



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO ANZOÁTEGUI
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA Y PUERICULTURA

**INFLUENCIA DE FACTORES SOCIOECONÓMICOS EN
VALORES ANTROPOMÉTRICOS DE LOS LACTANTES.**

Asesor:

Dra. Bermúdez, Ketty.

Autores:

Br. Hernández M, Albani. C.I: 27.710.068.

Br. Moreno A, María I. C.I: 28.162.212.

Br. Reyes M, Andrea I. C.I: 27.494.085.

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar al título de
MÉDICO CIRUJANO.

Barcelona, mayo, 2025.



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO ANZOÁTEGUI
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA Y PUERICULTURA

**INFLUENCIA DE FACTORES SOCIOECONÓMICOS EN
VALORES ANTROPOMÉTRICOS DE LOS LACTANTES.**

Asesor:

Dra. Bermúdez, Ketty.

Autores:

Br. Hernández M, Albani. C.I: 27.710.068.

Br. Moreno A, María I. C.I: 28.162.212.

Br. Reyes M, Andrea I. C.I: 27.494.085.

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar al título de
MÉDICO CIRUJANO.

Barcelona, mayo, 2025.

RESOLUCIÓN

De acuerdo al artículo 41 del reglamento de trabajos de grado (vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034-2009).

“Los trabajos de grado son de exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente, y sólo podrán ser utilizadas para otros fines con el consentimiento del consejo de núcleo respectivo, quien deberá participar previamente al Consejo Universitario, para su autorización”.

DECLARACION JURADA



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO ANZOÁTEGUI
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
COMISIÓN DE TRABAJO DE GRADO

DECLARACIÓN JURADA

El trabajo de Grado titulado:

**INFLUENCIA DE FACTORES SOCIOECONÓMICOS EN VALORES
ANTROPOMÉTRICOS DE LOS LACTANTES.**

Presentado por las bachilleres:

Hernández Morales, Albani Del Valle	C.I. 27.710.068	
Moreno Alcalá, María Isabella	C.I. 28.162.212	
Reyes Marcano, Andrea Isabella	C.I. 27.494.085	

Ha sido aprobado por los miembros del jurado evaluador, quienes lo han encontrado correcto en su contenido y forma de presentación; asimismo, declaran que los datos presentados son responsabilidad exclusiva de los autores, en fe de lo cual firman.

Prof. Dicsel Sayago
Miembro principal

Prof. Eliani Zambrano
Miembro principal

Prof. Ketty Bermúdez
Miembro asesor

Prof. Solirama Jiménez
Coordinadora de Comisión de Trabajo de Grado.
Escuela de Ciencias de la Salud.

Barcelona, mayo de 2025.



UNIVERSIDAD DE ORIENTE

NÚCLEO ANZOÁTEGUI

ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA Y PUERICULTURA

INFLUENCIA DE FACTORES SOCIOECONÓMICOS EN VALORES ANTROPOMÉTRICOS DE LOS LACTANTES.

Asesor: Dra. Ketty Bermúdez. Autores: Br. Hernández M, Albani. Br. Moreno A, María I. y Br. Reyes M, Andrea I.

RESUMEN

La malnutrición infantil, que abarca desnutrición y sobrepeso, es un grave problema de salud pública global, con efectos significativos en la morbilidad y el desarrollo infantil. Esta investigación se enfoca en evaluar la influencia de factores socioeconómicos en el estado nutricional de los lactantes hospitalizados en el área de observación del Hospital Pediátrico “Dr. Rafael Tobías Guevara” en Barcelona, estado Anzoátegui. **Metodología:** Estudio observacional, descriptivo, prospectivo y unicéntrico con una muestra de 67 lactantes de 29 días a 23 meses +29 días. El estado nutricional se evaluó con puntaje Z (peso/edad, talla/edad, peso/talla) de la OMS. **Resultados:** La mayoría de los lactantes pertenecían a estratos socioeconómicos medio y obrero (91.05%). Los diagnósticos de ingreso más frecuentes fueron neumonía, gastroenteritis y bronquiolitis (74.62%). Un alto porcentaje presentó riesgo o desnutrición global (65% según peso/edad) y retraso en talla (35.82%). Según peso/talla, se observó desnutrición aguda en un 23.89%. Los estratos socioeconómicos bajos y medios fueron predominantes. El bajo ingreso económico y el menor nivel educativo materno se asociaron significativamente con alteraciones nutricionales. Los lactantes de familias nucleares también mostraron mayor riesgo. Existió una asociación significativa entre el nivel socioeconómico y la percepción de la alimentación, así como con la búsqueda de ayuda nutricional, siendo menor en familias de bajos recursos.

Palabras claves: Desnutrición, nutrición, peso, obesidad, socioeconómico.

ÍNDICE

RESOLUCIÓN	iii
DECLARACION JURADA	iv
AGRADECIMIENTOS	7
INTRODUCCIÓN.....	12
OBJETIVOS.....	19
Objetivo general.....	19
Objetivos específicos	19
METODOLOGÍA	14
Nivel, diseño y tipo de investigación.....	14
Población y muestra.....	14
Criterios de inclusión	14
Técnica e instrumento de recolección de datos.....	14
Análisis estadístico.....	14
CONCLUSIONES	14
RECOMENDACIONES.....	14
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	15
ANEXOS	20
METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO.....	24

AGRADECIMIENTOS

Gracias a nuestros padres, por permitirnos y motivarnos a estudiar la carrera de nuestros sueños, por aplaudir en los buenos momentos y ayudarnos a levantarnos en los días más difíciles. Sin su apoyo nada de esto hubiera sido posible.

A nuestros familiares, por ser nuestros primeros admiradores y por recordarnos que somos capaces de sobreponernos ante cada adversidad que ha sido puesta en este largo camino.

A nuestros amigos, por su compañía y apoyo incondicional para hacer cada día de nuestra vida universitaria más feliz.

A nuestros profesores, por el amor y dedicación en el arte de enseñar, sin ustedes nuestra formación académica y personal no hubiera sido posible, esperamos algún día servir de ejemplo como ustedes lo han hecho para nosotros.

A nuestra tutora, la Dra. Kitty Bermúdez, quien con mucho compromiso nos guio en esta investigación y se aseguró que diéramos lo mejor de nosotras.

A nuestra universidad, la cual nos abrió sus puertas y nos permitió lograr el sueño que algún día nos propusimos cumplir. Nos llevamos de ella conocimientos únicos, momentos inolvidables y personas imprescindibles. Por ello, le estaremos eternamente agradecidas.

DEDICATORIA

Para mi mamá, Emilia Alcalá, la cual es un ejemplo de éxito y resistencia ya que ha cumplido cada una de las metas que se ha propuesto a lo largo de su vida, sin importar ningún obstáculo. La persona que me ha motivado y dado fuerza desde niña, asegurando que estaba en mis capacidades el cumplir cada objetivo. Te amo por sobre todas las cosas, este logro es de ambas.

Para mi papá, Reinaldo Moreno, una mente brillante que siempre me ha apoyado y estado orgulloso de mi. Agradezco cada momento que hemos tenido juntos, y sobre todo que hoy siga conmigo para ver su sueño materializado, que su niña se convierta en su colega.

Para mis familiares, Ivania, Coromoto, Emilio, Domingo, Lucía, Enid, Blanca, Diana, Angelica y Juan, los cuales siempre se han encargado de recordarme lo orgullosos que están de la persona que me he convertido a lo largo de los años, y esperan con ansias verme finalmente con mi título en mano. Cada uno representa una parte importante de mi vida, y aunque no se los diga a menudo, quisiera que sepan lo mucho que significan para mí.

Para mis compañeras de tesis, Andrea y Albani, las amistades más duraderas y especiales que me ha dejado la universidad, de las cuales me he apoyado desde los primeros semestres, cuando aún Anatomía nos parecía la materia más difícil que íbamos a ver. Agradezco cada semestre juntas y todas las veces que compartimos, no puedo pensar nada mejor que alcanzar este logro con verdaderas amigas.

Para Paola, Julia, José Gregorio, Jesús, Shariffa, Karla, Grimsby y Joaquín, amistades que marcaron cada uno de mis años universitarios, y puedo decir con firmeza que mis días no hubieran sido lo mismo sin ellos. Recordaré cada salida, cada sesión de estudio, cada risa, y serán experiencias que planeo contar cuando tenga cincuenta años y mis hijos ya estén hartos de escucharme hablar de lo mismo.

Para María Paola, Ana, Andrea, Melanie, Cristina, Lucía y Yoslenys, mis mejores amigas en el mundo entero desde que tenía quince años, y ni siquiera la distancia ha sido suficiente para borrar eso.

Y finalmente, gracias a todos aquellos profesores y doctores que me formaron y dejaron su huella en mí, aplicaré sus lecciones y conocimientos cada día de mi vida profesional, y sobre todo a aquellos que me hicieron sentir orgullosa de ser parte de la Universidad de Oriente, porque siempre se esforzaron en recordarnos el valor que tiene pertenecer a la casa más alta.

Moreno Alcalá, María Isabella.

DEDICATORIA

Primeramente, para mis pilares fundamentales, mis padres, Georgia y Richard, cuyo amor incondicional y esfuerzo abrieron el camino para que hoy pueda ver este sueño hecho realidad. Su dedicación me ha guiado en cada paso.

A mi maravillosa familia, mi principal motivación: a mis hermanos, primos y primas; Para Ivanna, quien la vida convirtió en hermana, mi compañera de aventuras, confidente y mi mayor apoyo. Para mis tías Valentina, Miriam, Maria, Ines y Ana, por su cariño siempre presente; y a mis tíos Yvan y Javier, por su apoyo invaluable. Para mis abuelos por su amor incondicional: Isbelia; y aunque ya no estén físicamente, Georgia y Diógenes.

Para mis amigas de corazón: Roxianny, Julia, Paola Rosy, Karla y Paola. Gracias por ser mi refugio seguro, por levantarme en los momentos más difíciles, por esa amistad sincera que florece incluso en la distancia. Su apoyo ha sido un regalo invaluable.

A mis compañeras de tesis: Maria Isabella, amiga leal y confidente desde el día uno, gracias por cada risa, cada desvelo y cada anécdota que atesoraré por siempre. Y a Albani, por tu generosidad y ocurrencias inolvidables.

Para otros amigos que han dejado una huella imborrable: Samer, Grimsby, Jesús Rafael, y Jesús Miguel. Su presencia y cariño han enriquecido mi camino.

Finalmente, a mis tutores y profesores, quienes con su sabiduría y dedicación marcaron profundamente mi formación profesional, y a mi querida universidad, casa de conocimientos y experiencias que me ha permitido crecer y alcanzar esta meta que solía ver tan lejana.

Reyes Marcano, Andrea Isabella.

DEDICATORIA

Cada palabra de este primer logro va acompañada de un cúmulo de experiencias y sacrificios que me han llevado a este preciso momento en el cual agradezco al universo, al cielo y a Dios, por permitirme emprender este largo viaje.

Para mi mamá, Raiza Morales; mi eterno pilar, fuente de inspiración, alegría y rayito de sol. Tu dulzura y tus cuidados han motivado cada paso que doy, por eso este logro es tanto tuyo como mío. A mi querido hermano, Rainer Morales, cuyo gran corazón y sentido del humor siempre me alientan a seguir adelante, pese a las dificultades.

A mi brillante abuelo, Raúl Alberto Morales, quien estuvo presente desde mis inicios, me inculcó los mejores valores y el amor hacia los estudios. Y, aunque ya no se encuentre físicamente, sé que estaría feliz y orgulloso de ver que este sueño, que empezamos juntos, se está cumpliendo; te amo eternamente, papá abuelo.

Para mi abuela, Lilia López de Morales; por cada abrazo, cada rica comida y sabias palabras que recargan mi alma y corazón. A mis tías y tíos: Werzahys, Richard, Lisbeth, Yanitza y Raúl Eduardo; quienes depositaron en mí un granito de amor, esperanza y apoyo desde el primer día hasta la actualidad.

A Manuel Sifontes, mi fiel confidente; cuyo amor puro y sincero se ha convertido en la luz inagotable que guía mi camino. Para mis ángeles en la tierra: Zailyn Carreño, Krishna Linares, Víctor Sifontes y familia. A mis invaluable amigos, Andrea Reyes y María Isabella Moreno; y demás amistades genuinas que la carrera me regaló.

Para los docentes que dejaron una huella en mi corazón y memoria. A la Dra. Ketty Bermúdez, cuya calidez y dedicación hicieron posible este proyecto. Y, a “La casa más alta” del Oriente; mi alma máter y coprotagonista de esta historia, gracias a ella puedo decir con orgullo: “del pueblo he venido y hacia el pueblo voy”.

Hernández Morales, Albani Del Valle.

INTRODUCCIÓN

La malnutrición se define como las carencias, excesos y desequilibrios de la ingesta calórica y nutrientes de una persona, abarcando dos grandes grupos de afecciones; el primero comprende la desnutrición y el segundo grupo incluye el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación (como las cardiopatías, el accidente cerebrovascular, la diabetes y el cáncer) ⁽¹⁾.

La desnutrición es el conjunto de signos y síntomas clínicos que se pueden observar en niños a consecuencia de ingestión o aprovechamiento deficiente de los alimentos, lo cual trae como consecuencia que las células del organismo no cuenten con cantidades adecuadas de nutrientes para cumplir con sus funciones metabólicas normales; esta es clasificada en desnutrición aguda (peso insuficiente para la talla, también llamada emaciación) la cual está asociada a enfermedades infecciosas recurrentes, siendo estas las principales causas de mortalidad en la infancia; y desnutrición crónica (talla insuficiente para la edad, también llamada retraso en el crecimiento) que tiene efectos en el desarrollo cognitivo, el rendimiento escolar y la capacidad de adaptación social del niño siendo también causa de enfermedades crónicas en la vida adulta e insuficiencia ponderal (peso insuficiente para la edad) ⁽²⁾.

La desnutrición constituye un problema de salud grave en el mundo debido a su magnitud y efecto sobre la morbimortalidad infantil, y en un contexto de variables sociales y económicas desfavorables alteran la calidad de vida de la población en general. Un proceso fisiológico que define al niño y se ve alterado en la desnutrición es el crecimiento. Se entiende por crecimiento al aumento del tamaño (hipertrofia) y número de células (hiperplasia) de forma dinámica y continua, que inicia desde la concepción y se prolonga hasta el final de la adolescencia. El crecimiento es una determinación anatómica cuantitativa, la cual puede ser evaluada numéricamente y que

se refleja en la ganancia de peso, talla y perímetros corporales (cefálico, torácico, braquial) ⁽³⁾.

Para que el crecimiento se realice con normalidad es necesario un aporte adicional de energía y nutrientes primordiales que se los obtiene de la dieta; sin embargo, a cualquier edad, se pueden observar variaciones que reflejan la respuesta del individuo en crecimiento ante numerosos factores intrínsecos y extrínsecos de carácter biológico y social como: factores genéticos, neuroendocrinos, metabólicos, socioeconómicos, psicoemocionales, nutricionales y el proceso salud-enfermedad ⁽³⁾.

Por tanto, el crecimiento infantil se considera como uno de los indicadores de mayor utilidad para evaluar el estado de salud y nutrición de una determinada población. Cabe destacar que los indicadores deben ser modificables a la intervención nutricia, confiables, reproducibles y susceptibles de validación; entre ellos, los más empleados para evaluar el estado nutricional de las personas son los indicadores antropométricos ⁽³⁾.

La antropometría es definida como una técnica incruenta y de bajo costo, portátil y aplicable en todo el mundo para cuantificar la variación en las dimensiones físicas y la composición del cuerpo humano en diferentes edades y con distintos grados de nutrición ⁽⁴⁾. Las mediciones básicas que se emplean son el peso, índice de masa corporal, talla y perímetros corporales (cefálico, torácico, braquial). Dichas mediciones se correlacionan con la edad del individuo, generando índices indispensables para su correcta interpretación, como talla/longitud para la edad, peso para la edad, peso para la talla/longitud y el índice de masa corporal (IMC) para la edad ⁽⁵⁾.

Para evaluar el estado nutricional en niños menores de 5 años se han utilizado convencionalmente los índices peso para la edad (P/E), talla/longitud para la edad (T/E) y peso para la talla/longitud (P/T), y en los últimos años se ha manejado adicionalmente el índice de masa corporal a partir de los 5 años. Los índices de IMC/edad y peso/edad evalúan el peso global del niño en relación con su edad, y son indicadores indirectos

de la cantidad de grasa y músculo. El índice talla/edad evalúa el crecimiento óseo (longitudinal) del niño, da información sobre el pasado nutricional, dado que la talla es la medida más estable y se necesitan cambios crónicos para alterarlo. Por último, el índice peso/talla evalúa la armonía en el crecimiento, indicando si el peso es adecuado para la estatura, y refleja el estado nutricional presente del niño ⁽⁵⁾.

Para una correcta interpretación de los índices antropométricas es importante estandarizar las condiciones de medición de estas variables, comparando los datos obtenidos con una población de referencia con puntos de corte asignados. Los valores que provee un indicador se pueden expresar como: puntuación Z, percentiles y porcentajes de la mediana. La puntuación Z (número de desviaciones estándar que un dato se separa de la mediana de referencia) expresa la distancia a la que se encuentra un individuo, o un grupo poblacional, respecto del centro de la distribución normal en unidades estandarizadas llamadas Z ⁽⁵⁾.

El puntaje Z se clasifica en valores normales (≥ -1 y $\leq +1$), valores de riesgo para la condición evaluada y valores patológicos de la condición evaluada. Por lo tanto, la interpretación del valor Z para el indicador peso/edad se ha utilizado para identificar bajo peso para una edad determinada y permite hacer el diagnóstico de la desnutrición cuando existe un déficit mayor al 10%, siendo el riesgo de desnutrición global: entre -1 a -2 D.E.; desnutrición global moderada: entre -2 a -3 D.E.; y desnutrición global severa mayor a -3 D.E. ⁽⁶⁾.

La interpretación del valor Z para el indicador peso/talla determina el estado nutricional del niño, expresándose cada punto de corte en desviaciones estándar (D.E.). Un valor menor de -3 D.E. es indicativo de un estado de desnutrición aguda severa; un valor entre el rango ≥ -3 a < -2 D.E. indica un estado de desnutrición aguda moderada; ≥ -2 a < -1 D.E. representa riesgo de desnutrición aguda; ≥ -1 a ≤ 1 D.E. indica un peso adecuado para la talla; >1 a ≤ 2 D.E. indica riesgo de sobrepeso; >2 a ≤ 3 D.E. expresa sobrepeso y finalmente un puntaje Z > 3 D.E. es indicativo de obesidad ⁽⁶⁾.

Por otro lado, la interpretación del valor Z para el indicador talla/edad expresa las consecuencias de una desnutrición crónica con alteración en el crecimiento lineal o la existencia de una enfermedad a estudiar, por lo tanto, un puntaje Z menor de -2 D.E. es indicativo de retraso en talla para la edad; ≥ -2 a < -1 D.E. es indicativo de riesgo de talla baja para la edad; y un valor ≥ -1 D.E. indica talla adecuada para la edad ⁽⁶⁾.

Estos índices antropométricos permiten la valoración del estado nutricional en poblaciones susceptibles, y en grupos vulnerables es vital para interpretar el nivel de desarrollo de una nación. De hecho, el hambre y la desnutrición son problemas de salud pública en los países de bajos recursos debido a la alta prevalencia sostenida y el impacto que tienen sobre la salud y el bienestar de la población, especialmente en los niños ⁽⁷⁾.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) a nivel mundial para el año 2022, 149 millones de niños con edades menores a los 5 años contaban con desnutrición crónica y 45 millones tenían desnutrición aguda, destacando que alrededor de la mitad de defunciones en dicho rango etario se encontraban en alta relación con la presencia de desnutrición, registrándose sobre todo en países de bajos y medianos ingresos ⁽⁸⁾.

Debido a esto, la desnutrición es considerada como un indicador clave del progreso de un país, especialmente en condiciones de salud; esta es resultado de la situación socioeconómica del hogar, relacionada con la escolaridad, trabajo e ingresos económicos de sus miembros, lo que repercute en el acceso a alimentos y práctica de hábitos de nutrición y cuidado del niño; de igual manera, la condición socioeconómica del hogar se relaciona con la cobertura de servicios de agua y saneamiento adecuados, y el acceso a atención sanitaria oportuna ⁽⁹⁾.

A su vez, la desnutrición infantil condiciona el crecimiento y desarrollo cognitivo del niño, lo que repercute en bajos niveles de escolaridad y dificultades de aprendizaje que en la edad adulta se traducen en pérdidas de productividad y menores

recursos económicos, lo que configura la condición socioeconómica del hogar y de un país ⁽⁹⁾.

En el estudio ecuatoriano publicado en el año 2022 por Albuja W, el cual tomó datos a través de una Encuesta Nacional de Salud y Nutrición en el año 2018 con la finalidad de establecer los factores de desnutrición en niños menores de 5 años, se observó que en Ecuador uno de cada cuatro niños y niñas padecen de desnutrición crónica, con un 23% de prevalencia para dicho año de estudio, estando asociado a procedencia rural, sexo masculino, baja escolaridad materna y especialmente a bajos niveles socioeconómicos, destacando el 29.1% de niños en hogares pobres por ingresos presentan déficit nutricional, frente al 19.8% perteneciente a hogares no pobres ⁽¹⁰⁾.

En el estudio peruano publicado por Paredes R, en el año 2020, el cual utilizó la Encuesta Demográfica y Salud Familiar (ENDES) del año 2018 con la finalidad de mostrar los efectos generados por factores socioeconómicos y ambientales sobre la desnutrición crónica en niños menores de 5 años, obteniendo que la educación materna y el índice de riqueza del hogar son los predictores más importantes en relación a la desnutrición crónica, y de acuerdo a los factores ambientales estudiados se demostró que la fuente de agua potable, las instalaciones sanitarias, y las características de la vivienda estaban asociada a la desnutrición, concluyendo que cuando más inadecuadas son las condiciones ambientales del hogar mayor es la probabilidad de que el niño sea desnutrido crónico ⁽¹¹⁾.

En Venezuela, las cifras oficiales sobre malnutrición en niños, niñas y adolescentes no se publican desde 2007 y las únicas cifras provenientes del Instituto Nacional de Nutrición (INN) se publicaron en 2014, en el Perfil Alimentario y Nutricional 2013-2014, según el cual la desnutrición aguda se ubicó en 3,4% ⁽¹²⁾, en cambio, de acuerdo al monitoreo centinela de la desnutrición infantil realizado por Caritas para el año 2021 en 19 estados del país, detectaron desnutrición aguda global en el 10,1% de los niños evaluados, sin diferencias en el sexo, y destacan que un 23%

de los niños menores de 6 meses tienen desnutrición aguda, lo que duplica los niveles encontrados en todas las edades siendo estos un rango etario vulnerable ante esta patología. Destacan que los efectos de la desnutrición pueden ser más graves e irreversibles en los primeros dos años, y resaltan que registraron que un 40% de los niños a dicha edad tienen desnutrición aguda moderada o severa, además mencionan que el 26% de los niños menores de 6 meses ya mostraron retraso de su crecimiento (talla deficiente para la edad) ⁽¹³⁾.

En Venezuela, Candela Y, en el año 2020 realizó un estudio que aportó información sobre el estado nutricional de 1851 niños beneficiarios de proyectos de atención alimentaria y nutricional en cinco estados de Venezuela (Distrito Capital, Miranda, Carabobo, Lara, La Guaira) hallando que la desnutrición crónica en menores de 5 años fue mayor a la desnutrición aguda en todos los grupos etarios (29%), siendo los más afectados los niños menores de los 2 años. La desnutrición aguda fue de 5% y en general, el 28% de los niños más afectados estaban entre los cero y 23 meses, siendo el grupo más vulnerable ⁽¹⁴⁾.

Numerosas causas pueden explicar el nivel de la desnutrición infantil en un país y, por lo general, poseen un complejo entramado de relaciones entre ellas. El ingreso de los hogares o, más específicamente, su situación socioeconómica es determinante del nivel de la desnutrición, además, la bibliografía indica que el nivel educacional de los padres, especialmente de la madre, es otra variable que influye decisivamente en el desarrollo de desnutrición; aunado a factores geográficos, culturales, étnicos e idiosincráticos que juegan un rol explicativo. En la medida en que los grupos posean sistemáticamente menores recursos económicos, un menor acceso a la educación o a políticas sanitarias, mayor será el grado de desnutrición en los niños y a su vez, mayor será la repercusión en el desarrollo cognitivo, la escolaridad y el desenvolvimiento de los mismos ⁽¹⁴⁾.

Una herramienta útil que permite evaluar y clasificar los aspectos socioeconómicos antes mencionados en comunidades y núcleos familiares es el Método Graffar modificado para Venezuela por Méndez Castellanos (1982) el cual reporta un índice socioeconómico mediante el uso de puntajes asociados a variables como: profesión del jefe del hogar, nivel de instrucción de la madre, principal fuente de ingreso y condiciones de vivienda. La clasificación determina cinco estratos a saber: Alto (Nivel I), Medio (Nivel II), Medio Bajo (Nivel III), Obrero (Nivel IV) y Marginal (Nivel V). Hoy en día el método Graffar Méndez Castellanos sigue siendo el utilizado para la estratificación de la población venezolana, y es aplicado por Universidades Nacionales, Organismos del Estado y por investigadores carácter comercial, oficiales y académicas ⁽¹⁵⁾.

En vista de la importancia de la relación del estado socioeconómico con la adecuada nutrición en los niños y la escasa bibliografía oficial regional, se plantea relacionar la influencia de los factores socioeconómicos en los valores antropométricos de los lactantes ingresados en el área de observación del Hospital Pediátrico “Dr. Rafael Tobías Guevara” de Barcelona, estado Anzoátegui, en el período comprendido entre el 1 de octubre de 2024 a 31 de marzo de 2025, a su vez, se dará respuesta a las siguientes interrogantes: ¿Cuáles son las características socioeconómicas en cuanto al nivel educativo materno, los ingresos económicos del hogar, el jefe del hogar, el número de habitantes en la vivienda y el tipo de vivienda en la muestra de estudio? ¿Cuáles son los estratos socioeconómicos según la clasificación de Graffar Méndez Castellanos que representan a la muestra de estudio? ¿Cuáles son los diagnósticos de ingreso más frecuentes? ¿Cuál es el estado nutricional de los lactantes comprendidos en dicho estudio? ¿Cuál es el sexo y grupo etario más afectado en la muestra? ¿Cuál es la percepción de los representantes en relación a la alimentación del lactante? Y, por último, ¿Los factores socioeconómicos estudiados tendrán influencia en los valores antropométricos de la muestra de estudio?

OBJETIVOS

Objetivo general

Evaluar la influencia de los factores socioeconómicos en los valores antropométricos de los lactantes ingresados el área de observación del Hospital Pediátrico “Dr. Rafael Tobías Guevara” de Barcelona, estado Anzoátegui, en el período comprendido entre el 1 de octubre de 2024 a 31 de marzo de 2025.

Objetivos específicos

- Clasificar de acuerdo al estrato socioeconómico según Graffar Méndez Castellanos a los lactantes incluidos en la muestra.
- Conocer los diagnósticos de ingreso más frecuentes de los lactantes incluidos en la muestra.
- Determinar el estado nutricional de los lactantes evaluados.
- Establecer el grupo etario y el sexo más afectado.
- Analizar la relación entre los factores sociodemográficos de los padres y el estado nutricional de los lactantes.

METODOLOGÍA

Nivel, diseño y tipo de investigación

La investigación realizada se caracteriza por ser observacional, descriptiva, prospectiva y unicéntrica.

Según el nivel de investigación se considera un estudio observacional, ya que estos pretenden describir un fenómeno dentro de una población de estudio y conocer su distribución en la misma ⁽¹⁶⁾.

Se tomaron las variables cuantitativas de edad, peso y longitud del lactante; y variables cualitativas como el sexo del lactante, diversos factores socioeconómicos (profesión del jefe de familia, nivel de instrucción de la madre, principal fuente de ingreso y condiciones de alojamiento) y la clasificación socioeconómica según Graffar Méndez Castellanos, como variables dependientes que se someterán a estudio para determinar la relación de estas con el desarrollo de la variable independiente, la cual es definida como la alteración del estado nutricional de los lactantes incluidos en la investigación, siendo este criterio el principal para la división entre el grupo de casos (lactantes con alteración del estado nutricional) con el grupo de controles (lactantes sin dicho diagnóstico).

De acuerdo al tiempo de captación de la información, se trató de un estudio prospectivo ya que representó un estudio longitudinal en un intervalo de tiempo determinado y sin conocimiento previo de los resultados que se obtuvieron, el cual estará comprendido entre el 1 de octubre del año 2024 y el 31 de marzo del año 2025 ⁽¹⁷⁾.

Los pacientes se encontraron ingresados en el Hospital Pediátrico “Dr. Rafael Tobías Guevara”, ubicado en la ciudad de Barcelona en el estado Anzoátegui, confiriéndole el carácter de unicéntrico ⁽¹⁷⁾.

Población y muestra

La población estuvo representada por todos los lactantes con edades entre 29 días y 23 meses con 29 días ingresados en al área de observación del centro descrito. La muestra consistió en 67 lactantes que cumplieron los criterios de inclusión dispuestos, considerándose un muestreo opinático ⁽¹⁸⁾.

Para la división entre los grupos de “casos” y “controles” se tomaron en cuenta el criterio de alteración del estado nutricional del lactante, el cual se deberá diagnosticar mediante el uso de puntaje Z para peso-longitud, longitud-edad y peso-edad según la Organización Mundial de la Salud (OMS); aquellos lactantes cuyo puntaje Z se encuentre fuera del rango entre -1 y 1 D.E para los indicadores antes mencionados, se incluirán en el grupo de “casos”.

Criterios de inclusión

- Lactantes ingresados en el área de observación del Hospital Pediátrico “Dr. Rafael Tobías Guevara”.
- Lactantes con edades comprendidas entre los 29 días hasta los 23 meses con 29 días.
- Lactantes cuyos padres estén de acuerdo con participar en la investigación y firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Lactantes con enfermedades oncológicas, malformaciones congénitas o patologías gastrointestinales crónicas que alteren la absorción y/o correcta alimentación e influyan en su estado nutricional.

- Lactantes con más de 5 días de ingreso hospitalario.
- Lactantes bajo nutrición parenteral o enteral mediante sondaje nasogástrico o nasoyeyunal.
- Lactantes cuyos representantes se negaron a participar en la investigación y que no firmaran el consentimiento informado.

Técnica e instrumento de recolección de datos

Técnica de recolección encuestas, aplicando cuestionario de recolección de datos validado por el tutor de la investigación (Ver ANEXO Nro. 1) a los pacientes y representantes en estudio, el cual consta de tres segmentos:

I SEGMENTO: Segmento documental para vaciado en el instrumento.

- Datos de identificación: número de historia, edad, sexo, clasificación en lactante menor o mayor, diagnóstico de ingreso.
- Datos asociados a características socioeconómicas: ingreso económico del hogar, jefe del hogar donde reside, número de habitantes en la vivienda, tipo de vivienda, nivel educativo del representante.
- Clasificación socioeconómica de Graffar Méndez Castellanos: de acuerdo a una serie de criterios (Ver ANEXO Nro. 2) se clasificará el nivel socioeconómico del lactante.
- Datos antropométricos: longitud, peso, clasificación en puntaje Z de acuerdo a tablas de peso-edad, longitud-edad y peso-longitud según la OMS (Ver ANEXO Nro. 3).

II SEGMENTO: Segmento de encuesta anónima al representante.

- Preguntas sobre si considera que la alimentación del lactante es adecuada o inadecuada, y su interés en la búsqueda de soporte nutricional para el caso de estudio.

III SEGMENTO: Parte única. Consentimiento informado.

Análisis estadístico

Los datos recolectados fueron organizados en la aplicación de hojas de cálculo Microsoft® Excel 2016, con el fin de facilitar su procesamiento. El análisis estadístico posterior se realizará a través del programa IBM Statistical Package for Social Sciences® (SPSS) v. 26.0. Las variables cuantitativas se someterán a análisis univariado, es decir, se analizarán con medidas de tendencia central (media y mediana), y de dispersión (desviación estándar y rango), a su vez, las variables cualitativas se expresarán en frecuencias absolutas y relativas. Para el análisis bivariable correlacional de variables cualitativas dicotómicas entre los grupos de casos y controles se utilizará la prueba de CHI cuadrado (X^2), y para el análisis de riesgo se utilizará la razón de momios, también denominada Odd Ratio (OR) con su respectivo intervalo de confianza al 95% (IC95%). La normalidad de la muestra para las variables cuantitativas se realizará mediante la prueba de Shapiro-Wilk o Kolmogorov-Smirnov según sea el caso, y se analizarán con respecto a las variables cualitativas dicotómicas mediante t de Student o U-Mann Withney, en caso de cualitativas politómicas se utilizará ANOVA unidireccional o Kruskal Wallis. Se considerará como valor estadísticamente significativo todo valor $p < 0,05$.

Por último, los resultados se dispondrán en tablas de acuerdo a los objetivos dispuestos en la investigación.

Consideraciones bioéticas

En este estudio se aplicaron los principios bioéticos generales de Helsinki, que señala que el deber del médico es velar y promover por la salud de las personas, bajo esta premisa los conocimientos y la conciencia del médico quedan supervisados al cumplimiento de este deber. Debido a esto, durante el proceso de investigación el bienestar de los seres humanos estará siempre por encima de los intereses de la ciencia y de la sociedad ⁽¹⁸⁾.

El propósito médico de trabajar con seres humanos es buscar mejoras en la salud, prevenir diversas enfermedades y aplicar nuevos tratamientos que sean más eficaces. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos para proteger su salud y sus derechos individuales. Por otro lado, la participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona capaz de dar su consentimiento informado debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente ⁽¹⁸⁾.

En la investigación médica llevada a cabo en seres humanos capaces de dar su consentimiento informado, cada participante potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento.

Debido a lo antes descrito, en este estudio se realizaron todos los procedimientos con respeto hacia el paciente, su condición económica y de salud, obteniendo previamente el consentimiento informado, así como la información pertinente sobre la investigación que se estará realizando. Al trabajar con lactantes de distintos estratos sociales, se evitó cualquier trato discriminatorio, haciendo extensivo el mismo trato hacia sus familiares.

RESULTADOS

Tabla 1. Estrato socioeconómico de los lactantes ingresados en el área de observación del Hospital Pediátrico “Dr. Rafael Tobías Guevara”.

Estrato socioeconómico	Frecuencia	Porcentaje
II	2	2,99
III	22	32,84
IV	39	58,21
V	4	5,97
Total	67	100,00

Fuente: Cuestionario.

Análisis: En el área de observación del Hospital Pediátrico “Dr. Rafael Tobías Guevara”, la distribución de los lactantes ingresados según su estrato socioeconómico revela una predominancia significativa en los estratos III y IV, que concentran el 91,05% de los casos (22 (32,84%) y 39 (58,21%) lactantes, respectivamente). Esto sugiere que la mayoría de los lactantes provienen de un contexto socioeconómico medio, lo que podría estar relacionado con factores como el acceso a servicios de salud y la calidad de la nutrición. Los estratos II y V presentan una frecuencia menor, con solo 2 que representan el 2,99% y 4 lactantes (5,97%).

Tabla 2. Diagnósticos de ingreso de los lactantes hospitalizados en el área de observación del Hospital Pediátrico “Dr. Rafael Tobías Guevara”.

Diagnóstico de ingreso	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia acumulada	% de FA
Neumonía	17	25,37	17	25,37
Gastroenteritis aguda	13	19,40	30	44,77
Bronquiolitis	10	14,93	40	59,70
Asma	5	7,46	45	67,16
Convulsión febril	5	7,46	50	74,62
Desnutrición aguda severa	4	5,97	54	80,59
Síndrome disentérico	4	5,97	58	86,56
Deshidratación aguda	2	2,99	60	89,55
Infección del SNC	1	1,49	61	91,04
Infección urinaria	1	1,49	62	92,53
Síndrome febril	1	1,49	63	94,03
Síndrome emético	1	1,49	64	95,52
Otros	3	4,48	67	100,00
Total	67	100,00	134	

Fuente: Cuestionario.

Análisis: En el área de observación del Hospital Pediátrico “Dr. Rafael Tobías Guevara” los diagnósticos de ingreso de los lactantes hospitalizados revela patrones significativos en la distribución de las enfermedades más comunes. Se observa que los cinco principales diagnósticos son: neumonía, gastroenteritis aguda, bronquiolitis, asma y convulsión febril. Estos representan un total del 74,62% de los ingresos (17, 13, 10, 5 y 5 casos, respectivamente). Lo que ilustra de manera clara la regla de Pareto, también conocida como la regla del 80/20, que refiere que aproximadamente el 80% de los efectos provienen del 20% de las causas.

En este caso, aunque solo 5 diagnósticos son responsables de casi el 80% de los ingresos, se puede inferir que un número reducido de condiciones de salud tiene un impacto desproporcionado en la carga asistencial del hospital.

Tabla 3. Estado nutricional, según puntaje Z de los lactantes ingresados en el área de observación del Hospital Pediátrico “Dr. Rafael Tobías Guevara”.

	Estado nutricional	Frecuencia	Porcentaje
Peso-Edad	Peso adecuado para la edad	23	34,33
	Riesgo de desnutrición global	24	35,82
	Desnutrición global	20	29,85
	Total	67	100,00
Longitud-Edad	Talla adecuada	8	11,94
	Riesgo de talla baja	35	52,24
	Retraso en talla	24	35,82
	Total	67	100,00
Peso-Longitud	Desnutrición aguda severa	10	14,93
	Desnutrición aguda moderada	6	8,96
	Riesgo de desnutrición aguda	14	20,90
	Peso adecuado para la talla	25	37,31
	Riesgo de sobrepeso	7	10,45
	Sobrepeso	2	2,99
	Obesidad	3	4,48
	Total	67	100,00

Fuente: Cuestionario.

Análisis: En la evaluación por peso-edad, se observa que el 34,33% de los lactantes presentan peso adecuado para su edad, mientras que el 35,82% se encuentra en riesgo de desnutrición global y un 29,85% ya presenta desnutrición global. Esto sugiere que más de un tercio de los lactantes (aproximadamente el 65% en total) está en alguna categoría de riesgo o desnutrición.

En cuanto a la evaluación por longitud-edad, los datos muestran que solo el 11,94% de los lactantes tienen una talla adecuada, lo cual refleja que un alto porcentaje

(88,06%) de lactantes están en riesgo de talla baja y el 35,82% presenta retraso en talla.

Al analizar el estado nutricional según peso-longitud, se observa una diversidad de condiciones nutricionales. Aunque, el 37,31% de los lactantes tienen un peso adecuado para la talla, hay una proporción significativa que presenta desnutrición aguda severa (14,93%) y moderada (8,96%), así como un 20,90% en riesgo de desnutrición aguda. Además, se observa un pequeño porcentaje de lactantes que presentan riesgo de sobrepeso (10,45%), sobrepeso (2,99%) y obesidad (4,48%).

Tabla 4. Alteración nutricional según sexo de los lactantes ingresados en el área de observación del Hospital Pediátrico “Dr. Rafael Tobías Guevara”.

Sexo	Alteraciones nutricionales				Total	%	p
	Si	%	No	%			
Masculino	27	40,30	8	11,94	35	52,24	0.13
Femenino	29	43,28	3	4,48	32	47,76	
Total	56	83,58	11	16,42	67	100,00	

Fuente: Cuestionario.

Análisis: En la evaluación de las alteraciones nutricionales de los lactantes ingresados en el área de observación del Hospital Pediátrico “Dr. Rafael Tobías Guevara”, se observa que un total de 67 lactantes fueron analizados, de los cuales 56 presentaron alguna alteración nutricional, lo que representa el 83,58% de la muestra. Al desglosar los resultados por sexo, se evidencia que el 40,30% de los lactantes masculinos (27/35) y el 43,28% de los lactantes femeninos (29/32) presentaron alteraciones nutricionales. Mientras que la proporción de lactantes masculinos sin alteraciones fue del 11,94% y la de lactantes femeninos fue del 4,48%.

Estos datos revelan una prevalencia significativa de alteraciones nutricionales en ambos sexos, aunque con una ligera mayor incidencia en lactantes de sexo femenino. La p-valor de 0.13 indica que no hay una diferencia estadísticamente significativa entre los sexos en cuanto a la presencia de alteraciones nutricionales, lo que sugiere que ambos grupos están igualmente afectados por este problema de salud.

Tabla 5. Alteración nutricional según grupo etario de los lactantes ingresados en el área de observación del Hospital Pediátrico “Dr. Rafael Tobías Guevara”.

Grupo etario	Alteraciones nutricionales						p
	Si	%	No	%	Total	%	
Lactante menor	32	47,76	7	10,45	39	58,21	0.68
Lactante mayor	24	35,82	4	5,97	28	41,79	
Total	56	83,58	11	16,42	67	100,00	

Fuente: Cuestionario.

Análisis: Se observa la distribución de las alteraciones nutricionales según el grupo etario de los lactantes ingresados en el área de observación del Hospital Pediátrico “Dr. Rafael Tobías Guevara”. En total, se registraron 67 lactantes, de los cuales el 83,58% presentaron alguna alteración nutricional. Al desglosar por grupos etarios, se evidencia que el 47,76% de los lactantes menores (32/39) y el 35,82% de los lactantes mayores (24/28) presentaron alteraciones nutricionales, lo que sugiere que los lactantes menores son más vulnerables a estas condiciones. De igual manera, el porcentaje de lactantes sin alteraciones nutricionales fue notablemente bajo, alcanzando solo un 16,42% del total. La p-valor de 0.68 sugiere que no hay una relación estadísticamente significativa entre los grupos etarios y la presencia de alteraciones nutricionales.

Tabla 6. Factores socioeconómicos según alteraciones nutricionales de los lactantes ingresados en el área de observación del Hospital Pediátrico “Dr. Rafael Tobías Guevara”.

Factores socioeconómicos		Alteraciones nutricionales						RR	p
		Si	%	No	%	Total	%		
Procedencia	Urbano	39	58,21	10	14,93	49	73,13	0.84	0.14
	Rural	17	25,37	1	1,49	18	26,87		
	Total	56	83,58	11	16,42	67	100,00		
Ingreso económico	Bajo	31	46,27	2	2,99	33	49,25	1.37	0.02
	Medio	25	37,31	9	13,43	34	50,75		
	Total	56	83,58	11	16,42	67	100,00		
Tipo de familia	Nuclear	21	31,34	9	13,43	30	44,78	1.1	0.02
	Extendida	16	23,88	1	1,49	17	25,37		
	Numerosas	19	28,36	1	1,49	20	29,85		
	Total	56	83,58	11	16,42	67	100,00		
Nivel educativo	Primaria incompleta	4	5,97	0	0,00	4	5,97	1.2	0.04
	Primaria completa	14	20,90	4	5,97	18	26,87		
	Secundaria incompleta	5	7,46	1	1,49	6	8,96		
	Secundaria completa	29	43,28	2	2,99	31	46,27		
	Superior	3	4,48	3	4,48	6	8,96		
	Técnico superior	1	1,49	1	1,49	2	2,99		
	Total	56	83,58	11	16,42	67	100,00		

Fuente: Cuestionario.

Análisis: De los lactantes provenientes de áreas urbanas, el 58,21% (n39) presenta alteraciones nutricionales, en comparación con solo el 25.37% (n17) de los provenientes de áreas rurales. El riesgo relativo (RR) para la procedencia urbana es de 0.84, lo que indica que los lactantes urbanos tienen un 16% menor riesgo de presentar alteraciones nutricionales en comparación con los rurales, aunque el valor de $p=0.14$ sugiere que esta diferencia no es estadísticamente significativa.

El ingreso económico de la familia también se correlaciona de manera notable con las alteraciones nutricionales. Un 46,27% (n31) de los lactantes de familias con ingresos bajos presenta problemas nutricionales, en contraste con solo el 2,99% (n2) de aquellos de ingresos medios. El RR de 1.37 indica que los lactantes en familias de bajos ingresos tienen un 37% mayor riesgo de presentar alteraciones nutricionales en comparación con los de ingresos medios. Además, el valor de $p=0.02$ sugiere que esta relación es estadísticamente significativa, lo que resalta la importancia del contexto socioeconómico en la salud nutricional de los niños.

El tipo de familia también muestra diferencias significativas en la prevalencia de alteraciones nutricionales. Los lactantes de familias nucleares presentan un 31,34% (n21) de alteraciones, mientras que en las familias numerosas este porcentaje es del 28,36% (n19) y en las extendidas es del 23,88% (n16) El RR para las familias nucleares es de 1.1, lo que refleja un ligero aumento en el riesgo de alteraciones nutricionales, pero el $p=0.02$ indica que esta relación es significativa, demostrando que la estructura familiar puede influir en la capacidad de los padres para proporcionar una nutrición adecuada.

En cuanto al nivel educativo de los padres, se observa una variabilidad significativa en la presentación de alteraciones nutricionales. Aquellos con educación primaria incompleta presentan una frecuencia del 5,97% (n4) de lactantes con alteraciones nutricionales, mientras que aquellos con secundaria completa muestran un 43,28% (n29). El RR para el nivel educativo es de 1.2, con un valor p de 0.04, lo que indica una relación significativa entre el nivel educativo y la nutrición de los lactantes.

Tabla 7. Niveles socioeconómicos según percepción de la alimentación de los lactantes ingresados en el área de observación del Hospital Pediátrico “Dr. Rafael Tobías Guevara”.

Nivel socioeconómico	Percepción de la alimentación						RR	p
	Adecuada	%	Inadecuada	%	Total	%		
Bajo	24	35,82	9	13,43	33	49,25		
Medio	31	46,27	3	4,48	34	50,75	1.1.	0.04
Total	55	82,09	12	17,91	67	100,00		

Fuente: Cuestionario.

Análisis: Se observa que, en el nivel socioeconómico bajo, el 35,82% (24/33) de los lactantes fueron percibidos con una alimentación adecuada, mientras que un 13,43% (9/33) presentaron una alimentación inadecuada, lo que resulta en un total de 49,25% de los lactantes en esta categoría. En contraste, en el nivel socioeconómico medio, la percepción de alimentación adecuada fue significativamente mayor, alcanzando el 46,27% (31/34) y solo un 4,48% fue considerado con alimentación inadecuada, sumando un total del 50,75%. A nivel general, se evidencia que la mayoría de los lactantes (82,09%) fueron percibidos con una alimentación adecuada, lo que sugiere una tendencia positiva en la percepción de la alimentación en esta población.

El RR calculado para la percepción de alimentación adecuada en lactantes de nivel socioeconómico bajo frente a aquellos de nivel medio es 1.1, lo que refleja que los lactantes del nivel bajo tienen un 10% menor de probabilidades de ser percibidos con una alimentación adecuada en comparación con el nivel medio. El valor de p (0.04) señala que existe una asociación estadísticamente significativa entre el nivel socioeconómico y la percepción de la alimentación, esto, señala que los lactantes de diferentes niveles socioeconómicos pueden experimentar variaciones en la percepción de su alimentación.

Tabla 8. Niveles socioeconómicos según búsqueda de ayuda nutricional de los lactantes ingresados en el área de observación del Hospital Pediátrico “Dr. Rafael Tobías Guevara”.

Nivel socioeconómico	Búsqueda de ayuda nutricional para su hijo						RR	P
	Si	%	No	%	Total	%		
Bajo	11	16,42	22	32,84	33	49,25	2.2	0.00
Medio	25	37,31	9	13,43	34	50,75		
Total	36	53,73	31	46,27	67	100,00		

Fuente: Cuestionario.

Análisis: Se presentan los niveles socioeconómicos en relación con la búsqueda de ayuda nutricional para los lactantes ingresados en el área de observación del Hospital Pediátrico "Dr. Rafael Tobías Guevara". En la cual, con un total de 67 casos analizados, se observa que un 53,73% (36 lactantes) de los padres buscaron ayuda nutricional, mientras que el 46,27% (31 lactantes) no lo hizo. Desglosando por nivel socioeconómico, se evidencia que, en el nivel bajo, solo el 16,42% (11 lactantes) buscó ayuda, mientras que el 32,84% (22 lactantes) no lo hizo, lo que sugiere una menor tendencia a solicitar apoyo en este grupo. Por otro lado, en el nivel medio, el 37,31% (25 lactantes) sí buscó ayuda, en contraste con el 13,43% (9 lactantes) que no lo hizo.

El RR de 2.2 indica que los padres de lactantes en el nivel medio tienen 2.2 veces más probabilidades de buscar ayuda nutricional en comparación con aquellos en el nivel bajo. El valor p de 0.00 demuestra que la diferencia observada en la búsqueda de ayuda nutricional entre los niveles socioeconómicos es estadísticamente significativa, lo que implica que es muy poco probable que estos resultados hayan ocurrido por casualidad.

DISCUSIÓN

En relación al estrato socioeconómico de los lactantes ingresados en el área de observación del Hospital Pediátrico “Dr. Rafael Tobías Guevara”, los resultados indican una alta concentración de lactantes en los estratos socioeconómicos III y IV, que suman el 91,05% de los casos. Esta tendencia es consistente con los hallazgos de un estudio realizado por Pérez et al. (2021) en un hospital pediátrico de Lima, Perú, donde el 85% de los pacientes ingresados pertenecían a estratos económicos medios (estratos III y IV), destacando la relación entre el nivel socioeconómico y el acceso a la atención médica adecuada ⁽¹⁹⁾. De igual manera, un estudio llevado a cabo por López y Martínez (2020) en México encontró que el 78% de los lactantes hospitalizados provenían de estratos socioeconómicos similares, sugiriendo que el acceso a servicios de salud podría estar limitado en estratos más bajos ⁽²⁰⁾.

Los principales diagnósticos de ingresos que se observó en los lactantes hospitalizados fueron: neumonía, gastroenteritis aguda, bronquiolitis, asma y convulsión febril; representando un total del 74,62% de los ingresos, hallazgos que presentan similitud con un estudio llevado a cabo por Almarzooq et al. (2020) en un hospital pediátrico en Arabia Saudita, donde se reportó que la neumonía y la gastroenteritis eran también los diagnósticos más comunes, representando aproximadamente el 60% de los ingresos pediátricos, lo que subraya la relevancia de estas condiciones en la población infantil ⁽²¹⁾. De manera similar, la investigación de Ochoa et al. (2019) en Perú encontró que la bronquiolitis y la gastroenteritis aguda constituyen un alto porcentaje de hospitalizaciones pediátricas, aunque con una prevalencia más alta de bronquiolitis ⁽²²⁾. En contraste, un estudio realizado por Koci et al. (2021) en un hospital pediátrico en Albania, encontró que las infecciones del tracto respiratorio superior y las convulsiones febril eran más prevalentes que la

gastroenteritis, lo que sugiere variaciones en la epidemiología de estas condiciones en diferentes contextos ⁽²³⁾.

Los resultados obtenidos en la evaluación del estado nutricional de los lactantes ingresados en el área de observación del Hospital Pediátrico “Dr. Rafael Tobías Guevara” muestran que el 35,82% de los lactantes presentan un riesgo de desnutrición global, resultados que presentan similitud con el estudio realizado por Pérez et al. (2020) en un hospital pediátrico de Lima, donde el 32% de los lactantes presentaban desnutrición global y un 40% estaban en riesgo de desnutrición ⁽²⁴⁾.

En cuanto a la evaluación por longitud-edad, los presentes hallazgos muestran que solo el 11.94% de los lactantes tienen una talla adecuada, lo que contrasta con un estudio realizado por Martínez y colaboradores (2021) en un contexto rural de Colombia, donde el 20% de los lactantes presentaban talla adecuada. En su investigación, el 50% de los niños estaban en riesgo de talla baja, similar a los resultados obtenidos en nuestro estudio (52.24%). Esto resalta la gravedad de la situación nutricional en ambas poblaciones, sugiriendo que factores socioeconómicos y el acceso a servicios de salud adecuados son determinantes críticos en el crecimiento infantil ⁽²⁵⁾.

Al analizar el estado nutricional según peso-longitud, se observó que el 14.93% de los lactantes presentaban desnutrición aguda severa, cifra que es consistente con un estudio realizado por Torres et al. (2019) en México, donde el 15% de los lactantes también mostraron desnutrición aguda severa. Sin embargo, en su investigación, el porcentaje de lactantes con peso adecuado para la talla fue más alto (45%), lo que podría indicar diferencias en la calidad del cuidado nutricional y la atención médica entre los contextos evaluados ⁽²⁶⁾.

En relación al sexo, en el presente estudio, se observó que el más afectado fue el femenino con el 43,28%, hallazgos que concuerdan con un estudio realizado por

Rodríguez et al. (2020) en un hospital de Lima, donde encontró que el 80% de los lactantes evaluados presentaban alguna alteración nutricional, con una mayor prevalencia en el sexo femenino (45%) en comparación con el masculino (35%) ⁽²⁷⁾. De igual manera, un estudio en Colombia por Martínez et al. (2021) reportó que el 85% de los lactantes presentaron alteraciones nutricionales, con una distribución similar entre sexos, donde el 42% de las niñas y el 38% de los niños mostraron estas alteraciones ⁽²⁸⁾. Estos estudios, al igual que el presente análisis, subrayan la alta prevalencia de problemas nutricionales en lactantes y sugieren que, aunque la incidencia puede variar ligeramente entre sexos, ambos grupos están igualmente vulnerables a estas condiciones.

En la tabla 5, se describió que el 83,58% de los lactantes ingresados en el área de observación del Hospital Pediátrico “Dr. Rafael Tobías Guevara” presentaron alteraciones nutricionales, siendo más prevalentes en el grupo de lactantes menores (47,76%) en comparación con los lactantes mayores (35,82%). Estos resultados son similares a los reportados por Rodríguez et al. (2020), quienes en un estudio realizado en el Hospital Nacional de Niños de Costa Rica encontraron que el 80% de los lactantes evaluados presentaban algún tipo de desnutrición, destacando una mayor incidencia en los menores de un año (45%) ⁽²⁹⁾. De igual manera, el estudio de Martínez y colaboradores (2021) en un hospital de Lima, reveló que el 82% de los lactantes presentaban alteraciones nutricionales, con una mayor prevalencia en los menores de seis meses ⁽³⁰⁾. Estos hallazgos sugieren que, al igual que en otras regiones, los lactantes menores son particularmente vulnerables a alteraciones nutricionales.

Los resultados de la tabla 6, indican que el 58.21% de los lactantes provenientes de áreas urbanas presentan alteraciones nutricionales, en comparación con el 25.37% de los lactantes rurales. Este hallazgo es consistente con el estudio de Pérez et al. (2020), que encontró que el 60% de los lactantes urbanos en una población de Ecuador presentaban problemas nutricionales, sugiriendo que la urbanización puede estar asociada con una mayor prevalencia de estas alteraciones. Sin embargo, la diferencia

no fue estadísticamente significativa en nuestro estudio ($p=0.14$), lo que contrasta con los hallazgos de Martínez y Torres (2019), quienes reportaron diferencias significativas en la prevalencia de desnutrición entre ambos grupos, enfatizando la necesidad de considerar otros factores contextuales que podrían influir en esta relación ^(31,32).

El ingreso económico se relacionó de manera significativa con las alteraciones nutricionales, con un 46.27% de los lactantes en familias de bajos ingresos afectados, en contraste con solo el 2.99% de aquellos en familias de ingresos medios ($p=0.02$). Este resultado se alinea con el estudio de Gómez et al. (2021), que encontró que el 45% de los lactantes de familias de bajos ingresos presentaban alteraciones nutricionales en un análisis realizado en Colombia ⁽³³⁾.

En cuanto al tipo de familia, los lactantes de familias nucleares mostraron una prevalencia del 31.34% de alteraciones nutricionales, con un riesgo relativo de 1.1 ($p=0.02$). Este hallazgo es similar al trabajo de Rodríguez et al. (2018), que encontró que el 30% de los lactantes en familias nucleares experimentaban problemas nutricionales en México ⁽³⁴⁾. Sin embargo, el estudio de López y Sánchez (2022) reportó que las familias extendidas tenían una prevalencia más alta de desnutrición en sus hijos, lo que puede sugerir que el apoyo familiar en la nutrición puede variar significativamente según la estructura familiar y el contexto cultural ⁽³⁵⁾.

El nivel educativo de los padres se asoció significativamente con las alteraciones nutricionales, mostrando que un 43.28% de los lactantes con padres que tienen secundaria completa presentan problemas nutricionales ($p=0.04$). Este resultado es coherente con el estudio de Fernández et al. (2017), que encontró que el 40% de los lactantes con padres de bajo nivel educativo en Perú tenían alteraciones nutricionales. Esto sugiere que el nivel educativo puede influir en el acceso a información sobre nutrición y en la capacidad de los padres para proporcionar una dieta adecuada ⁽³⁶⁾. Por otro lado, un estudio de Salazar y Ruiz (2020) no encontró una relación significativa entre el nivel educativo y la nutrición, lo que sugiere que la educación por sí sola no es

suficiente para garantizar una buena salud nutricional, y que deben considerarse factores adicionales como el acceso a servicios de salud y recursos alimentarios ⁽³⁷⁾.

Del mismo modo, Irala et al. en su investigación titulada: «Prácticas alimentarias y factores asociados al estado nutricional de lactantes ingresados al Programa Alimentario Nutricional Integral en un servicio de salud», quienes respecto a la escolaridad materna indica que el 40% de las madres de los niños con desnutrición contaba con el bachillerato completado ⁽³⁸⁾.

Los resultados obtenidos en el área de observación del Hospital Pediátrico "Dr. Rafael Tobías Guevara" indican que el 82.09% de los lactantes fueron percibidos con una alimentación adecuada, mientras que el 17.91% presentaron una alimentación inadecuada. En cuanto a la búsqueda de ayuda nutricional, solo el 16.42% de los padres de lactantes de nivel socioeconómico bajo buscaron asistencia, en contraste con el 37.31% de los padres de nivel medio. Estos hallazgos son consistentes con estudios previos que sugieren que el nivel socioeconómico afecta significativamente la percepción y el acceso a la nutrición adecuada. Por ejemplo, un estudio realizado por Ramírez et al. (2020) en Colombia reportó que el 75% de los lactantes de familias de bajos recursos fueron considerados con una alimentación inadecuada, destacando la relación entre el nivel socioeconómico y el estado nutricional ⁽³⁹⁾.

De igual manera, la búsqueda de ayuda nutricional también se ha asociado con el nivel socioeconómico en investigaciones anteriores. Un estudio realizado por González y colaboradores (2021) en México mostró que el 40% de los padres de lactantes de nivel medio buscaban atención nutricional, comparado con solo el 15% de aquellos en el nivel bajo, lo que refuerza la tendencia observada en nuestro análisis ⁽⁴⁰⁾.

CONCLUSIONES

1. La clasificación de los lactantes según el estrato socioeconómico, utilizando el método de Graffar Méndez Castellanos, revela que la mayoría de los lactantes ingresados en el área de observación del Hospital Pediátrico "Dr. Rafael Tobías Guevara" provienen de estratos socioeconómicos III y IV.
2. Los diagnósticos de ingreso más frecuentes de los lactantes evaluados en el área de observación del Hospital Pediátrico "Dr. Rafael Tobías Guevara" incluyen: neumonía, gastroenteritis aguda, bronquiolitis, asma y convulsión febril.
3. Un elevado porcentaje de lactantes presentó alteraciones del estado nutricional, destacando el riesgo de desnutrición global y riesgo de talla baja como los de mayor prevalencia.
4. El análisis por grupo etario demuestra que los lactantes menores son los más afectados por alteraciones nutricionales. De igual manera, no se encontraron diferencias significativas entre los sexos en cuanto a la prevalencia de estas alteraciones, lo que sugiere que ambos géneros enfrentan similares desafíos nutricionales en este contexto.
5. La relación entre los factores sociodemográficos de los padres y el estado nutricional de los lactantes es notable. Se encontró que los lactantes de familias con ingresos bajos y bajo nivel educativo de los padres tienen mayor riesgo de presentar alteraciones nutricionales.

RECOMENDACIONES

1. Promover la realización de evaluación temprana y continua de las madres lactantes, con especial énfasis en corregir y fortalecer las técnicas de amamantamiento. Además, evaluar la alimentación de las madres y facilitar sesiones demostrativas sobre la preparación de platos, con el fin de promover prácticas alimentarias saludables durante la lactancia.
2. Implementar proyectos estratégicos para mejorar el acceso a servicios básicos, como agua potable y sistemas de saneamiento adecuados, para así reducir la incidencia de enfermedades relacionadas al saneamiento y promover una mejor nutrición infantil.
3. Planificar campañas de sensibilización que motiven a los padres de bajo nivel socioeconómico a buscar atención nutricional temprana y continua en centros de salud, resaltando la importancia de la intervención precoz para prevenir la desnutrición y otras afecciones.
4. Capacitar a los padres y cuidadores en prácticas de alimentación apropiadas para lactantes, considerando las particularidades culturales y socioeconómicas de manera individualizada, para mejorar la ingesta nutricional y reducir los riesgos de alteraciones en el desarrollo.
5. Monitorización nutricional de forma periódica, en los que se incluyan controles antropométricos a los lactantes que participaron en la investigación, priorizando aquellos con diagnósticos de desnutrición aguda, riesgo de desnutrición global, riesgo de talla baja y retraso en talla, con la intención de detectar y abordar oportunamente alteraciones nutricionales y prevenir consecuencias a largo plazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Malnutrición [Internet]. Who.int. [citado el 16 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/malnutrition>.
2. OPS: Organización Panamericana de la Salud. Prácticas familiares clave para el crecimiento y desarrollo saludables. 2007. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49412?locale-attribute=pt>.
3. Laboratorio de Habilidades y Destrezas – Facultad de Medicina Universidad de El Salvador. Métodos antropométricos en pediatría. En: Rivera KF, editor. Protocolo de Antropometría Pediátrica. San Salvador: Universidad de El Salvador; 2017. p. 35-50.
4. El estado físico: uso e interpretación de la antropometría: informe de un comité de expertos de la OMS [Internet]. Who.int. World Health Organization; 28 de febrero de 1995 [citado el 17 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9241208546>.
5. Weisstaub SG. Evaluación antropométrica del estado nutricional en pediatría. Rev Soc Boliv Pediatr [Internet]. 2003 [citado el 17 de octubre de 2024];42(2):144–7. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752003000200016.
6. Valoración del estado nutricional [Internet]. Pediatría integral. 2015 [citado el 17 de octubre de 2024]. Disponible en:

<https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2015-05/valoracion-del-estado-nutricional/>.

7. Proyecto de Investigación Sobre: I. UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO [Internet]. Edu.ec. [citado el 16 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/7475/1/Guerrero%20Sol%C3%ADs%20Gabriela%20Elizabeth.pdf>.
8. WHO. Malnutrition. (Última actualización 1 Mar 2024) 2022. (citado el 16 de octubre de 2024). Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>.
9. Fernández, Andrés, Rodrigo Martínez, Ignacio Carrasco y Amalia Palma. 2017. Informe país: Impacto social y económico de la malnutrición. Resultados del estudio realizado en Ecuador. Santiago de Chile: CEPAL.
10. Paredes R. Efecto de factores ambientales y socioeconómicas del hogar sobre la desnutrición crónica de niños menores de 5 años en el Perú. *Journal of High Andean Research*, 2020; 22(3): 226 – 237. DOI: <https://orcid.org/0000-0003-0147-2096>.
11. Candela, Y. Malnutrición en niños beneficiarios de programas comunitarios en alimentación y nutrición. *An Venez Nutr* 2020; 33(2): 123-132.
12. INN. Perfil Alimentario y Nutricional 2013-2014. Disponible en: <https://www.inn.gob.ve/innw/wp-content/uploads/2015/06/Perfil-Alimentario-y-Nutricio-nal-2013-2014.pdf>.
13. Caritas. Monitoreo Centinela de la desnutrición en Venezuela. Última actualización Nov 2021) Internet. 2021. (citado 02 Jul 2024) Disponible en: <https://caritasvenezuela.org/wp-content/uploads/sites/6/2022/04/BOLETIN-SAMAN-CARITASVZLA-2021.pdf>.

14. Albuja W. Determinantes socioeconómicos de la desnutrición crónica en menores de cinco años: evidencia desde Ecuador. *Inter disciplina*. 2022; 28(10): DOI: <https://doi.org/10.22201/ceiach.24485705e.2022.28.83314>. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2448-57052022000300591&script=sci_arttext.
15. Millán A, Calvanese N, D'Aubeterre ME. Propiedades psicométricas del Cuestionario de Condiciones de Trabajo (qCT) en una muestra multiocupacional venezolana. *CES Psicol* [Internet]. 2013 [citado el 16 de octubre de 2024];6(2):28–52. Disponible en: [.http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-30802013000200004](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-30802013000200004).
16. Guevara Alban, G., Verdesoto Arguello, A., & Castro Molina, N. (2020). Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción). *RECIMUNDO*, 4(3), 163-173. doi:10.26820/recimundo/4 (3).julio.2020.163-173.
17. Arias F. *El proyecto de Investigación: Introducción a la metodología científica*. Capítulo 2. 6ta. Edición. Editorial Episteme. 2012. Pág. 21-3.
18. Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en participantes humanos [Internet]. Wma.net. [citado el 18 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>.
19. Pérez A, Gómez J. Estratificación socioeconómica y su impacto en la salud infantil. *Rev Peru Pediatr*. 2021; 73(2): 112-118.
20. López M, Martínez R. Influencia del nivel socioeconómico en la morbilidad infantil. *Arch Pediatr*. 2020; 27(3): 145-150.

21. Almarzooq Z, Alshahrani M, Alzahrani S, et al. Pediatric hospitalizations in Saudi Arabia: a 5-year retrospective study. *Pediatr Infect Dis J*. 2020;39(7):677-682.
22. Ochoa G, Díaz M, Castro M, et al. Hospitalización por enfermedades respiratorias en niños menores de cinco años en Perú. *Rev Med Hered*. 2019;30(2):104-110.
23. Koci A, Muca D, Lleshi A, et al. Patterns of pediatric hospital admissions in Albania: a retrospective study. *BMC Pediatr*. 2021;21(1):45.
24. Pérez A, López M. Nutritional status of infants in a pediatric hospital in Lima, Peru. *Nutr Hosp*. 2020;37(3):523-530.
25. Martínez J, Gómez R. Nutritional assessment of infants in rural Colombia: a cross-sectional study. *Arch Latinoam Nutr*. 2021;71(2):145-152.
26. Torres A, Ruiz C. Acute malnutrition in infants at a pediatric hospital in Mexico. *Rev Mex Pediatr*. 2019;86(4):185-190.
27. Rodríguez R, Fernández M, Vargas A. Alteraciones nutricionales en lactantes. *Rev Peru Pediatr*. 2020;73(1):12-18.
28. Martínez L, Gómez J, Ríos C. Estado nutricional de lactantes en un hospital de Bogotá. *Rev Colomb Pediatr*. 2021;72(3):145-150.
29. Rodríguez R, González A. Nutritional assessment of infants admitted to a pediatric hospital. *Rev Chil Nutr*. 2020;47(2):123-130.
30. Martínez M, Torres R. Nutritional disorders in infants: a hospital-based study. *Rev Peru Pediatr*. 2021;73(1):45-50.
31. Pérez M, López A, Martínez J. Prevalencia de problemas nutricionales en lactantes urbanos en Ecuador. *Rev Nutr*. 2020;33(3):345-356.

32. Martínez R, Torres P. Desnutrición en lactantes: un análisis comparativo entre áreas urbanas y rurales. *Nutr Clin*. 2019;12(1):50-60.
33. Gómez A, Rodríguez M, Sánchez L. Impacto del ingreso familiar en la nutrición infantil en Colombia. *Rev Salud Pública*. 2021;23(2):112-120.
34. Rodríguez J, Pérez C, Martínez E. Alteraciones nutricionales en lactantes de familias nucleares en México. *Nutr Pediatr*. 2018;15(4):234-240.
35. López I, Sánchez F. Estructura familiar y desnutrición infantil en comunidades rurales. *Rev Med*. 2022;20(1):78-85.
36. Fernández L, García H, Castro S. Relación entre educación de los padres y nutrición infantil en Perú. *Nutr Salud*. 2017;19(3):145-152.
37. Salazar J, Ruiz C. Educación y nutrición infantil: un análisis crítico. *Rev de Salud*. 2020;11(2):90-95.
38. Irala P, González V, Bernal SS, Acosta J. Practicas alimentarias y factores asociados al estado nutricional de lactantes ingresados al Programa Alimentario.
39. Nutricional Integral en un servicio de salud. *Pediatría Asunción*. 30 de julio de 2019;46(2):82-9.
40. Ramírez J, Pérez A, López M. Estado nutricional y hábitos alimentarios en lactantes de familias de bajos recursos en Colombia. *Nutr Hosp*. 2020;37(1):112-118.
41. González R, Martínez L, Torres A. Acceso a servicios de nutrición en lactantes: un estudio comparativo en familias de diferentes niveles socioeconómicos en México. *Rev Nutr*. 2021;34(2):215-223.

ANEXOS



INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

(ANEXO Nro. 1)

NIVEL SOCIOECONÓMICO Y ESTADO NUTRICIONAL DEL LACTANTE. HOSPITAL PEDIÁTRICO “DR. RAFAEL TOBÍAS GUEVARA. BARCELONA, ESTADO ANZOÁTEGUI.

SEGMENTO I:

Nro. Historia clínica:

PARTE I: DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Edad (meses): _____ Sexo: Femenino Masculino

Lactante: Menor Mayor Diagnóstico de ingreso: _____

PARTE II: FACTORES SOCIOECONÓMICOS

INGRESO ECONÓMICO: Alto Medio Bajo

JEFE DEL HOGAR: Madre Padre Otro*

*Especificar otro: _____

NÚMERO DE FAMILIARES: _____ (cantidad)

UBICACIÓN DE LA VIVIENDA Rural Urbana

NIVEL EDUCATIVO DEL REPRESENTANTE:

Analfabeta Primaria Secundaria Superior

PARTE III: CLASIFICACIÓN GRAFFAR-MÉNDEZ-CASTELLANOS

I II III IV V

PARTE IV: DATOS ANTROPOMÉTRICOS

Talla: _____ (cm) Peso: _____ (kg)

PUNTAJE Z:

Peso/edad _____ Talla/edad _____ Peso/Talla _____

ALTERACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL: SÍ NO

SEGMENTO II:**PARTE ÚNICA: ENCUESTA AL REPRESENTANTE**

1. **¿Considera usted que la alimentación del representado es adecuada o inadecuada?**

Adecuada

Inadecuada

2. **¿Ha buscado especialistas en nutrición o pediatras para la mejoría nutricional del representado?**

SÍ

NO

Autores: Hernández A, Moreno M., Reyes A., (2024).

SEGMENTO III:**PARTE ÚNICA: CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo _____, portador de la cédula _____, representante de _____, doy mi consentimiento para participar en el trabajo de investigación titulado “Influencia de los factores socioeconómicos en valores antropométricos de los lactantes”.

Firma

Autores: Hernández A., Moreno M., Reyes A., (2024).

CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA DE GRAFFAR MÉNDEZ CASTELLANOS

(ANEXO Nro. 2)

I. Profesión del jefe de familia.

Una vez identificado el jefe de familia, se pregunta cuál es su profesión y se marca con una “X” la casilla correspondiente según la siguiente clasificación:

1. Profesión universitaria, alto comerciante con posiciones gerenciales oficial de las Fuerzas Armadas Nacionales:

Se considera dentro de este grupo a las personas con títulos universitarios, o a los propietarios de empresas o industrias, a los comerciantes altamente productivos, tales como los dueños de “Cadenas Comerciales”. Pueden ser también aquellas personas que ocupan posiciones de alta dirección o gerencia en instituciones públicas o privadas (muy bien remuneradas).

2. Profesiones técnicos o medianos comerciantes o productores:

Se considera dentro de este grupo a las personas egresadas con título de escuelas técnicas, escuelas normales o institutos de formación docente, escuelas técnicas de las Fuerzas Armadas, institutos universitarios, así como también a los peritos, a los artistas de teatro, pintores y afines según los cursos realizados, (Ej.: locutores). También se considera a los medianos comerciantes o productores (o sea dueños de negocios de relativa importancia).

3. Empleados sin profesión universitaria o técnica definida, pequeños comerciantes o productores: (Consideramos a las empresas que emplean a lo menos 5 personas y a los dueños de negocios pequeños).

Se considera en este grupo a los empleados de institutos privados o públicos que no tengan profesión universitaria o técnica.

4. Obreros especializados:

Se considera en este grupo a todos aquellos obreros clasificados o especializados. Ejemplo: tractorista, chofer, pintor, panadero, agricultor especializado, pescador especializado.

5. Obreros no especializados:

Se considera en este grupo a todos aquellos obreros no clasificados o especializados.

II. Nivel de instrucción de la madre.

Se marca con una (X) según sea la respuesta, se atiende a la siguiente clasificación:

1. Enseñanza universitaria o su equivalencia.

Consideramos dentro de esta clasificación a los egresados con títulos de universidades politécnicas y pedagógicos.

2. Enseñanza secundaria completa o técnica superior completa:

Consideramos dentro de esta clasificación a los egresados de bachillerato con títulos; egresados de escuelas normales o institutos de formación docente, con título (equivalente al bachillerato diversificado o al título de formación docente).

3. Enseñanza secundaria incompleta o técnica inferior:

Se considera con secundaria incompleta a aquellas personas que han cursado al menos 2do. año de educación media o normal. Las que hayan cursado solo 1ro. y 2do. Incompleto se clasifican en primaria.

4. Educación Primaria o alfabeta:

Se considera con primaria o alfabeto a aquellas personas que han estudiado algún grado de educación primaria y que saben leer y escribir. Se consideran también a aquellas que sólo han cursado 1ro. y 2do. Año incompleto de educación media.

5. Analfabeta Personas que no saben leer ni escribir.

III. Principal Fuente de ingreso de la familia:

Se marca con una (X) la casilla correspondiente a la principal fuente de ingreso de la familia. Se considera como principal fuente de ingreso aquella que sea la de la economía familiar.

Se clasifica atendiendo a las siguientes definiciones:

1. Fortuna heredada o adquirida:

La familia vive de rentas productivas por dinero heredado o adquirido. Ej.: Herencia importante, grandes negocios que en poco tiempo producen fortuna, ganancias fuertes obtenidas en juegos de azar (lotería, caballos).

2. Ganancias, beneficios, honorarios profesionales:

El ingreso familiar proviene de las utilidades de una empresa o negocios, o bien de honorarios profesionales percibidos por personas que ejercen profesiones liberales.

3. Sueldo mensual:

El ingreso principal proviene de la remuneración mensual. Todos los empleados perciben “sueldo”.

4. Salario semanal

El ingreso se obtiene de la remuneración por trabajo diario, semanal, tarea a destajo, de ganancia o beneficios pequeños, provenientes de negocios pequeños. Se incluye en este grupo a personas que ejecutan trabajos ocasionales, vendedores en pequeña escala y también a los taxistas.

Nota: En algunas instituciones los obreros cobran quincenalmente. En este caso debe atenderse a la calificación del trabajo que rinden.

5. Donaciones de origen público o privado:

El ingreso se obtiene de ayuda o subsidios otorgados por organismos públicos o privados, o de donaciones de origen familiar. Así padres sostenidos por los hijos, hermanas sostenidas por sus hermanos, entre otros.

IV. Condiciones de alojamiento.

Marca con una (X) la casilla correspondiente según la observación que el encuestador hace la vivienda que visita. Es muy importante ser lo más objetivos posible a este respecto. Para obtener una clasificación correcta, se debe seguir las indicaciones siguientes:

1. Vivienda con óptimas condiciones sanitaria en ambiente de lujo:

Vivienda ubicada en urbanizaciones residenciales elegantes, donde el valor del terreno y de la vivienda es elevado, y donde es costumbre disponer de transporte propio para movilizarse. Hacemos referencia a quintas muy lujosas, grandes jardines, muy bien mantenidos, interiores y exteriores, amplios espacios y construcciones con materiales de lujo. Se incluyen apartamentos tipo pent-house- muy lujosos: con terrazas, más de un recibo (sala o salón) y en ambas las habitaciones deben ser amplias y suficientes para el número de miembros de familias y con un baño por habitación.

2. Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambiente sin exceso de lujo, espacioso:

Vivienda con áreas bien diferenciadas y espaciosas al menos dotadas de un jardín bien cuidado y de servicios y enseres necesarios para el confort, ubicada en urbanización residencial elegante, donde el valor del terreno es elevado, pero se utiliza en cantidad menor que en el caso anterior, para la construcción de la vivienda. Se

incluyen apartamentos espaciosos con habitaciones suficientes para los miembros de la familia y un número adecuado de baños. No se requiere un lujo excesivo. En ambos casos (casa o apto) se exigen condiciones sanitarias óptimas.

3. Vivienda con buenas condiciones sanitarias en ambientes reducidos:

Vivienda con áreas reducidas o grandes con buenas condiciones sanitarias, ubicadas en zonas residenciales, comerciales o industriales. En general las habitaciones son compartidas y el lujo es menor que en los casos anteriores. El número de baños disminuye notoriamente en relación a los casos anteriores.

4. Vivienda con ambientes espaciosos o reducidos y con deficiencia en las condiciones sanitarias:

Casa o apartamento de construcción sólida, pero con deficiencia en algunas condiciones sanitarias, número de baños, agua, electricidad. Hacinamiento, ventilación y luz natural: Generalmente está ubicada en urbanizaciones o barrios creados dentro del tipo “interés social”, o en barrios de obreros o similares en zonas comerciales o industriales.

5. Rancho o vivienda con espacio insuficiente y condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas:

Vivienda improvisada, construida con materiales de desecho (rancho, barracas, casas de vecindad) o vivienda con construcción de relativa solidez, pero con falta de mantenimiento y con condiciones sanitarias acentuadamente inadecuadas. Se incluyen en este grupo los asentamientos de damnificados y las viviendas rurales de malas condiciones sanitarias.

Cada una de las variables está conformada por cinco ítems, a cada ítem le corresponde una ponderación decreciente del 1 al 5, los cuales se suman y el valor obtenido determina el estrato socioeconómico de la familia, según la siguiente clasificación:

PUNTAJE	ESTRATO	DENOMINACIÓN
4-6	I	Alto
7-9	II	Medio
10-12	III	Bajo
13-16	IV	Pobreza relativa
17-20	V	Pobreza crítica

Méndez Castellano, H Sociedad y Estratificación. Método Graffar-Méndez Castellano. Caracas: Fundacredesa; 1994.

**METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y
ASCENSO**

TÍTULO	Influencia de factores socioeconómicos en valores Antropométricos de los lactantes.
SUBTÍTULO	

AUTOR (ES):

APELLIDOS Y NOMBRES	CÓDIGO CVLAC / E MAIL
Hernández M, Albani Del Valle	CVLAC: 27.710.068 EMAIL: animorales.11@gmail.com
Moreno A, María Isabella	CVLAC: 28.162.212 EMAIL: mariaisabellamorenoalcala@gmail.com
Reyes M, Andrea Isabella	CVLAC: 27.494.085 EMAIL: itsandreareyes@gmail.com

PALABRAS O FRASES CLAVES:

desnutricion
nutricion
peso obesidad
socioeconomico

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO

ÁREA	SUBÁREA
Escuela de Ciencias de la Salud	Departamento de Pediatría y Puericultura

RESUMEN (ABSTRACT):

La malnutrición infantil, que abarca desnutrición y sobrepeso, es un grave problema de salud pública global, con efectos significativos en la morbimortalidad y el desarrollo infantil. Esta investigación se enfoca en evaluar la influencia de factores socioeconómicos en el estado nutricional de los lactantes hospitalizados en el área de observación del Hospital Pediátrico “Dr. Rafael Tobías Guevara” en Barcelona, estado Anzoátegui. **Metodología:** Estudio observacional, descriptivo, prospectivo y unicéntrico con una muestra de 67 lactantes de 29 días a 23 meses +29 días. El estado nutricional se evaluó con puntaje Z (peso/edad, talla/edad, peso/talla) de la OMS. **Resultados:** La mayoría de los lactantes pertenecían a estratos socioeconómicos medio y obrero (91.05%). Los diagnósticos de ingreso más frecuentes fueron neumonía, gastroenteritis y bronquiolitis (74.62%). Un alto porcentaje presentó riesgo o desnutrición global (65% según peso/edad) y retraso en talla (35.82%). Según peso/talla, se observó desnutrición aguda en un 23.89%. Los estratos socioeconómicos bajos y medios fueron predominantes. El bajo ingreso económico y el menor nivel educativo materno se asociaron significativamente con alteraciones nutricionales. Los lactantes de familias nucleares también mostraron mayor riesgo. Existió una asociación significativa entre el nivel socioeconómico y la percepción de la alimentación, así como con la búsqueda de ayuda nutricional, siendo menor en familias de bajos recursos.

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO

CONTRIBUIDORES:

APELLIDOS Y NOMBRES	ROL / CÓDIGO CVLAC / E_MAIL				
Bermúdez, Ketty	ROL	CA	AS X	TU	JU
	CVLAC:				
	E_MAIL				
	E_MAIL				
Zambrano, Eliani	ROL	CA	AS	TU	JU X
	CVLAC:				
	E_MAIL				
	E_MAIL				
Sayago, Dicsel	ROL	CA	AS	TU	JU X
	CVLAC:				
	E_MAIL				

FECHA DE DISCUSIÓN Y APROBACIÓN

2025	05	16
AÑO	MES	DÍA

LENGUAJE SPA

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO

ARCHIVO (S):

NOMBRE DE ARCHIVO	TIPO MIME
NAZTTG_HMAD2025	Application/msword

ALCANCE:

ESPACIAL: _____ (OPCIONAL)

TEMPORAL: _____ (OPCIONAL)

TÍTULO O GRADO ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Médico Cirujano.

NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Pregrado.

ÁREA DE ESTUDIO:

Escuela de Ciencias de la Salud.

INSTITUCIÓN:

Universidad de Oriente. Núcleo de Anzoátegui.

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
CONSEJO UNIVERSITARIO
RECTORADO

CUN°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.

UNIVERSIDAD DE ORIENTE	
SISTEMA DE BIBLIOTECA	
RECIBIDO POR	<i>Martínez</i>
FECHA	05/8/09
HORA	5:30

Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

Cordialmente,

Juan A. Bolaños Cuneo
JUAN A. BOLANOS CUNEO
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

Apertado Correos 094 / Teléf: 4008042 - 4008044 / 8008045 Telefax: 4008043 / Cumaná - Venezuela



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE ANZOÁTEGUI
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
COMISIÓN TRABAJO DE GRADO**

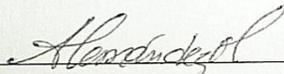
METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO

DERECHOS

De acuerdo al artículo 41 del reglamento de trabajos de grado (Vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034-2009)

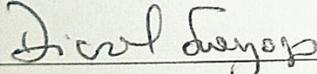
“Los Trabajos de Grado son exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizadas a otros fines con el consentimiento del Consejo de Núcleo respectivo, quien lo participará al Consejo Universitario, para autorización”.

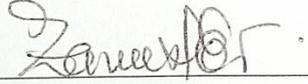
Presentado por las bachilleres:

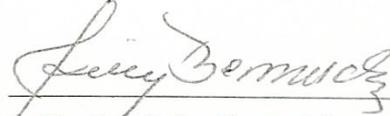

Hernández M, Albani
C.I.: 27.710.068
Autora

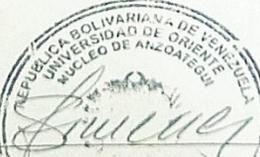

Moreno A, María
C.I.: 28.162.212
Autora


Reyes M, Andrea
C.I.: 27.494.085
Autora


Prof. Dicsel Sayago
Miembro principal


Prof. Eliani Zambrano
Miembro principal


Prof. Ketty Bermúdez
Miembro asesor


Prof. Sofranya Jiménez
Coordinadora

**Comisión de Trabajo de Grado
Escuela de Ciencias de la Salud**