el nivel socioeconómico: voces de los jefes de hogar. *Revista Nacional Científica Estudiantil*, 1(1): 31-52.

Corella, D. y Ordovás, J. 2015. Relación entre el estado socioeconómico, la educación y la alimentación saludable. En: *Nutrición y salud*. España. Págs 283-306.

Costa, C. 2015. Evaluación nutricional de pacientes ingresados en el hospital de niños "Dr. Jorge Lizarraga". Valencia. Estado Carabobo. Período mayo - julio 2015. Trabajo de grado. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo, Valencia.

Dave, D.; Doytch, N. y Kelly, I. 2016. Nutrient Intake: a cross sectional analysis of trends and economic correlates. *Social Science & Medicine*, 158: 158-167.

De Tejada, M.; González, A.; Márquez, Y. y Bastardo, L. 2005. Escolaridad materna y desnutrición del hijo o hija. Centro Clínico Nutricional Menca de Leoni. Caracas. *Anales Venezolanos de Nutrición*, 18(2): 162-168.

Fermoso, P. 1997. *Manual de economía de la educación*. Editorial Narcea Ediciones. Madrid.

Figueroa, D. 2004. Estado nutricional como factor y resultado de la seguridad

alimentaria y nutricional y sus representaciones en Brasil. *Revista de Salud Pública*, 6(2): 140-155.

Furguele, G. 2016. Desnutrición en el Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Dr. Angel Larralde del estado Carabobo durante el período octubre 2015 a marzo 2016. Trabajo de grado. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo, Valencia.

García, C. 2018. Factores asociados a la desnutrición crónica infantil en Mozambique. Trabajo de grado. Departamento de Ciencias Clínicas. Universidad de las Palmas de Gran Canaria, España.

García, M. y Dini, E. 2009. Evaluación del estado nutricional. En: *Nutrición y Pediatría*. Segunda edición. Caracas. Pág. 296.

García, P.; Orozco, L.; Moreno, W.; Sánchez, C.; Gómez, T. y Alcántara, G. 2002. Programa integrado para la atención nutricional en la población infantil de CD Nezahualcoyotl de 1999 a 2000. *Vertientes, Revista Especializada en Ciencias de la Salud*, 5(1-2): 32-42.

Gómez, E. y Gómez, G. 2013. Intervención profesional de los/as trabajadores/as sociales en la atención nutricional infantil. Experiencia en el Instituto Nacional de Nutrición (INN) sede Caracas y Unidad Regional Sucre y el Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo (CANIA). Trabajo de grado. Departamento de Trabajo Social. Universidad de Oriente, Cumaná.

Gómez, F.; Aguilar, R. Muñoz, J. 1997. Desnutrición infantil en México. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 54(7): 341-347.

Henriquez, G. y Dini, E. 2009. Evaluación del estado nutricional. En: *Nutrición en Pediatría*. Segunda edición. Caracas. Págs. 22-68.

Hernández, V.; Arenas, O. y Henríquez, G. 1993. Clasificación antropométrica: modificación de la clasificación Waterlow. *Anales Venezolanos de Nutrición*, 6: 31-40.

Infante, B.; Zabala, M.; Cordero, R.; León, G.; White, A. y Hurtado, M. 2008. El comedor escolar: una estrategia nutricional utilizada para intervenir la población desde el punto de vista de salud pública y lograr el bienestar físico y nutricional de niños escolares de comunidades rurales en estado de pobreza. *Informe Médico*, 10: 689-698.

Jiménez, D.; Rodríguez, A. y Jiménez, R. (2010). Análisis de determinantes sociales de la desnutrición en Latinoamérica. *Nutrición Hospitalaria*, 25(3): 18-25.

Kamatsuchi, M. 2003. Las disparidades en América Latina y el Caribe: Evaluación rápida de la situación de nutrición. *UNICEF, Sección de Nutrición, Oficina Regional para América Latina y el Caribe*, 14.

Lunar, M. 2024. Valoración del estado nutricional y niveles de glicemia en niños provenientes de la urbanización Cumanagoto, Cumaná, estado Sucre. Trabajo de grado. Departamento de Bioanálisis. Universidad de Oriente, Cumaná.

Mejía, E. 2017. Desnutrición en niños y niñas de la etnia Wayuu: entre lo ético, lo propio y pertinente. *Revista Médica Electrónica*, 39(1): 803-812.

Méndez, B. 1988. Análisis nutricional antropométrico: una encuesta de salud en tres grupos de la amazonia venezolana. Trabajo de grado. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. Universidad Central de Venezuela, Caracas.

Méndez, H. y De Méndez, M. 1994. Sociedad y Estratificación. Método Graffar Méndez Castellano Modificado. Caracas, Venezuela.

Mendivelso, F. y Rodríguez, M. 2018. Prueba chi-cuadrado de independencia aplicada a tablas 2xn. *Revista Médica Sanitas*, 21(2): 92-95.

Ortiz A.; Peña L.; Albino A.; Mönckeberg F. y Serra L. 2006. Desnutrición infantil, salud y pobreza: intervención desde un programa integral. *Nutrición Hospitalaria*, 21(4): 553-541.

Peñafiel, J.; Cabezas, L. y Narváez, M. 2023. Determinación de factores de riesgo de desnutrición en niños de 1 a 2 años en Cotacachi, Ecuador *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas 2023*, 42(2): 1-16.

Ponte, A. 2011. Evaluación nutricional mediante la antropometría, en niños de 2 a 5 años que concurren al centro asistencial "El Abasto" de la ciudad de Santa Fe. Trabajo de grado. Universidad Abierta Interamericana, Buenos Aires.

Ravasco, P.; Anderson, H. y Mardones, F. 2010. Métodos de valoración del estado nutricional. *Nutrición Hospitalaria*, 25(3): 57-66.

Robles, M. 2011. Factores de riesgos del estado nutricional en niños de 2 a 9 años que acuden al comedor infantil "Virgen Peña de Francia" de la comarca San Blas de Granada-Nicaragua. Trabajo de grado. Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua.

Ruiz, N.; Bosch, V.; Rodríguez, V. y Espinoza, M. 2012. Estratificación socioeconómica, estado nutricional y lípidos plasmáticos en escolares venezolanos. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*, 10(1): 28-37.

Saintila, J. y Rodríguez, M. 2016. Estado nutricional y rendimiento académico en escolares de 7 a 14 años de la Institución Educativa Mi Jesús, Lurigancho, Lima. *Revista Científica de Ciencias de la Salud*, 9(2): 63-71.

Séguin, L.; Xu, Q.; Potvin, L.; Zunzunegui M. y Frohlin, K. 2003. Effects of low income on infant health. *Canadian Medical Association Journal*, 68(12): 1533-1538.

Solano, L.; Acuña, I.; Sánchez, A.; Barón, M. y Morón, A. 2011. Pobreza estructural y déficit nutricional en niños preescolares, escolares y adolescentes del Sur de Valencia Estado Carabobo-Venezuela. *Salus*, 15(1): 18-22.

Solano, L.; Baron, M. y Del Real, S. 2005. Situación nutricional de preescolares, escolares, y adolescentes de Valencia, Carabobo, Venezuela. *Anales Venezolanos de Nutrición*, 18(1): 72-76.

Torresani, M. 2008. *Cuidado nutricional pediátrico*. Editorial Eudeba. Buenos Aires.

Torres, M.; Bergel, M.; Quintero, F.; Navazo, B.; Luna, M.; Garraza, M. y Cesani, M. 2022. Influencia del nivel educativo materno sobre el estado nutricional infantil y adolescente (La Plata, Buenos Aires, Argentina). *Runa*, 43(2): 137-155.

Urrego, A.; Pinzón, E.; Heredia, J.; Lesmes, M.; Redin, M. y Pico, S. 2022. Factores asociados a la desnutrición aguda en el departamentodel Valle del Cauca entre los años 2016 y 2019. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 42(3): 22-33.

Vega, L. e Iñarritu, M. 2010. Evaluación del estado nutricional. En: *Fundamentos de nutrición y dietética*. Ramírez, C. y Gómez, A. (eds). México, D.F. Págs. 97-98.

Vívenes, M.; Salazar, R.; Rosales, M.; Ramírez, L.; Gerardi, A. y Marmo, O. 2000. Evaluación nutricional en niños escolares de la población de Araya, estado Sucre, Venezuela. *Revista SABER*, 12 (2): 37-43.

Yammine, J. 2019. Asociación entre inseguridad alimentaria y estado nutricional en niños escolarizados pertenecientes a la zona sur de Valencia, Venezuela. Trabajo de grado. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo, Valencia.

Zambrano, O. y Hernández, H. 2021. La clase media en Venezuela: definición, caracterización y evolución reciente. Banco Interamericano de Desarrollo.

ANEXOS

Anexo 1



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE SUCRE
ESCUELA DE CIENCIAS
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Bajo la supervisión académica de la MSc. Osmarilys Sulbarán, se realizará el proyecto de investigación titulado: **“ESTADO NUTRICIONAL ASOCIADO AL ESTRATO SOCIOECONÓMICO PRESENTE EN LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 2 A 9 AÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EDUCACIÓN DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL “ANTONIO JOSÉ DE SUCRE” CUMANÁ, ESTADO SUCRE”**.

Yo _____ portador de la C.I: _____ de _____ años de edad, en uso pleno de mis facultades mentales y en completo conocimiento de la naturaleza, forma, duración, propósito, inconveniente y riesgo relacionado con el estudio, por medio de la presente, otorgo mi libre consentimiento en permitir participar a: _____ de _____ años de edad, en dicho proyecto de investigación.

Doy fe, que se hizo de mi conocimiento, que no se ocasionará ningún daño o inconveniente para la salud, que cualquier pregunta que tenga en relación con el estudio será respondida oportunamente y que bajo ningún concepto se me ha ofrecido, ni pretendo recibir beneficios de tipo económico producto de los hallazgos que puedan producirse en el referido proyecto.

Luego de haber leído y comprendido mis interrogantes con respecto a este formato de consentimiento, acuerdo aceptar las condiciones estipuladas en el mismo, a la vez de autorizar a los investigadores a realizar el estudio, el cual consiste en la aplicación de instrumentos de valoración y la toma de medidas antropométricas en el niño y/o la niña. Se reserva el derecho de revocar esta autorización sin que ello conlleve algún tipo de consecuencias negativas para mi persona.

Firma del voluntario: _____
C.I: _____
Fecha: _____

Firma del investigador: _____
C.I: _____
Fecha: _____

Anexo 2



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE SUCRE
ESCUELA DE CIENCIAS
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Tabla para interpretar la combinación de dos índices. Fuente: INN – SISVAN.

CLASIFICACIÓN ANTROPOMÉTRICA NUTRICIONAL

2 A 9 AÑOS: Índice antropométricos: interpretación combinada de peso para la talla y talla para la edad.

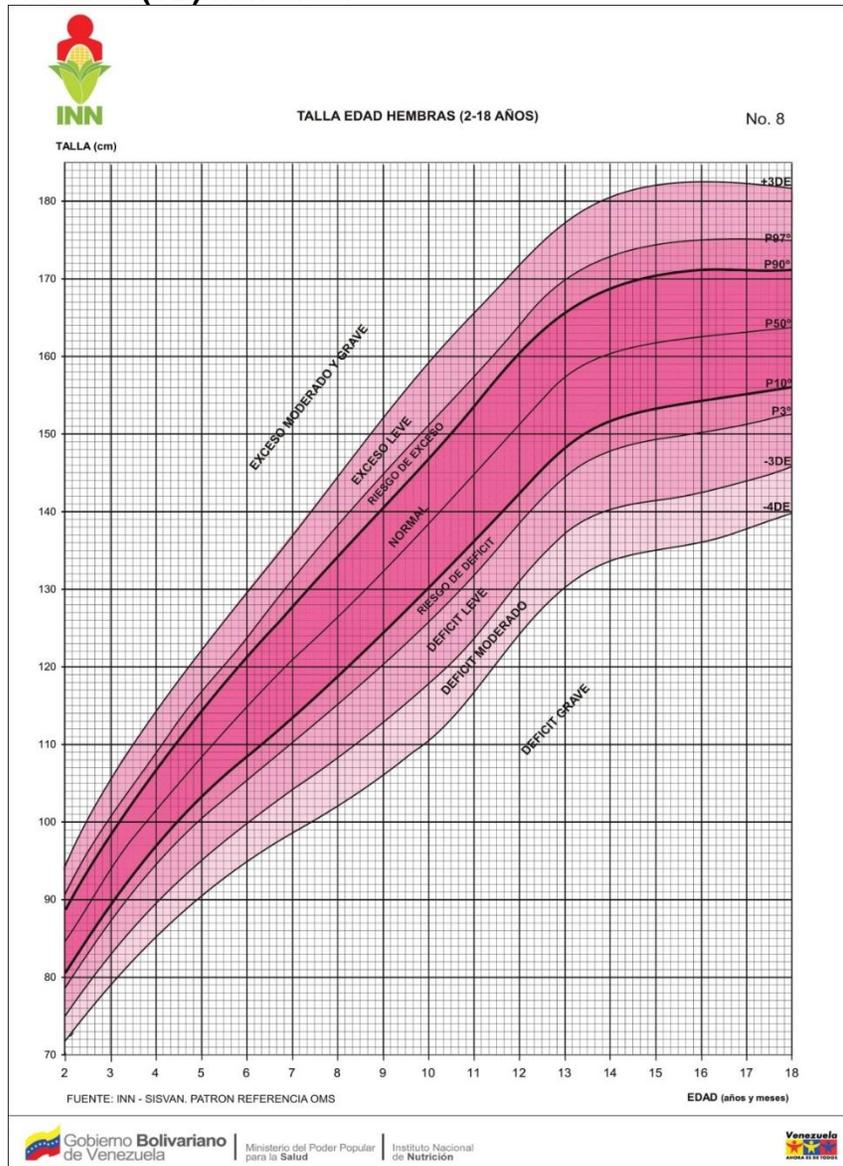
		PESO PARA LA TALLA		
		BAJO ($\leq P10$)	NORMAL ($>P10 - \leq P90$)	ALTO ($>P90$)
TALLA PARA LA EDAD	ALTO ($>P90$)	Déficit agudo	Normal	Sobrepeso
	NORMAL ($>P10 - \leq P90$)	Déficit agudo	Normal	Sobrepeso
	RIESGO DE DEFICIT ($>P3 - \leq P10$)	Déficit agudo	Normal	Sobrepeso
	BAJO ($\leq P3$)	Déficit crónico descompensado	Déficit crónico compensado u homeorrético	Sobrepeso

Anexo 3



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE SUCRE
ESCUELA DE CIENCIAS
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Talla para la edad (TE) hembras.

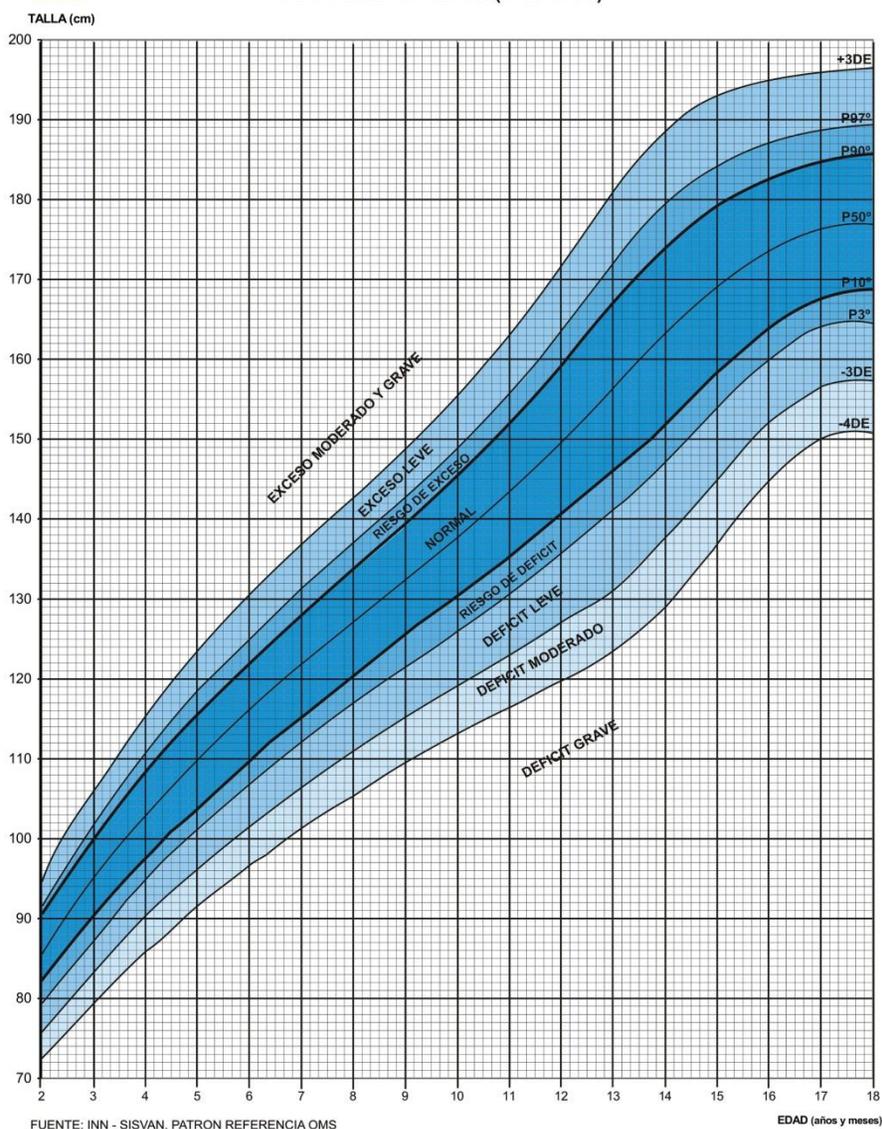


Talla para la edad (TE) varones.



TALLA EDAD VARONES (2-18 AÑOS)

No. 10

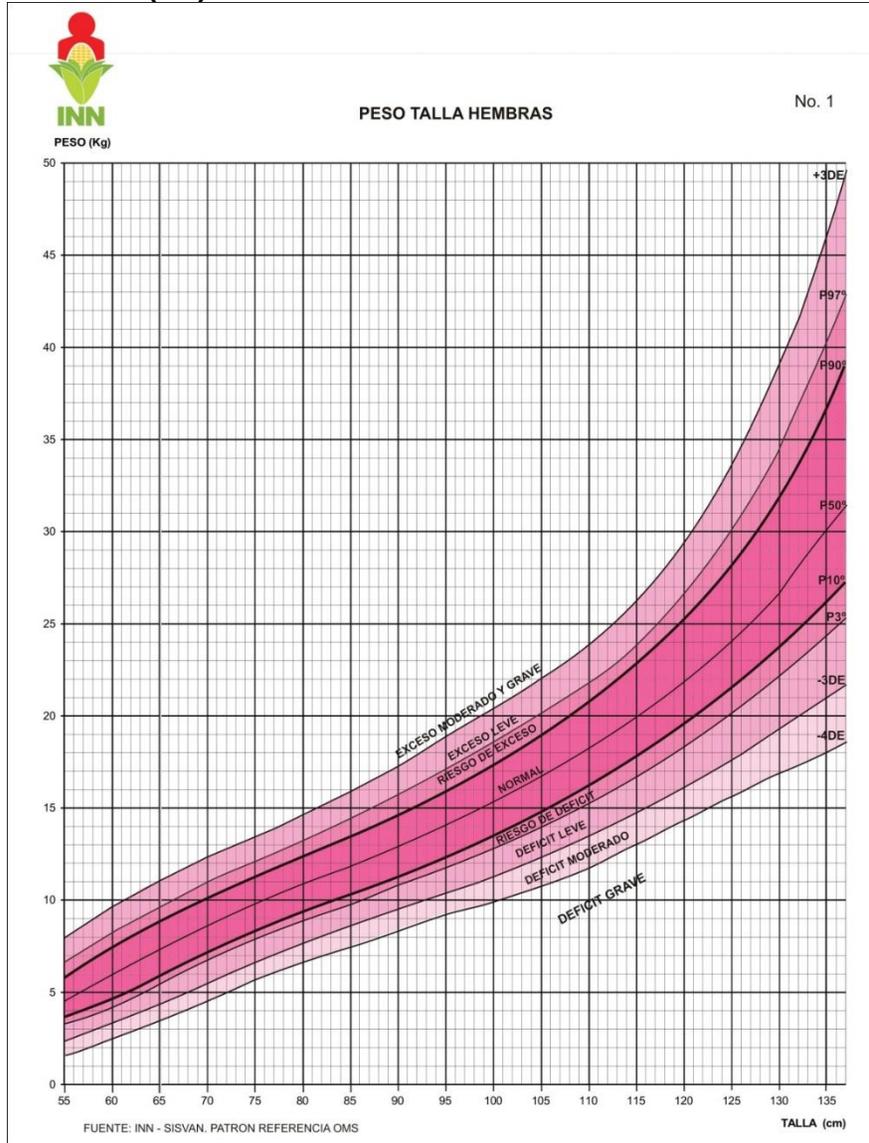


Anexo 4



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE SUCRE
ESCUELA DE CIENCIAS
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Peso para la talla (PT) hembras.



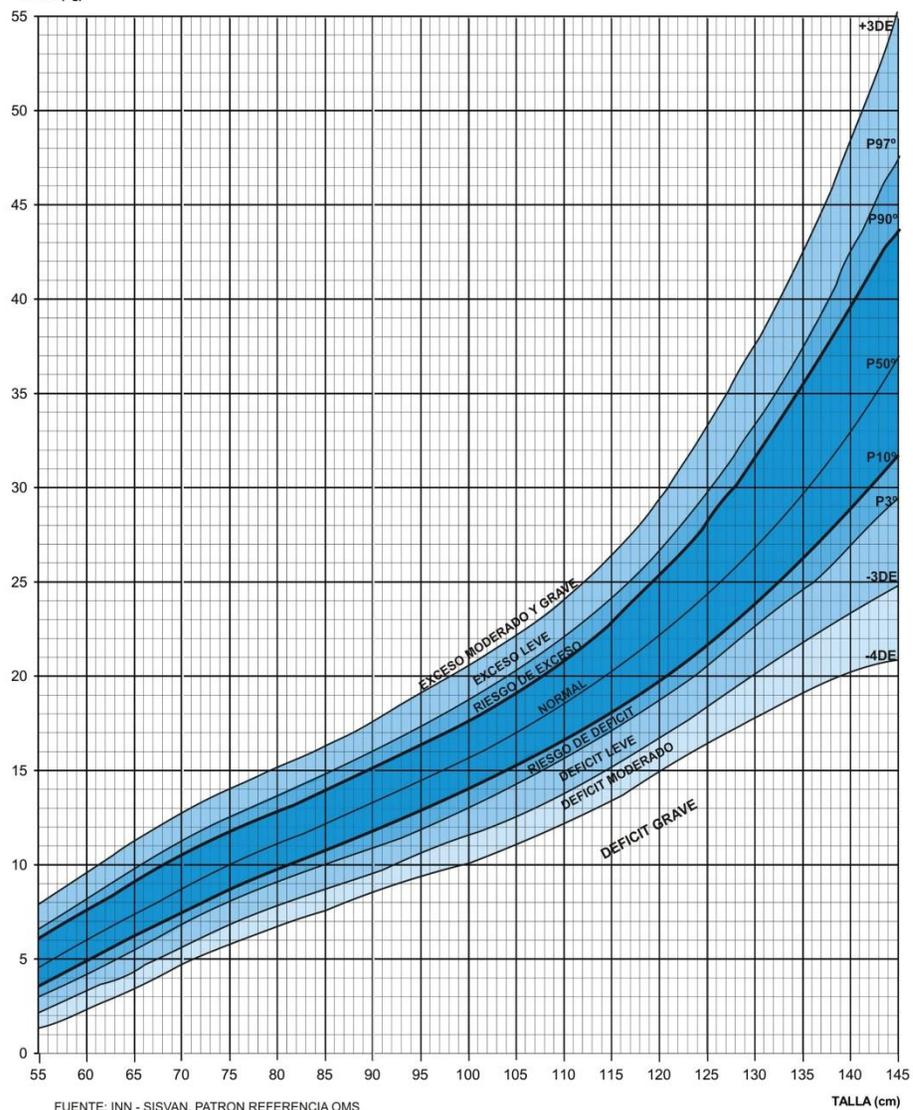
Peso para la talla (PT) varones.



PESO (kg)

PESO TALLA VARONES

No. 2



Gobierno Bolivariano de Venezuela

Ministerio del Poder Popular para la Salud

Instituto Nacional de Nutrición



Anexo 5



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE SUCRE
ESCUELA DE CIENCIAS
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

MÉTODO GRAFFAR – MÉNDEZ CASTELLANO (1994).

NOMBRE Y APELLIDO: _____

SEXO: _____

EDAD CRONOLÓGICA: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

FECHA DEL EXAMEN FÍSICO: _____

MÉTODO GRAFFAR

Profesión del jefe de familia

1	Profesión Universitaria, financistas, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad, Oficiales de las Fuerzas Armadas (si tienen un rango de Educación Superior)
2	Profesión Técnica Superior, medianos comerciantes o productores
3	Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores
4	Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa)
5	Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa)

Nivel de instrucción de la madre

1	Enseñanza Universitaria o su equivalente
2	Técnica Superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media
3	Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior
4	Enseñanza primaria, o analfabeta (con algún grado de instrucción primaria)
5	Analfabeta

Principal fuente de ingreso de la familia

1	Fortuna heredada o adquirida
2	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales
3	Sueldo mensual
4	Salario semanal, por día, entrada a destajo
5	Donaciones de origen público o privado

Condiciones de alojamiento

1	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo
2	Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios
3	Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2
4	Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias
5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas

ESTRATO TOTAL DE PUNTAJE OBTENIDO

Estrato I, cuando se obtiene una puntuación de: 4, 5 ó 6.

Estrato II, cuando se obtiene una puntuación de: 7, 8 ó 9.

Estrato III, cuando se obtiene una puntuación de: 10, 11 ó 12.

Estrato IV, cuando se obtiene una puntuación de: 13, 14, 15 ó 16.

Estrato V, cuando se obtiene una puntuación de: 17, 18, 19 ó 20.

PUNTAJE: _____ **ESTRATO:** _____

HOJAS DE METADATOS

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 1/6

Título	Estado nutricional asociado al estrato socioeconómico presente en los niños y niñas de 2 a 9 años atendidos en el servicio de educación de recuperación nutricional “Antonio José de Sucre” Cumaná, estado Sucre
Subtítulo	

Autor(es)

Apellidos y Nombres	Código ORCID / e-mail	
Ramos Gómez Chrismary Del Valle	ORCID	
	e-mail	rgchris01@gmail.com
	e-mail	
Centeno Rodríguez Milagros Del Valle	ORCID	
	e-mail	milagroscenteno22@gmail.com
	e-mail	

Palabras o frases claves:

estado nutricional
niños
niñas
estrato socioeconómico

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 2/6

Área o Línea de investigación:

Área	Subáreas
Ciencias	Enfermería
Línea de Investigación:	

Resumen (abstract):

Resumen

El objetivo de esta investigación fue evaluar el estado nutricional asociado al estrato socioeconómico presente en los niños y niñas de 2 a 9 años atendidos en el Servicio de Educación de Recuperación Nutricional “Antonio José de Sucre” Cumaná, estado Sucre. Durante la ejecución de esta investigación, se estudiaron 31 niños y niñas (21 niños y 10 niñas), a los cuales se les determinaron las variables: género, talla y peso. Posteriormente, para identificar el estado nutricional de la muestra de estudio, se utilizó la clasificación antropométrica nutricional del Instituto Nacional de Nutrición (INN) y del Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN), la cual consistió en la combinación de los indicadores: peso para la talla (PT) y talla para la edad (TE). Por otro lado, se les entregaron a los padres y/o representantes de los niños y niñas, el instrumento de estratificación socioeconómica: método Graffar modificado por Méndez Castellano. Este método evalúa cuatro variables: profesión del jefe de familia, nivel de instrucción de la madre, fuente principal de ingreso de la familia y condiciones de la vivienda; cada variable a su vez está conformada por 5 posibles respuestas, con una ponderación determinada del 1 al 5. La suma total de la ponderación obtenida permitió clasificar el estrato socioeconómico al cual pertenece el sujeto. Se pudo evidenciar que 17 niños y niñas presentaron un estado nutricional clasificado como déficit agudo. Mientras que, el estrato socioeconómico más frecuente fue el III, con 13 niños y niñas encontrados. Los resultados de esta investigación manifiestan una asociación altamente significativa entre el estado nutricional déficit agudo y el estrato socioeconómico III de los sujetos evaluados. En los niños, se encontró una asociación entre el estado nutricional déficit crónico descompensado y los estratos socioeconómicos IV y V, igualmente entre el estado nutricional normal y el estrato socioeconómico IV. Sin embargo, en las niñas no hubo asociación significativa entre el estado nutricional y el estrato socioeconómico.

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 3/6

Contribuidores:

Apellidos y Nombres	ROL / Código ORCID / e-mail										
Sulbarán Osmarilys	ROL	CA		AS	X	TU		JU			
	ORCID										
	e-mail	osscass80@gmail.com									
	e-mail										
Antón Yanet	ROL	CA	X	AS		TU		JU			
	ORCID										
	e-mail	yanetanton2019@gmail.com									
	e-mail										
Hurtado Graciliana	ROL	CA		AS		TU		JU	X		
	ORCID										
	e-mail	Gracilianahurtado1@hotmail.com									
	e-mail										
Tovar Pedro	ROL	CA		AS		TU		JU	X		
	ORCID										
	e-mail	pedroltovar174@gmail.com									
	e-mail										

Fecha de discusión y aprobación:

Año	Mes	Día
2025	02	27

Lenguaje: spa

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 4/6

Archivo(s):

Nombre de archivo
NSUTTG_CRMD2025

Alcance:

Espacial: UNIVERSAL

Temporal: INTEMPORAL

Título o Grado asociado con el trabajo: Licenciado en Enfermería

Nivel Asociado con el Trabajo: Licenciado(a)

Área de Estudio: Enfermería

Institución(es) que garantiza(n) el Título o grado:

UNIVERSIDAD DE ORIENTE - VENEZUELA

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 5/6



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
CONSEJO UNIVERSITARIO
RECTORADO

CU N° 0975

Cumaná, 04 AGO 2009

Ciudadano
Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ
Vicerrector Académico
Universidad de Oriente
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda **"SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC N° 696/2009"**.

Leído el oficio SIBI – 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.



Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

Cordialmente,

JUAN A. BOLANOS CUAPEL
Secretario



C.C: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Teleinformática, Coordinación General de Postgrado.

JABC/YGC/maruja

Apartado Correos 094 / Telfs: 4008042 - 4008044 / 8008045 Telefax: 4008043 / Cumaná - Venezuela

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 6/6

Artículo 41 del REGLAMENTO DE TRABAJO DE PREGRADO (vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034-2009): “Los trabajos de grados son de la exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente, y solo podrá ser utilizados para otros fines con el consentimiento del Concejo de Núcleo respectivo, quien deberá participarlo previamente al Concejo Universitario, para su autorización”.



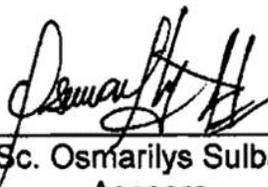
Chrismary Ramos

Autor



Milagros Centeno

Autor



MSc. Osmarilys Sulbarán

Asesora



Dra. Yanet Antón

Coasesora