



**Relación de las características sociodemográficas con el estado nutricional y de desarrollo de los niño/as de 3 a 7 años de la comunidad de Ciudad Equidad.**

**SILENA YURITZE MACHADO LOPEZ**

**Universidad Magdalena**

Facultad de ciencias de la salud

Programa de enfermería

Santa Marta, Colombia

2022



**Relación de las características sociodemográficas con el estado nutricional y de desarrollo de los niño/as de 3 a 7 años de la comunidad de Ciudad Equidad.**

**SILENA YURITZE MACHADO LOPEZ**

Trabajo presentado como requisito parcial para optar al título de:

**ENFERMERA**

Director (a):

MSc Ivonne Britto

Codirector (a):

MSc Lidice Alvarez Miño

Línea de Investigación:

Salud Familiar- Persona, salud y comunidad

GICCE- Línea de promoción y prevención en individuos y colectivos.

Universidad del Magdalena

Ciencias de la Salud

Enfermería

Santa Marta, Colombia

2022

# Nota de aceptación:

Aprobado por el Consejo de Programa en cumplimiento de los requisitos exigidos por el Acuerdo Superior N° 11 de 2017 y Acuerdo Académico N° 41 de 2017 para optar al título de enfermera.

---

Jurado

---

Jurado

Santa Marta, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

*El que no vive para servir, no sirve para vivir*

*Madre Teresa de Calcuta*

## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar, a Dios por la oportunidad de estudiar, de vivir y de culminar este proceso, a mis padres y amigos que fueron un apoyo económico y afectivos, a mi abuelita por cada taza de café y un abrazo motivándome a continuar.

A las docentes que estuvieron en todo este proceso y me brindaron lo mejor de sus conocimientos, gracias por motivarme a continuar, por cada corrección que siempre iba acompañada de una palabra de aliento. Son las mejores.

## Resumen

Con el objetivo de determinar la relación entre las características sociodemográficas y el estado nutricional y de desarrollo de un grupo de niño/as de 3 a 7 años que habitan en el barrio Ciudad Equidad de Santa Marta, Colombia, se diseñó un estudio cuantitativo observacional de correlación, en el cual participaron 50 niños y niñas en el rango de edad, seleccionados por conveniencia. Dentro de los principales resultados se encuentra que existe una asociación significativa entre el peso y el IMC de los niños con el desarrollo del área persona social, de igual forma se encontró una relación significativa entre la motricidad gruesa de los niños y su talla, por otro lado, también se demostró una relación entre la edad del cuidador y el IMC del niño, la escolarización del niño relacionado con su peso y talla, el nivel de escolaridad y ocupación de la madre con la edad del cuidador del niño, una relación entre la motricidad gruesa y la fina adaptativa de los niños y su afiliación al SGSSS, y se encontró relación del área de desarrollo persona social con la edad del cuidador, la escolaridad de la madre y su afiliación al SGSSS. Cada niño y niña necesita contar con condiciones que estimulen su desarrollo para que este sea óptimo, se sabe que este proceso está influenciado por el estado nutricional y de salud de cada niño, sin embargo, también juega un papel fundamental las interacciones con sus cuidadores y el entorno.

**Palabras claves:** infancia, estado nutricional, desarrollo, características sociodemográficas, enfermería.

## ABSTRACT

In order to determine the relationship between the sociodemographic characteristics and the nutritional and developmental status of a group of children aged 3 to 7 years who live in the Ciudad Equidad neighborhood of Santa Marta, Colombia, an observational quantitative study of correlation, in which 50 boys and girls participated in the age range, selected by convenience. Among the main results, it is found that there is a significant association between the weight and the BMI of the children with the development of the person-social area, in the same way a significant relationship was found between the gross motor skills of the children and their height, on the other hand, a relationship was also demonstrated between the age of the caregiver and the child's BMI, the child's schooling related to his weight and height, the level of education and occupation of the mother with the age of the child's caregiver, a relationship between the gross and fine motor skills of the children and their affiliation to the SGSSS, and a relationship was found between the person-social development area and the caregiver's age, the mother's schooling and their affiliation to the SGSSS. Each boy and girl needs to have conditions that stimulate their development for it to be optimal, it is known that this process is influenced by the nutritional and health status of each child, however, interactions with their caregivers and caregivers also play a fundamental role. the environment.

**Keywords:** childhood, nutritional status, development, sociodemographic characteristics, nursing.

# Contenido

**Lista de figuras VIII**

**Lista de tablas VIII**

**Introducción 1**

**1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 3**

1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA 3

1.2 JUSTIFICACIÓN 5

1.3 OBJETIVOS 6

1.3.1 Objetivo General 6

1.3.2 Objetivo Específico 6

**2. MARCO TEÓRICO 7**

2.1 ANTECEDENTES 7

2.2 MARCO CONCEPTUAL 8

2.3 MARCO TEORICO 9

2.4 HIPÓTESIS 10

**3. DISEÑO METODOLÓGICO 10**

3.1. Tipo de Investigación 10

3.2. Población 10

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos 11

3.4 VARIABLES 12

3.4.1 Operacionalización de las variables 12

3.5. Procesamiento de datos y análisis estadístico 15

3.6. Aspectos éticos 15

**4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN 16**

4.1. Resultados 16

4.2. Discusión 22

**5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 23**

5.1. Conclusiones 23

5.2. Recomendaciones 24

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 24**

**ANEXOS 28**

<b><i>Lista de figuras</i></b>	<b>Pág.</b>
<b>Figura 1. Estructura general de la EAD-3</b>	<b>12</b>

<b><i>Lista de tablas</i></b>	<b>Pág.</b>
<b>Tabla 1. Características demográficas de la población de niños de 3 a 7 años</b>	<b>16</b>
<b>Tabla 2. Estado nutricional de la población de niños de 3 a 7 años</b>	<b>17</b>
<b>Tabla 3. Estado de desarrollo de la población de niños de 3 a 7 años</b>	<b>18</b>
<b>Tabla 4. Correlación del estado nutricional y desarrollo</b>	<b>19</b>
<b>Tabla 5. Características sociodemográficas y estado nutricional</b>	<b>20</b>
<b>Tabla 6. Características sociodemográficas y desarrollo infantil</b>	<b>21</b>

## Introducción

La infancia abarca un periodo de cambios significativos que van a repercutir de manera directa durante el futuro en la calidad de vida de la persona y su aporte a la sociedad, por lo que lograr un desarrollo infantil óptimo debe ser uno de los objetivos primordiales del estado y la sociedad, por lo tanto en los objetivos de desarrollo sostenible asumidos por los 193 estados miembros de las Naciones Unidas, que se buscan alcanzar para el año 2030, buscan mejorar de manera directa a la infancia, de los cuales se resalta entre ellos los compromisos de alcanzar el hambre cero, salud y bienestar, educación de calidad.

En el informe sobre la desigualdad global 2022 (1) publicado el 7 de diciembre de 2021, resalta a América Latina como una de las regiones más desiguales del mundo, las crisis actuales están provocando un aumento de la desigualdad social (2), la pobreza, los déficits en la trayectoria de la educación por la suspensión de las actividades escolares y el déficit de acceso a la tecnología, todo esto aumenta la vulnerabilidad del grupo etario que es la infancia.

Dentro de este marco se hace necesario un seguimiento y vigilancia al estado nutricional y de desarrollo de los niños, tomando el concepto de desarrollo como ese proceso dinámico por el cual los niños progresan desde un estado de dependencia hasta una creciente independencia. Mediante las medidas antropométricas se puede realizar un seguimiento y diagnóstico del estado nutricional de los infantes tal como lo establece la resolución 2121 del 2010, que también brinda las pautas para el seguimiento del crecimiento, mientras que el desarrollo se evalúa mediante la escala abreviada del desarrollo 3 que brinda la posibilidad de hacerle el seguimiento al desarrollo hasta los 7 años.

En el caso de Santa Marta, el último reporte de ASIS (3) de la ciudad demuestra que la tasa de mortalidad por desnutrición es de 19,8 casi el doble de la del país que es de 9,8 una cifra alarmante teniendo en cuenta que el estado nutricional es un indicador del estado de salud, donde tanto el desarrollo como el estado nutricional se verá influenciado por factores biológico y ambientales.

Con relación a la población de Colombia y específicamente en Santa Marta, es poca la información que se tiene en torno a la prevalencia de las alteraciones del desarrollo infantil.

Se debe tener en cuenta que durante la infancia son los años más apropiados para brindar educación y promover en la familia estilos saludables, y orientar en los distintos métodos de crianza según las condiciones socioculturales de las familias, además se debe tener como objetivo determinar a tiempo los factores de riesgo y las señales de alerta para brindar intervenciones oportunas que lleven a un óptimo desarrollo integral.

La situación descrita motivó la realización de la presente investigación, con el objetivo de identificar la relación entre las características sociodemográficas y el estado nutricional y de desarrollo de los niño/as de 3 a 7 años, de un sector de Ciudad Equidad de Santa Marta, Colombia.

---

En este documento se presenta inicialmente el planteamiento del problema, la justificación, los objetivos y el marco teórico que delimitan la pregunta problema y su sustento; luego, se describe el proceso metodológico adelantado que permitió cumplir el objetivo propuesto; y finalmente, se presentan los hallazgos con su respectivo análisis, así como las conclusiones y recomendaciones que se sugieren. Se espera que el documento aporte a los lectores una información valiosa y que puedan utilizar en sus diferentes áreas de desempeño.

# 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

## 1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) el mundo enfrenta una doble carga de malnutrición infantil que incluye la malnutrición por déficit y la malnutrición por exceso. La primera incrementa la mortalidad infantil, genera dificultades en el desarrollo cognitivo y motriz a lo largo de la vida del menor. Mientras que, la segunda, el sobrepeso y la obesidad constituyen factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares en todos los grupos de edad, lo que implica mayores costos para el sistema de salud. (4) y aumento de los años de vida perdidos por enfermedad.

A lo anterior se suma que a nivel mundial aproximadamente 149 millones de niños menores de 5 años padecen retraso del crecimiento. (5) Estos niños comienzan su vida en un marcado desventaja: enfrentan dificultades de aprendizaje en la escuela, ganan menos como adultos, y enfrentan barreras para participar en sus comunidades.

Por su parte, América Latina sigue siendo de las zonas más desiguales del mundo, por lo que aún muchos niños están expuestos a la pobreza y falta de oportunidades, según la UNICEF en América Latina 3,6 millones de niños y niñas de 3 a 4 años no tienen un desarrollo temprano adecuado para su edad, y solo 6 de cada 10 reciben educación. (6)

Colombia estableció en la agenda para el 2030 disminuir el 2,3% de la desnutrición aguda, el 10,8% de la baja talla y el 6,3% del exceso de peso en menores de 5 años; además se busca enfrentar el 7,4% de retraso en talla y el 24,4% de exceso de peso en los niños y adolescentes. (7) Estas metas se esperan lograr mediante los objetivos de desarrollo sostenible y los planes desarrolladas para cumplir con la agenda 2030, el objetivo de hambre cero, que busca poner fin al hambre y lograr la seguridad alimentaria, nos recuerda que una nutrición óptima es fundamental para la supervivencia, la salud y el desarrollo de un niño. Los niños bien alimentados pueden crecer y aprender mejor, participar en actividades comunitarias y hacer frente a las enfermedades. (8)

Hoy hay más niños vivos que nunca, pero solo en 2018, 6,2 millones de niños y jóvenes murieron, en su mayoría por causas prevenibles (9), por lo que el Objetivo 3 sobre Salud y Bienestar está encaminado a reducir estas cifras por medio de trabajo interdisciplinario a nivel nacional.

En cuanto al objetivo de desarrollo 4 educación de calidad, hoy más niños y jóvenes se matriculan en escuelas preescolares, primarias y secundarias que nunca. En general, el número de niños que asisten a la escuela es casi igual. (8) Sin embargo, todavía existe un significativo número de niños que no tienen acceso a la educación. Hay que asegurar que todos los niños que vayan a la escuela y obtengan una educación, es clave para erradicar la pobreza, prevenir enfermedades y construir sociedades más pacíficas y sostenibles.

En el reporte del ASIS 2021 en la ciudad de Santa Marta nos indican que para el 2020 la primera causa de morbilidad en la primera infancia fue enfermedades no transmisibles con el 54,08% en 2020, con mayor prevalencia las enfermedades cardiovasculares, condiciones orales, enfermedades genitourinarias y las enfermedades musculoesqueléticas. En segundo lugar, las enfermedades transmisibles y nutricionales, presentándose en un 36,74% en personas atendidas de este ciclo vital, la tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años es de 18,47 por lo que se mantiene por encima de la media del país que es de 9,25 (3)

Después de hacer una revisión sobre estudios previos a nivel local no se encontró de Santa Marta, solamente de Barranquilla respecto a características sociodemográficas y desarrollo psicomotriz (10), aspecto que justifica aún más la necesidad de hacer este estudio.

Dado que no se cuenta con la información por zonas específicas de la ciudad y en concreto en el barrio Ciudad Equidad, el cual está conformado por casas de interés social entregadas por el gobierno, a personas con diversas situaciones como desplazados por la violencia, por desastres naturales, entre otras condiciones, son personas con grandes historias que hacen que se consideren como vulnerables, además es una comunidad amplia con niños que también han sido víctimas de las diversas situaciones y que se conoce que tienen condiciones de desventaja en cuanto a crecimiento y desarrollo por lo que se ha propuesto realizar un diagnóstico que permita identificar el estado nutricional y de desarrollo de los niños de 3 a 7 años, para que sirva de base en la planeación y ejecución de programas que brinden intervenciones nutricionales y estimulación del desarrollo a favor del bienestar y la salud de los niños.

### **PREGUNTA PROBLEMA**

¿Existe relación entre las características sociodemográficas, el estado nutricional y el estado de desarrollo de los niño/as de 3 a 7 años, de un sector de Ciudad Equidad de Santa Marta, Colombia?

## 1.2 JUSTIFICACIÓN

Gracias a diversos aportes científicos a lo largo de la historia sabemos que la primera infancia es un periodo fundamental para el desarrollo y que es significativamente influenciada por los factores ambientales, genéticos y culturales.

En ese sentido, son necesarios programas que permitan una oportuna estimulación del desarrollo infantil, y es un derecho fundamental que los niños cuenten con un adecuado estado nutricional, la sociedad no es consciente de la situación en la que se encuentran los niños y por lo tanto no exigen el cumplimiento de las políticas que financian estos programas.

Por otro lado, esta investigación ayudará a identificar los factores asociados que influyen en el crecimiento y desarrollo de los niños de la comunidad, relacionado con las características sociodemográficas y las condiciones actuales en los aspectos de nutrición y de desarrollo apoyándonos con los resultados de esta investigación que nos permitirán ajustar a la realidad las necesidades de la población y proponer alternativas de solución que contribuyan decisivamente a potencializar el bienestar de la población infantil y generar transformaciones sociales.

Por lo tanto, es indispensable fortalecer las intervenciones de enfermería en el ámbito comunitario articulando las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad específicamente en las áreas de nutrición y desarrollo en el curso de vida de primera infancia e infancia, promoviendo y garantizando su atención como sujetos de derechos, que puede traer múltiples beneficios que incluyen: padres con educación adecuada sobre estilos de crianza y estimulación temprana, padres con conocimientos sobre alimentación saludable, además de padres capaces de reconocer signos de alerta en los niños y buscar ayuda médica inmediata, asegurando el bienestar de la población infantil, en este sentido estas intervenciones tiene como objetivo niños más sanos y ayudando así en un futuro a la productividad del país.

De igual forma, esta investigación será útil para quienes desde las ciencias de la salud puedan aplicar programas de intervención que permitan el adecuado desarrollo de las competencias propias de la edad del menor. Así mismo permitirá tener una base de datos actualizados referente a estas variables y complementará el sistema de conocimientos teóricos y científicos ya existente de nuestra Universidad.

## **1.3 OBJETIVOS**

### **1.3.1 Objetivo General**

- Determinar la relación entre las características sociodemográficas y el estado nutricional y de desarrollo de los niño/as de 3 a 7 años, de un sector de Ciudad Equidad de Santa Marta, Colombia.

### **1.3.2 Objetivos Específicos**

- Caracterizar demográficamente a la población de niño/as de 3 a 7 años en un sector de Ciudad Equidad
- Describir el estado nutricional de esta la población.
- Describir las características del desarrollo de esta la población.
- Correlacionar el estado nutricional y desarrollo de los niños de 3 a 7 años, de la comunidad de Ciudad Equidad con las características sociodemográficas.

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1 ANTECEDENTES**

En un estudio realizado en México que tuvo como objetivo analizar la relación entre el estado nutricional medido por antropometría y el desarrollo mental, psicomotor y del lenguaje en niños, por medio de un estudio transversal en población infantil de zonas marginadas de México, se encontró que los niños con desnutrición crónica tienen un menor índice en el desarrollo del lenguaje y alteraciones en el desarrollo mental; en este estudio se incluyeron algunas variables sociodemográficas como la escolaridad de la madre, edad de esta y el número de hijos. (11)

Otro estudio fue realizado en Brasil donde el objetivo fue evaluar el efecto del nivel socioeconómico familiar y la educación de los padres sobre el coeficiente intelectual no verbal y sobre el procesamiento del lenguaje oral y escrito, la memoria de trabajo, la memoria verbal y las funciones ejecutivas en niños de 6 a 12 años de escuelas privadas y públicas, donde se encontró fuertes relaciones entre el nivel socioeconómico familiar y el rendimiento cognitivo. (12)

En Barranquilla, otro estudio tuvo como objetivo establecer la prevalencia del perfil psicomotriz en niños de cuatro a ocho años de los colegios de la localidad Norte Centro Histórico de la ciudad de Barranquilla, utilizando una metodología de un estudio descriptivo de corte transversal encontró que los determinantes como estudiar en colegios del sector oficial, estado nutricional, género y estrato socioeconómico están relacionados con el desempeño motor de los estudiantes. (10)

En Bogotá, durante el 2019, se adelantó una investigación que tuvo como objetivo identificar la asociación que existe entre el estado nutricional y las alteraciones del neurodesarrollo en niños de 2 a 5 años que asisten a Centros de Desarrollo Infantil en la localidad de Bosa. No se evidenció asociación entre el exceso de peso y las alteraciones del neurodesarrollo, sin embargo, la desnutrición crónica está asociada con alteraciones del neurodesarrollo específicamente en las dimensiones de motricidad gruesa y audición/lenguaje. Además, se tuvieron en cuenta variables como el estrato, escolaridad de la madre, lugar de residencia. (13)

En otro estudio sobre la determinación social de la desnutrición y el retardo psicomotor en preescolares de Urabá (Colombia), se adelantó un análisis desde la epidemiología crítica por medio de una encuesta de prevalencia que tenía como objetivo evaluar condiciones de vida familiares, el estado nutricional y el desarrollo infantil de preescolares de esta zona y explicar los hallazgos según el enfoque de determinación social de la salud-enfermedad. En este estudio se halló un deterioro nutricional y psicomotor profundo lo cual se relaciona directamente con la mala condición de vida de las familias. (14)

## 2.2 MARCO CONCEPTUAL

Los conceptos que se definen en este estudio son: primera infancia, estado nutricional, estado de desarrollo infantil.

Según la UNESCO define a **primera infancia** como una etapa del ciclo vital humano, que comprende desde la gestación y hasta los ocho años. (15) Es aquí cuando los niños sientan las bases para el desarrollo cognitivo y motriz. Un estado nutricional adecuado les asegura a los niños un crecimiento y desarrollo óptimo, les permite aprender, jugar, disfrutar su infancia de la manera más idónea.

De acuerdo con las definiciones anteriores, para el presente estudio la primera infancia será considerada entre los 3 y 7 años, teniendo cuenta los hitos del desarrollo de Piaget, que nos indica que esta es la edad donde los niños logran grandes avances en la adquisición del lenguaje, empiezan a desarrollar sus habilidades sociales y además se ve un gran avance en el desarrollo motor de los niños. (16)

Al hablar del **estado nutricional** según la OMS hace referencia a una condición que está estrechamente relacionada con el balance entre las necesidades nutricionales y el gasto de energía y nutrientes de acuerdo con la edad, el sexo, a la actividad física o lúdica, al crecimiento, etc. El deterioro del estado nutricional se conoce con el término de malnutrición. (17) Esta se puede identificar mediante una valoración exhaustiva que tiene como objetivos controlar el crecimiento y estado de nutrición del niño sano identificando las alteraciones por exceso o defecto y distinguir el origen primario o secundario del trastorno nutricional. El manual de la OMS para la valoración del estado nutricional de la comunidad nos indica que se realiza mediante la historia clínica, datos socioeconómicos y psicosociales, estilo de vida y parámetros antropométricos y composición corporal. (18)

Por su parte, la antropometría según la resolución 2121 del 2010 de Colombia por la cual se adoptan los patrones de crecimiento publicados por la organización mundial de la salud (OMS) para niños, niñas y adolescentes de 0 a 18 años que la define como la medición de las proporciones del cuerpo humano en cuanto a tamaño y composición corporal (19) para este trabajo se tomará como la combinación de las medidas de talla y peso, que nos dan una referencia del estado nutricional del niño.

El **desarrollo infantil** se entiende, según UNICEF, como un proceso dinámico por el cual los niños progresan desde un estado de dependencia de todos sus cuidadores en todas sus áreas de funcionamiento, durante la lactancia, hacia una creciente independencia en la segunda infancia (edad escolar), la adolescencia y la adultez. (6) Para este trabajo se tomará como un término genérico que se refiere al desarrollo cognitivo, social, emocional y físico del niño.

El desarrollo en cada área está marcado por una serie de pasos o etapas y, a menudo, implica dominar habilidades simples antes de poder aprender habilidades más complejas, es importante destacar la influencia de las características sociodemográficas donde se desarrolle el niño.

## 2.3 MARCO TEORICO

El cuidado de enfermería debe brindarse teniendo en cuenta y respetando la cultura, las creencias y los valores del individuo, la familia o la comunidad que recibe dichos cuidados, por lo tanto, la enfermería, como ciencia y disciplina, necesita teorías que estudien estas interacciones; por ejemplo, Kathryn Barnard (20) en su teoría de la Interacción para la Evaluación de la Salud Infantil, centró su atención en la elaboración de instrumentos y guías para valorar el crecimiento y desarrollo de los niños y su relación con los padres y el ambiente.

La interacción entre el padre, madre y/o cuidador y el niño, según el modelo de Barnard, se da mediante cinco señales y actividades: claridad del niño en la emisión de señales, reactividad del niño a los padres, sensibilidad de los padres a las señales del niño, capacidad de los padres para identificar y aliviar la incomodidad del niño y actividades sociales, emocionales y cognitivas estimulantes del desarrollo desplegadas por los padres. (19) En su evaluación Barnard nos pide evaluar 3 factores clave: el niño (su estado físico, estado nutricional, estado emocional, patrón de sueño), el cuidador (características psicosociales, salud física y mental, experiencias y las preocupaciones acerca del niño y el estilo del cuidador en ofrecer las habilidades de adaptación.) y por último se evalúa el entorno ( recursos sociales y financieros para satisfacer las necesidades básicas) (21)

Por su parte, Martha E. Roger (22) con su teoría de los seres humanos unitarios, la cual, expone la manera en que la persona interactúa con su entorno, describe los campos de energía irreductibles, que son esos campos de energía dinámica y abiertos conformados por el ser humano y el entorno. En los niños es importante la implementación de la teoría de Rogers para un abordaje integral que fomente una interacción armoniosa entre el niño y el entorno, con el propósito de integrarlos, para así conseguir el máximo potencial de la salud, desarrollo y bienestar además de la detección temprana de complicaciones. Esta teoría se complementa con el sistema conductual de Dorothy Johnson (23) donde el ser humano es un sistema de comportamientos constituidos por subsistemas interrelacionados, donde el individuo trata de mantener un sistema balanceado, pero la interacción ambiental puede ocasionar inestabilidad, problemas de salud y retraso en su desarrollo.

## **2.4 HIPÓTESIS**

Existe relación entre las características sociodemográficas con el estado nutricional

Existe relación entre las características sociodemográficas con el desarrollo de los niños

### **2.4.1 HIPÓTESIS NULA**

No existe una correlación entre las características sociodemográficas con el estado nutricional y desarrollo de los niños

## **3. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **3.1. Tipo de Investigación**

Se realizó un estudio cuantitativo observacional de correlación.

### **3.2. Población y muestra**

El estudio fue realizado en el Distrito de Santa Marta Colombia, la población estuvo compuesta por niños de 3 a 7 años que viven en la manzana 5 y 6 del barrio Ciudad Equidad.

La muestra fue compuesta por 50 niños de 3 a 7 años seleccionados por conveniencia.

#### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

Aceptación de participar voluntariamente por parte de los padres o cuidadores

Niños aparentemente sanos

Niños en edades comprendidas de 3 a 7 años cumplidos.

#### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

Negativa de participar voluntariamente por parte de los padres o cuidadores

Niños aparentemente enfermos

Niños en edades menores o mayores de 3 a 7 años cumplidos.

### 3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Las variables medidas fueron:

1. Sociodemográficas:

Se recolectaron mediante un cuestionario (Anexo 2): pertenencia a alguna etnia, la escolaridad del niño si asiste o no a instituciones educativas, afiliación al SGSSS y el régimen al que pertenecen, nacionalidad del niño, estado civil de los padres, escolaridad y ocupación de ambos, número de hijos por familia, número de familias por hogar, además, datos de la vivienda: contar con servicios públicos como agua, electricidad, gas e internet.

2. Estado Nutricional:

Se recolectaron datos de peso y talla. Estas medidas se realizaron con los infantes descalzos y vestidos con ropa ligera, mediante básculas digitales (Home Elements modelo YZ-1603A) que se calibraron antes de cada medición. y tallímetros (SECA). Se registró el dato de cada niño y se determinó su condición: bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad según el patrón de referencia de la Organización Mundial de la Salud, Además se calcularon los indicadores Talla/Edad, Peso/Talla, Peso/Edad, IMC/Edad. (19)

3. Desarrollo:

Este fue evaluado por medio de la Escala Abreviada del Desarrollo EAD-3 (Anexo 1), que tiene cuatro áreas: área de motricidad gruesa, área de motricidad fino adaptativa, área de audición lenguaje y el área personal social. Esta se evaluó mediante los hitos de desarrollo de la EAD-3 y las actividades propuestas por la misma para su evaluación.

En la escala el que corresponden a los rangos de 9 a 12 de la EAD-3 descrito en la figura 1, puede ser clasificado como: Desarrollo esperado para la edad, riesgo de problemas de desarrollo, sospecha de problemas de desarrollo.

Motor Grueso	Motor Fino-adaptativo	Audición Lenguaje	Personal Social
RANGO 1 0 días a 1 mes 0 días			
RANGO 2 1 mes y 1 día a 3 meses y 0 días			
RANGO 3 3 meses y 1 día a 6 meses y 0 días			
RANGO 4 6 meses y 1 día a 9 meses y 0 días			
RANGO 5 9 meses y 1 día a 12 meses y 0 días			
RANGO 6 12 meses y 1 día a 18 meses y 0 días			
RANGO 7 18 meses y 1 día a 24 meses y 0 días			
RANGO 8 2 a 3 años (24 meses y 1 día a 36 meses y 0 días)			
RANGO 9 3 a 4 años (36 meses y 1 día a 48 meses y 0 días)			
RANGO 10 4 a 5 años (48 meses y 1 día a 60 meses y 0 días)			
RANGO 11 5 a 6 años (60 meses y 1 día a 72 meses y 0 días)			
RANGO 12 6 a 7 años (72 meses y 1 día a 84 meses y 0 días)			

**Figura 1.** Estructura general de la Escala Abreviada de Desarrollo - 3

Fuente: Minsalud. Manual Escala Abreviada del Desarrollo 3

### 3.4 VARIABLES

#### 3.4.1 Operacionalización de las variables

<i>Variables</i>	<i>Definición</i>	<i>Unidad de medida</i>	<i>Tipo/clase</i>	
<b>Características sociodemográficas</b>	<b>Son aquellos datos socioeconómicos y culturales que utilizamos para caracterizar a una población.</b>	<b>Etnia (indígena, raizal, palenquero, rom o gitanos, afrodescendientes, ninguna)</b>	<b>Cualitativa nominal</b>	
		<b>Escolaridad del niño (Asiste o no asiste)</b>		
		<b>Afiliación al SGSSS (EPS) (Nueva eps, Coosalud, Sanitas, Salud Total, Otra)</b>		
		<b>Régimen (Subsidiado, Contributivo, No afiliado)</b>		
		<b>Nacionalidad del niño (colombiana, otra)</b>		
		<b>Estado civil de los padres (solteros, casados, unión libre, divorciados)</b>	<b>Cualitativa ordinal</b>	
		<b>Escolaridad de la madre (primaria incompleta, primaria completa, bachiller, técnico, profesional)</b>		
		<b>Escolaridad del Padre (primaria incompleta, primaria completa, bachiller, técnico, profesional)</b>		
		<b>Ocupación de la madre (ama de casa, empleada, desempleada, informal)</b>	<b>Cualitativa nominal</b>	
		<b>Ocupación del padre (amo de casa, empleado, desempleado, informal)</b>	<b>Cualitativa nominal</b>	
		<b>Número de hijos por familia (1,2,3,4,5 o más)</b>	<b>Cuantitativa discreta</b>	
		<b>Número de familias por hogar (1,2,3,4,5 o más)</b>	<b>Cuantitativa discreta</b>	
		<b>Tiene servicio de agua (si o no)</b>	<b>Cualitativa nominal</b>	
		<b>Tiene servicio de electricidad (si o no)</b>		
<b>Tiene servicio de gas (si o no)</b>				
<b>Tiene servicio de internet (si o no)</b>				
<b>Estado Nutricional</b>	<b>Se puede entender el estado nutricional como la situación en la que el niño se encuentra en relación con el consumo de alimentos y como estos son aprovechados por su organismo y que estos sean suficientes para su requerimiento nutricionales de acuerdo con su edad,</b>	<b>Talla (cm) / Edad(meses)</b>	<b>Talla normal (&gt; -1 DE), Riesgo de baja talla (entre -1 y -2 DE), Baja talla (entre -2 y -3 DE) Baja talla severa (&gt; -3 DE).</b>	<b>Categorizadas: Cualitativa Ordinal</b>
		<b>Peso(Kg) / Edad</b>	<b>Sobrepeso (&gt; +2 DE) Peso Adecuado (entre +1 y -1 DE) Bajo peso (&lt;-2 a -3 DE)</b>	
		<b>IMC / Edad</b>	<b>Obeso (&gt; +3 DE) Sobrepeso (+2 DE)</b>	

	<p><i>talla, sexo y actividad física.</i> <sup>13</sup></p>		<p><i>Riesgo de Sobrepeso (+ 1 DE)</i>  <i>Peso adecuado (entre 0 y -1 DE)</i>  <i>Bajo Peso (&lt; -2 DE)</i>  <i>Bajo Peso Severo (&lt; -3 DE)</i></p>	
		<p><i>Peso/ Talla</i></p>	<p><i>Obeso (&gt; +3 DE)</i>  <i>Sobrepeso (+2 DE)</i>  <i>Riesgo de Sobrepeso (+ 1 DE)</i>  <i>Peso adecuado (entre 0 y -1 DE)</i>  <i>Bajo Peso (&lt; -2 DE)</i>  <i>Bajo Peso Severo (&lt; -3 DE)</i></p>	
<p><i>Desarrollo</i></p>	<p><i>Se concibe como un proceso biopsicosocial en el cual funcionan cada uno de los componentes del sistema nervioso central, el estado físico del niño y el medio en el que vive e interactúa. Dicha dinámica da como consecuencia la maduración del sistema nervioso, el desarrollo de las funcionalidades psíquicas y la estructuración de la personalidad.</i> <sup>13</sup></p>	<p><i>Motricidad gruesa</i></p>	<p><i>Sospecha de problemas de desarrollo (SPD)</i>  <i>Riesgo de problemas de desarrollo (RPD)</i>  <i>Desarrollo esperado para la edad, (DEE)</i></p>	<p><i>Cualitativa Ordinal</i></p>
		<p><i>Motricidad finoadaptativa</i></p>	<p><i>(SPD)</i>  <i>(RPD)</i>  <i>(DEE)</i></p>	
		<p><i>Audición-lenguaje</i></p>	<p><i>(SPD)</i>  <i>(RPD)</i>  <i>(DEE)</i></p>	
		<p><i>Personal social</i></p>	<p><i>(SPD)</i>  <i>(RPD)</i>  <i>(DEE)</i></p>	

### **3.5. Procesamiento de datos y análisis estadístico**

Se le explicó a los padres o cuidadores cual era el objetivo del estudio y luego de esto se les pidió su autorización y firmaron el consentimiento informado, además se les pidió diligenciar el instrumento con toda la información sobre los datos del niño, las características de la familia y el hogar.

Luego se tomaron las medidas antropométricas, para el peso la báscula fue colocada en una superficie plana y firme, los niños y niñas tenían ropa delgada y sin zapatos, no tenían ningún objeto o juguete en la mano o bolsillos, se ubicaba en el centro de la balanza, inmóvil, con los hombros hacia atrás, con los brazos relajados a los lados del cuerpo y mirando al frente, el niño se pesaba dos veces para confirmar el valor, para la talla el tallímetro se encontraba ubicado en una pared lisa formando un ángulo de 90° con el suelo, los niños y niñas tenían ropa delgada y sin zapatos, no tenían ningún objeto o juguete en la mano o bolsillos además no tenían gorras o moñas, se ubicaba con los pies lo más juntos posible y se estaba atento a que el niño no se empinara, que se encontrara recto mirando al frente y sus manos rectas a lado y lado del cuerpo.

Para evaluar el desarrollo como se mencionó anteriormente se utilizó la escala abreviada del desarrollo 3, siguiendo los ítems y actividades indicados en el manual brindado por el ministerio de salud para el uso de la escala.

Se realizaron análisis descriptivos univariados para identificar las frecuencias y los promedios y desviaciones en variables cuantitativas.

Posteriormente se hicieron correlaciones estadísticas para probar hipótesis con prueba Chi2, Correlación de Spearman. ( $p < 0,05$ ) según el tipo de variables

### **3.6. Aspectos éticos**

Antes del comienzo del estudio, se explicó detalladamente su objetivo y se solicitó consentimiento informado previo por escrito por parte de cada padre/madre o tutor/a, el estudio se llevó a cabo siguiendo las normas deontológicas reconocidas por la Declaración de Helsinki.

Según la Resolución 8430 de 1993 (24) del Ministerio de Salud de Colombia, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, la presente investigación presenta un riesgo mínimo para la comunidad.

Se respetó la equidad en la participación, y se trató con la misma empatía a cada uno de los niños, la selección se hizo de manera aleatoria dentro de la comunidad.

## 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 4.1. Resultados

Tabla 1. Características demográficas de la población de niños de 3 a 7 años, sus familias y sus viviendas

VARIABLES		n	%
Etnia	ninguna	44	<b>88</b>
	afrodescendientes	4	8
	indígena	2	4
Sexo	Masculino	23	46
	Femenino	27	54
Asistencia escolar	SI	22	44
	NO	28	<b>56</b>
Cuidador	Mamá	18	36
	Abuelo	1	2
	Abuela	16	<b>32</b>
	Tía	8	16
	Otro	7	14
Afiliación al SGSSS	Nueva EPS	14	28
	Coosalud	7	14
	Sanitas	1	2
	Cajacopi	1	2
	Comparta	3	6
	Sin afiliación	24	<b>48</b>
Régimen	Subsidiado	19	<b>38</b>
	Contributivo	7	14
	No afiliado	24	48
Nacionalidad del niño	Colombiana	25	50
	Venezolana	25	50
Estado civil de los padres	Separados	19	<b>38</b>
	Casados	11	22
	Unión libre	20	40
Escolaridad de la madre	Primaria completa	6	<b>12</b>
	Bachiller	19	38
	Técnico	17	34
	Profesional	8	16
Ocupación de la madre	Ama de casa	17	34
	Informal	22	<b>44</b>
	Empleada	11	22
Escolaridad del padre	Primaria completa	4	<b>8</b>
	Bachiller	10	20
	Técnico	22	44
	Profesional	14	28

Ocupación del padre	Desempleado	3	6
	Informal	29	<b>58</b>
	Empleado	18	36
Números de hijo por familia	1	9	18
	2	21	<b>42</b>
	3	16	<b>32</b>
	4	3	6
	5 o mas	1	2
Numero de familia por hogar	1	22	44
	2	26	<b>52</b>
	3	2	4
Tiene servicio de internet	Si	17	34
	No	33	<b>66</b>

La edad promedio de los niños seleccionados para el estudio fue de 53 meses (DE: 12,8; Mediana:51), participando 27 niñas (54%) y 23 niños (46%), de los cuales solo el 12% pertenecen a una etnia, del total de los niños un 56% no asisten a escuelas teniendo en cuenta que cuentan con la edad requerida para estar escolarizados, un 48% no cuentan con afiliación al SGSSS, siendo sus cuidadores principales mamás o abuelas, en cuanto a la composición de las familias prevalecen los padres que conviven en unión libre y que cuentan con trabajos informales, en la escolaridad de las madres el mayor porcentaje son bachilleres y en el caso de los padres es técnico, predominan de 2 a 3 hijos por familia y 2 familias en el mismo hogar, y el 66% no cuenta con servicio de internet en el hogar. (Tabla 1)

En los niños de la muestra se encontró que el promedio de peso fue de 17,2Kg (DE:3,3; Mediana:16,2) en cuanto a la talla el promedio que encontramos fue 105,6cm (DE: 8,5; Mediana 104,5) y el IMC promedio de los niños fue de 15,3 kg/m<sup>2</sup>(DE: 1,7; Mediana15,4).

**Tabla 2. Estado nutricional de la población de niños de 3 a 7 años**

VARIABLES		n	%
<b>IMC por edad</b>	Delgadez	10	<b>20</b>
	adecuado	34	68
	obesidad	1	<b>2</b>
	sobrepeso	5	10
<b>Talla por edad</b>	adecuado	43	86
	retraso	1	2
	riesgo retraso	6	12

En la muestra se observa que el 2% de los niños se encuentran en un retraso de la talla y el 12% presentó un riesgo de retraso para su edad, a diferencia del 86%, que manifiesta una talla adecuada para la edad siendo este el más representativo. En cuanto al IMC se observa que 2% de los niños de la muestra presenta obesidad, un 10% sobrepeso, 20% delgadez y el más representativo es IMC adecuado con 68%. (Tabla 2)

**Tabla 3. Estado de desarrollo de la población de niños de 3 a 7 años**

VARIABLES		n	%
<b>Motricidad Gruesa</b>	DESARROLLO ESPERADO	31	62
	RIESGO DE DESARROLLO	14	28
	SOSPECHA DE DESARROLLO	5	<b>10</b>
<b>Motricidad Fino adaptativa</b>	DESARROLLO ESPERADO	34	68
	RIESGO DE DESARROLLO	12	24
	SOSPECHA DE DESARROLLO	4	<b>8</b>
<b>Audición-lenguaje</b>	DESARROLLO ESPERADO	32	64
	RIESGO DE DESARROLLO	12	24
	SOSPECHA DE DESARROLLO	6	<b>12</b>
<b>Persona social</b>	DESARROLLO ESPERADO	31	62
	RIESGO DE DESARROLLO	14	28
	SOSPECHA DE DESARROLLO	5	<b>10</b>

En cuanto al desarrollo encontramos que el área de motricidad gruesa es donde se presenta más alteraciones del desarrollo, seguido de audición y lenguaje.

De manera puntual en el área de motricidad gruesa el 10% presentan sospechas en el desarrollo, 28% presenta riesgo en el desarrollo y el 62% demuestra un desarrollo adecuado para la edad. En lo concerniente a motricidad fino adaptativa, se observa que 8% de los niños presentan sospecha en el desarrollo, 24% en riesgo del desarrollo y un 68% cuenta con un desarrollo adecuado para la edad. En lo que respecta a audición y lenguaje el 12% de los niños demuestra sospechas en el desarrollo, 24% se encuentran en riesgo del desarrollo y 64% cuenta con un desarrollo adecuado para la edad. Y en términos del área de persona social 10% de los niños presentan sospechas en el desarrollo, 28% se

encuentra en riesgo del desarrollo y 62% presentan un desarrollo adecuado para la edad. (Tabla 3)

Para la demostración de la hipótesis de la investigación, se consideró el nivel de confianza del 95% (nivel de significancia  $\alpha = 5\% = 0,05$ ), y se estableció el uso del estadístico de la prueba no paramétrico (Rho de Spearman).

**Tabla 4. CORRELACION DEL ESTADO NUTRICIONAL Y DESARROLLO**

VARIABLE	PESO/KG	TALLA/ CM	IMC	IMC POR EDAD	TALLA POR EDAD	PERSONA SOCIAL	AUDICIÓN /LENGUAJE	MOTRICIDAD GRUESA
TALLA/ CM	0.830**	—						
IMC	0.447**	-0.055	—					
IMC POR EDAD	0.416*	-0.070	0.823**	—				
TALLA POR EDAD	-0.284*	0.503**	0.337*	0.263	—			
PERSONA SOCIAL	-0.352*	-0.099	-0.461**	-0.349**	0.013	—		
AUDICION/ LENGUAJE	0.030	0.155	-0.092	-0.168	-0.052	0.474**	—	
MOTRICIDAD GRUESA	-0.166	-0.161	0.071	0.098	0.310*	0.343*	0.261	—
MOTRICIDAD FINA	-0.071	-0.103	0.005	-0.015	-0.053	0.271*	0.045	0.030

NOTA: p-value <.001 \*\*; p-value <.05 \*

En la tabla 4. Donde se correlaciono el estado nutricional de los niños con su nivel de desarrollo se encontró una asociación significativa entre el peso y el IMC de los niños con el desarrollo del área persona social, de manera inversamente proporcional es decir cuando aumenta el peso y el IMC del niño disminuye su desarrollo de habilidades sociales, a la vez esta área tiene una influencia positiva sobre las otras tres áreas del desarrollo cuando aumenta la motricidad y el lenguaje se refleja un aumento en las habilidades sociales del niño, de igual forma se encontró una relación significativa entre la motricidad gruesa de los niños y su talla.

Tabla 5. RELACION ENTRE CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y ESTADO NUTRICIONAL

VARIABLE	PESO/KG	TALLA/CM	IMC	IMC POR EDAD	TALLA POR EDAD	EDAD CUIDADOR	ESCOLARIDAD	ESCOLARIDAD DE LA MADRE	OCUPACION DE LA MADRE	ESCOLARIDAD DEL PADRE	OCUPACION DEL PADRE
TALLA/ CM	0.830**	—									
IMC	0.447**	-0.055	—								
IMC POR EDAD	0.416*	-0.070	0.823**	—							
TALLA POR EDAD	-0.284*	-0.503**	0.337**	0.263	—						
EDAD CUIDADOR	0.211	0.018	0.303*	0.364*	0.128	—					
ESCOLARIDAD	0.351**	0.373*	0.175	0.109	-0.130	0.094	—				
ESCOLARIDAD DE LA MADRE	-0.089	-0.246	0.120	0.122	0.061	0.363**	-0.069	—			
OCUPACION DE LA MADRE	0.026	-0.006	-0.003	0.031	-0.005	0.373**	0.027	0.331*	—		
ESCOLARIDAD DEL PADRE	0.005	-0.088	0.269*	0.171	0.190	0.043	0.178	0.321*	-0.167	—	
NUMERO DE HIJOS POR FAMILIA	-0.268*	-0.230	-0.166	-0.199	-0.046	0.139	-0.114	0.119	0.312*	-0.139	-0.112
NUMERO DE FAMILIA POR HOGAR	-0.339*	-0.370**	-0.033	-0.154	0.273*	-0.276*	-0.247	0.008	-0.108	0.010	-0.259

NOTA: p-value <.001 \*\*; p-value <.05 \*

En la tabla 5. Donde se evaluó la relación de las características sociodemográficas del entorno del niño con su estado nutricional se encontró una relación significativa entre la edad del cuidador y el IMC del niño, también se encontró como la escolarización del niño influía en su peso y talla, el nivel de escolaridad y ocupación de la madre con la edad del cuidador del niño, el número de hijos por familia se relación con el peso del niño y la ocupación de la madre, y el número de familias por hogar va a ir relacionado con el peso, talla y edad del cuidador de los niños.

Tabla 6. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y DESARROLLO INFANTIL

VARIABLE	GENERO	EDAD/MESES	CUIDADOR	EDAD CUIDADOR	EPS	REGIMEN	NACIONALIDAD	ESCOLARIDAD DE LA MADRE	OCUPACIÓN DE LA MADRE	OCUPACIÓN DEL PADRE	MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA	AUDICION Y LENGUAJE
ESCOLARIDAD DEL NIÑO	-0.171	0.370*	0.028	0.094									
REGIMEN	0.270*	0.003	-0.037	0.226	0.877**	—							
NACIONALIDAD	-0.218	0.069	0.019	-0.067	-0.881**	-0.899**	—						
ESCOLARIDAD DE LA MADRE	-0.007	-0.203	0.092	0.363*	-0.049	0.013	-0.040	—					
OCUPACION DE LA MADRE	0.085	-0.041	0.668**	0.373*	0.010	0.208	-0.127	0.331*	—				
ESCOLARIDAD DEL PADRE	-0.106	-0.032	0.084	0.043	0.088	-0.023	-0.049	0.321*	-0.167				
NUMERO DE HIJOS POR FAMILIA	-0.013	-0.264	0.278*	0.139	-0.217	-0.186	0.151	0.119	0.312*	-0.112			
NUMERO DE FAMILIA POR HOGAR	-0.063	-0.335**	0.142	-0.276*	-0.449**	-0.397**	0.313*	0.008	-0.108	-0.259			
MOTRICIDAD GRUESA	0.010	-0.142	0.014	-0.069	-0.271*	-0.271*	0.149	-0.171	0.022	0.143	—		
MOTRICIDAD FINA	0.003	-0.027	-0.071	-0.176	-0.307*	-0.312*	0.377*	-0.061	-0.028	0.109	0.030	—	
AUDICION/LENGUAJE	-0.043	0.122	-0.174	-0.045	-0.245	-0.181	0.093	-0.252	-0.214	-0.282*	0.261	0.045	—
PERSONA SOCIAL	-0.074	-0.080	-0.020	-0.323*	-0.362*	-0.340*	0.222	-0.291*	-0.090	-0.039	0.343*	0.271*	0.474**

En la tabla 6. Se revisó las características sociodemográficas con el desarrollo del niño en el cual se encontró una relación entre la escolaridad del niño y su edad, la nacionalidad está relacionada con su EPS y si se encuentran afiliados o no al SGSSS, con el número de hijos por familia y su cuidador además la motricidad fino adaptativa del niño, el número de familias por hogar se encontró relación con la afiliación al SGSSS, la nacionalidad y además con la edad de los niños, encontramos también una relación entre la motricidad gruesa y la fino adaptativa de los niños y su afiliación al SGSSS, y se encontró relación del área de desarrollo persona social con la edad del cuidador, la escolaridad de la madre y su afiliación al SGSSS

#### 4. Discusión

A partir de los hallazgos encontrados, se acepta la hipótesis que establece que existe relación entre las características sociodemográficas con el estado nutricional y con el desarrollo de los niños, se encontró una relación significativa entre la edad del cuidador y el IMC del niño, donde se pudo observar que a mayor edad del cuidador aumentaba el IMC del niño durante la entrevista con los cuidadores se pudo observar que esto va de la mano con la cultura de las abuelas que refieren “un niño gordito es que come bien y esta saludable, un niño muy delgado es que puede estar enfermo o que no come bien” , así mismo se encontró relación entre la escolarización del niño influía en su peso y talla, esto se puede deber a que la mayoría de los niños que asisten a al colegio reciben meriendas y el programa de alimentación escolar (PAE), el nivel de escolaridad y ocupación de la madre se relaciona con la edad del cuidador del niño, el número de hijos por familia se relación con el peso del niño y la ocupación de la madre, y el número de familias por hogar va a ir relacionado con el peso, talla y edad del cuidador de los niños.

Así mismo, se revisó las características sociodemográficas con el desarrollo del niño en el cual se encontró una relación entre la escolaridad del niño y su edad; aunque todos los niños cumplían con la edad necesaria para ingresar al colegio se encontró un alto porcentaje que no asistía según lo referido por los cuidadores algunas de las causas es lo lejos que quedan los colegios, no consiguieron cupos en colegios oficiales por falta de documentos y de cupos, de igual manera la nacionalidad está relacionada con su EPS y si se encuentran afiliados o no al SGSSS, esto se presenta debido a que la mayoría de los niños con nacionalidad venezolana no cuentan con los documentos para afiliarse al SGSSS colombiano, también está relacionada con el número de hijos por familia y su cuidador además la motricidad fino adaptativa del niño, encontramos también una relación entre la motricidad gruesa y la fino adaptativa de los niños y su afiliación al SGSSS, y se encontró relación del área de desarrollo persona social con la edad del cuidador, la escolaridad de la madre y su afiliación al SGSSS estos resultados guardan relación con lo que sostiene Carrasco y Ortiz (11) en el estudio realizado en infantes de zonas marginales de México, donde se evidencio como la escolaridad de la madre influye en el desarrollo psicosocial y motor del niño, pero lo que no concuerda el estudio de estos autores con el presente es la relación entre la talla para la edad con el lenguaje y la motricidad que no se evidencio en este estudio.

En lo que respecta a la relación entre el estado nutricional con el desarrollo se encontró se encontró una asociación significativa entre el peso y el IMC de los niños con el desarrollo del área persona social, esto es acorde con lo que evidencia Reyes (13) en su estudio con niños de los centros de desarrollo infantil en Bogotá, esto se puede deber a que los niños se acomplejan con las burlas de niños y adultos sobre su peso por lo que prefieren no interactuar con otros, además se halló la relación entre el IMC y peso de los niños con el desarrollo en el área de motricidad gruesa esto es acorde con lo que hallo Palacio y Pinillos (10) en el estudio realizado con escolares en Barranquilla sin embargo esta relación no concuerda con los resultados de Reyes(13).

En el futuro convendría corroborar nuestros resultados con una muestra representativa y realizarlo en diversas comunidades de la ciudad.

## 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 5.1. Conclusiones

En base a los objetivos propuestos y los resultados encontrados se llegó a las conclusiones siguientes:

Se logró caracterizar demográficamente a la población de niño/as de 3 a 7 años en un sector de Ciudad Equidad 54% son de sexo femenino y 46% masculino; de estos niños el 56% no tiene acceso a la educación; los cuidadores principales de los niños son sus madres en un 36% y sus abuelas en un 32%; un 48% no cuenta con afiliación al SGSSS de los afiliados 73% son de régimen subsidiado; el 38% de los padres se encuentran separados; el nivel de escolaridad de las madres más predominantes es bachiller con 38%, sin embargo, solamente un 12% completó la primaria, y de estas madres el 44% se dedica a un trabajo informal; en cuanto a los padres el 44% son técnicos y un 8% solo completo la primaria; en cuanto a la composición familiar el 74% tienen entre 2 o 3 hijos por familia y en 52% de los hogares viven dos familias.

Se logró describir el estado nutricional de estos niños encontrando que el promedio de peso fue de 17,2Kg (DE:3,3; Mediana:16,2) en cuanto a la talla el promedio que encontramos fue 105,6cm (DE: 8,5; Mediana 104,5) y el IMC promedio de los niños fue de 15,3 kg/m<sup>2</sup>(DE: 1,7; Mediana15,4), encontrándose estos valores dentro de en un promedio de peso y talla adecuado, y de un IMC saludable.

Además, se estableció el nivel de desarrollo infantil de esta población por medio de la EAD-3 donde el 62% demuestra un desarrollo adecuado para la edad en el área de motricidad gruesa; un 68% cuenta con un desarrollo adecuado para la edad en la motricidad fina adaptativa; en el área de audición y lenguaje un 64% cuenta con un desarrollo adecuado para la edad; y la última área evaluada fue persona social con un 62% presentan un desarrollo adecuado para la edad.

La prueba estadística de correlación de Rho de Spearman; demuestra que existe relación estadística entre las variables por lo que se aprueba la hipótesis que dice: “Existe relación entre las características sociodemográficas con el estado nutricional” y “Existe relación entre las características sociodemográficas con el desarrollo de los niños”.

A partir de estos resultados surge la necesidad de hacerle mayor seguimiento a la población y la necesidad de crear proyectos, programas y plataformas que potencialicen un adecuado desarrollo infantil.

### 5.2. Recomendaciones

Cada niño y niña necesita contar con condiciones que estimulen su desarrollo para que este sea optimo, se sabe que este proceso está influenciado por el estado nutricional y de salud

de cada niño, sin embargo, también juega un papel fundamental las interacciones con sus cuidadores y el entorno.

Con el propósito de coadyuvar a crear estas condiciones estimulantes se presentan las siguientes recomendaciones:

**Modelo de salud comunitario:** Actualmente uno de los modelos de salud más eficaces es el de Ruanda, donde la mayoría de su población está inscrita en el programa de salud comunitario, en el cual se envían a trabajadores de la salud comunitarios que valoran, previenen y tratan a los pacientes desde sus hogares lo que redujo el tiempo de espera y costes financieros al sistema, permitiéndole así el acceso a la atención médica a las comunidad más alejadas y vulnerables. (21)

**App “Un desarrollo feliz”:** Aunque la mayoría de las familias del estudio no contaban con acceso a internet fijo en las viviendas se pudo evidenciar que si tenían teléfonos con acceso a internet de manera esporádica o diaria, por lo cual tendrían la posibilidad de acceder una aplicación completa que cuente con funciones donde se ofrezca información sobre crianza con blogs diarios, desarrollo semana a semana, guías y apoyo para la lactancia, consejos para recuperación posparto, actividades para la estimulación por meses con información de los hitos de desarrollo (cada actividad tendría un video que explicaría el paso a paso), registro de crecimiento con peso y talla y visualización de las curvas de crecimiento de la OMS, alarma que recuerde citas controles, información sobre vacunas y calendario de vacunas actualizado.

**Huertas Comunitarias:** Por la estructura de las casas de la comunidad de ciudad equidad cuentan con jardines compartidos donde se podrían implementar huertas comunitarias y de esta manera aumentar el acceso a verduras y algunas frutas de manera gratuita para la comunidad.

Se recomienda a futuros estudiantes que tengan interés en investigaciones como estas que contribuyan al desarrollo infantil integral en el marco comunitario tener presente la correlación entre el entorno del niño, los antecedentes culturales y los factores internos y externos que afectan a la comunidad.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

(1) World inequality lab. World inequality report 2022 [Internet]. 2021 dic. Disponible en: [https://wir2022.wid.world/www-site/uploads/2021/12/WorldInequalityReport2022\\_Full\\_Report.pdf](https://wir2022.wid.world/www-site/uploads/2021/12/WorldInequalityReport2022_Full_Report.pdf)

(2). BIP. La política pública frente al Covid-19: Recomendaciones para América Latina y el Caribe [Internet]. 2020 [citado el 24 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/La-politica-publica-frente-al-Covid-19-recomendaciones-para--America-Latina-y-el-Caribe.pdf>

- (3) Minsalud. Análisis de situación de salud del distrito de santa marta, con base en el modelo de los determinantes sociales de salud 2020 [Internet]. Secretaria de salud Santa Marta. diciembre 2021 [citado el 1 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-santa-marta-2020.pdf>
- (4) Barrera-Dussán N, Fierro-Parra EP, Puentes-Fierro LY, Ramos-Castañeda JA. Prevalencia y determinantes sociales de malnutrición en menores de 5 años afiliados al Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales (SISBEN) del área urbana del municipio de Palermo en Colombia, 2017. Universidad y Salud. 2018;20:236-46. <http://dx.doi.org/10.22267/rus.182003.126>
- (5) UNICEF. Levels and trends in child malnutrition: Key findings of the 2019 edition [Internet]. Unicef.org. 2019 [citado el 2 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.unicef.org/reports/joint-child-malnutrition-estimates-levels-and-trends-child-malnutrition-2019>
- (6) UNICEF Niños y niñas en América Latina y el Caribe. [En línea]. [consultado 2022 ene 22]. Disponible en: <https://www.unicef.org/lac/ni%C3%B1os-y-ni%C3%B1as-en-am%C3%A9rica-latina-y-el-caribe>.
- (7) MINSALUD. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional ENSIN 2015 [Internet]. Bogota; 2017. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Gobierno-presenta-Encuesta-Nacional-de-Situación-Nutricional-de-Colombia-ENSIN-2015.aspx>
- (8) GOBIERNO DE COLOMBIA. RESOLUCION 2121 DEL 2010 [Internet]. 2010 [cited 2022 Feb 21]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resolución\\_2121\\_de\\_2010.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución_2121_de_2010.pdf)
- (9) UNICEF. UNICEF y los Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]. [cited 2022 Feb 12]. Disponible en: <https://www.unicef.org/es/unicef-y-los-objetivos-de-desarrollo-sostenible#sdg1>
- (10) Palacios Duran E, Pinillos Patiño Y, Herazo Beltrán Y, Galeano Muñoz L, Prieto Suarez E. Determinantes del desempeño psicomotor en escolares de Barranquilla, Colombia. RevistasUnalEduCo [Internet]. 2017;19(3):297–303. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/65597>
- (11) Carrasco Quintero M del R, Ortiz Hernández L, Roldán Amaro JA, Chávez Villasana A. Desnutrición y desarrollo cognitivo en infantes de zonas rurales marginadas de México. Gac Sanit. 2016;30(4):304–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.01.009>
- (12) Piccolo L da R, Arteché AX, Fonseca RP, Grassi-Oliveira R, Salles JF. Influence of family socioeconomic status on IQ, language, memory and executive functions of Brazilian children. Psicología [Internet]. 2016;29(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s41155-016-0016-x>
- (13) Reyes Ramírez M. Asociación entre el estado nutricional y el neurodesarrollo en niños de 2 a 5 años que asisten a centros de desarrollo infantil en la localidad de Bosa - Bogotá

DC [tesis en Internet]. [Bogotá]: Universidad Del Rosario; 2019 [citado 29 de septiembre de 2021]. Recuperado a partir de: <https://repository.urosario.edu.co/handle/10336/20489>

(14) Carmona-Fonseca J, Correa AM. Determinación social de la desnutrición y el retardo sicomotor en preescolares de Urabá (Colombia). Un análisis con la Epidemiología Crítica. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2014; 32(1): 40-51 [v32n1a05.pdf \(scielo.org.co\)](#)

(15) UNESCO. La atención y educación de la primera infancia [Internet]. [citado el 2 de septiembre de 2021]. Disponible en: [La atención y educación de la primera infancia \(unesco.org\)](#)

(16) Pulaski M. El desarrollo de la mente infantil según Piaget. 3ª ed. Barcelona: Paidós Edu-cador; 2008.p. 22 - 209

(17) Pedraza DF. Estado nutricional como factor y resultado de la seguridad alimentaria y nutricional y sus representaciones en Brasil. Revista de Salud Pública. 2004;6:140-55. Disponible en : [Estado nutricional como factor y resultado de la seguridad alimentaria y nutricional y sus representaciones en Brasil \(scielo.org.co\)](#)

(18) OMS. Evaluación del estado de nutrición de la comunidad. [citado el 2022 Feb 21].Disponible en: [9243400533\\_spa\\_part1.pdf \(who.int\)](#)

(19) Gobierno de colombia. Resolucion 2121 del 2010 [Internet]. 2010 [cited 2022 Feb 21]. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resolución\\_2121\\_de\\_2010.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución_2121_de_2010.pdf)

(20) Perry S, Kathryn E, Barnard. Am J Nurs. 2016; 116(2):13. Doi: 10.1097/01.NAJ.0000480477.50384.ff

(21) Jaimes EL. Cuidado de enfermería a padres para fortalecer el crecimiento y desarrollo de sus hijos. Revista Cuidarte [Internet]. 2014;4(1):550–6. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2216-09732013000100017](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732013000100017)

(22) Arias P, Mejía-Garzón MA, Matus-Sánchez D. Revisión documental basada en la teoría de Martha Rogers: cuidado armónico a las adolescentes gestantes en Bogotá en el año 2017. Rev. iberoam. Educ. investi. Enferm. 2018; 9(1):45-51. Disponible en [Revisión documental basada en la teoría de Martha Rogers: cuidado armónico a las adolescentes gestantes en Bogotá en el año 2017 - Aladefe \(enfermeria21.com\)](#)

(23)Alligood MR, Tomey AM. Modelos y teorías de enfermería [Internet]. Elsevier; 2018. Disponible en: <https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=nlpGDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=el+sistema+conductual+de+Dorothy+Johnson+&ots=6q-tjIVm6K&sig=HBeZkNAX-hgmW168s1h1Cl9y4bk#v=onepage&q=el%20sistema%20conductual%20de%20Dorothy%20Johnson&f=false>

(24) MINSALUD. Resolución número 8430 de 1993 [Internet]. oct 4, 1993. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

## ANEXOS

## ANEXO 1 ESCALA ABREVIADA DEL DESARROLLO



GOBIERNO  
DE COLOMBIA



MINSALUD

## HOJA DE RESPUESTAS DE LA ESCALA ABREVIADA DE DESARROLLO EAD – 3

Rango de edad	Nº de ítem	MOTRICIDAD GRUESA Enunciado	DD/MM/AA	
			1	0
1	1	Realiza reflejo de búsqueda y reflejo de succión.	1	0
	2	El reflejo de moro está presente y es simétrico.	1	0
	3	Mueve sus extremidades.	1	0
2	4	Sostiene la cabeza al levantarlo de los brazos.	1	0
	5	Levanta la cabeza y pecho en prono.	1	0
	6	Gira la cabeza desde la línea media.	1	0
3	7	Control de cabeza sentado con apoyo.	1	0
	8	Se voltea.	1	0
	9	Se mantiene sentado momentáneamente.	1	0
4	10	Se mantiene sentado sin apoyo.	1	0
	11	Adopta la posición de sentado.	1	0
	12	Se arrastra en posición prono.	1	0
5	13	Gatea con desplazamiento cruzado (alternando rodillas y manos)	1	0
	14	Adopta posición bipeda y se sostiene de pie con apoyo.	1	0
	15	Se sostiene de pie sin apoyo.	1	0
6	16	Se pone de pie sin ayuda.	1	0
	17	Da pasos solo(a).	1	0
	18	Camina con desplazamiento cruzado sin ayuda (alternando brazos y pies).	1	0
7	19	Corre.	1	0
	20	Lanza la pelota.	1	0
	21	Patea la pelota.	1	0
8	22	Salta con los pies juntos.	1	0
	23	Se empuja en ambos pies.	1	0
	24	Sube dos escalones sin apoyo.	1	0
9	25	Camina en puntas de pies.	1	0
	26	Se para en un solo pie.	1	0
	27	Baja dos escalones con apoyo mínimo, alternando los pies.	1	0
10	28	Camina sobre una línea recta sin apoyo visual.	1	0
	29	Salta en tres o más ocasiones en un pie.	1	0
	30	Hace rebotar y agarra la pelota.	1	0
11	31	Hace "caballitos" (alternando los pies).	1	0
	32	Salta de lado a lado de una línea con los pies juntos.	1	0
	33	Salta desplazándose con ambos pies.	1	0
12	34	Mantiene el equilibrio en la punta de los pies con los ojos cerrados.	1	0
	35	Realiza saltos alternados en secuencia.	1	0
	36	Realiza alguna actividad de integración motora.	1	0
<b>Total Acumulado al inicio</b>				
<b>Número de ítems correctos</b>				
<b>Total (Puntaje Directo)</b>				



GOBIERNO  
DE COLOMBIA



MINSALUD

HOJA DE RESPUESTAS DE LA ESCALA ABREVIADA DE DESARROLLO EAD – 3

Rango de edad	N° de ítem	MOTRICIDAD FINO ADAPTATIVA Enunciado	DD/MM/AA	
			1	0
1	1	Reflejo de prensión palmar.	1	0
	2	Reacciona ante luz y sonidos.	1	0
	3	Sigue movimiento horizontal.	1	0
2	4	Abre y mira sus manos.	1	0
	5	Sostiene objeto en la mano.	1	0
	6	Se lleva un objeto a la boca.	1	0
3	7	Agarra objetos voluntariamente.	1	0
	8	Retiene un objeto cuando se lo intentan quitar.	1	0
	9	Pasa objeto de una mano a otra.	1	0
4	10	Sostiene un objeto en cada mano.	1	0
	11	Deja caer los objetos intencionalmente.	1	0
	12	Agarra con pulgar e índice (pinza).	1	0
5	13	Agarra tercer objeto sin soltar otros.	1	0
	14	Saca objetos del contenedor.	1	0
	15	Busca objetos escondidos.	1	0
6	16	Hace torre de tres cubos.	1	0
	17	Pasa hojas de un libro.	1	0
	18	Agarra una cuchara y se la lleva a la boca.	1	0
7	19	Garabatea espontáneamente.	1	0
	20	Quita la tapa del contenedor o frasco de muestra de orina.	1	0
	21	Hace torre de cinco cubos.	1	0
8	22	Ensarta cuentas perforadas con pinza.	1	0
	23	Rasga papel con pinza de ambas manos.	1	0
	24	Copia línea horizontal y vertical.	1	0
9	25	Hace una bola de papel con sus dedos.	1	0
	26	Copia círculo.	1	0
	27	Figura humana rudimentaria.	1	0
10	28	Imita el dibujo de una escalera.	1	0
	29	Corta papel con las tijeras.	1	0
	30	Figura humana 2.	1	0
11	31	Dibuja el lugar en el que vive.	1	0
	32	Modelo de cubos "escalera".	1	0
	33	Copia un triángulo.	1	0
12	34	Copia una figura de puntos.	1	0
	35	Puede hacer una figura plegada.	1	0
	36	Ensarta cordón cruzado (como amarrarse los zapatos).	1	0
<b>Total Acumulado al inicio</b>				
<b>Número de ítems correctos</b>				
<b>Total (Puntaje Directo)</b>				



GOBIERNO  
DE COLOMBIA



MINSALUD

HOJA DE RESPUESTAS DE LA ESCALA ABREVIADA DE DESARROLLO EAD – 3

Rango de edad	N° de ítem	PERSONAL SOCIAL Enunciado	DD/MM/AA	
			1	0
1	1	Se tranquiliza cuando se toma entre los brazos.	1	0
	2	Responde a las caricias.	1	0
	3	El bebé ya está registrado(a).	1	0
2	4	Reconoce la voz del cuidador principal.	1	0
	5	Sonrisa social.	1	0
	6	Responde a una conversación.	1	0
3	7	Coge las manos del examinador.	1	0
	8	Ríe a carcajadas.	1	0
	9	Busca la continuación del juego.	1	0
4	10	Reacciona con desconfianza ante el extraño.	1	0
	11	Busca apoyo del cuidador.	1	0
	12	Reacciona a su imagen en el espejo.	1	0
5	13	Participa en juegos.	1	0
	14	Muestra interés o intención en alimentarse solo.	1	0
	15	Explora el entorno.	1	0
6	16	Seguimiento de rutinas.	1	0
	17	Ayuda a desvestirse.	1	0
	18	Señala 5 partes de su cuerpo.	1	0
7	19	Acepta y tolera el contacto de su piel con diferentes texturas.	1	0
	20	Expresa su satisfacción cuando logra o consigue algo.	1	0
	21	Identifica emociones básicas en una imagen.	1	0
8	22	Identifica qué es de él y qué es de otros.	1	0
	23	Dice nombres de las personas con quien vive o comparte.	1	0
	24	Expresa verbalmente emociones básicas (tristeza, alegría, miedo, rabia).	1	0
9	25	Rechaza la ayuda del cuidador cuando desea, intenta o hace algo por sí mismo.	1	0
	26	Comparte juego con otros(as) niños(as).	1	0
	27	Reconoce las emociones básicas de los otros(as).	1	0
10	28	Puede vestirse y desvestirse solo(a).	1	0
	29	Propone juegos.	1	0
	30	Sabe cuántos años tiene.	1	0
11	31	Participa en juegos respetando reglas y turnos.	1	0
	32	Comenta vida familiar.	1	0
	33	Colabora por iniciativa propia con actividades cotidianas.	1	0
12	34	Manifiesta emoción ante acontecimientos importantes de su grupo social.	1	0
	35	Reconocimiento de normas o prohibiciones.	1	0
	36	Reconoce emociones complejas (culpa, pena, frustración, etc.).	1	0
		<b>Total Acumulado al inicio</b>		
		<b>Número de ítems correctos</b>		
		<b>Total (Puntaje Directo)</b>		



GOBIERNO  
DE COLOMBIA



MINSALUD

HOJA DE RESPUESTAS DE LA ESCALA ABREVIADA DE DESARROLLO EAD – 3

Rango de edad	Nº de ítem	AUDICIÓN Y LENGUAJE Enunciado	DD/MM/AA	
			1	0
1	1	Se sobresalta con un ruido.	1	0
	2	Contempla momentáneamente a una persona.	1	0
	3	Llora para expresar necesidades.	1	0
2	4	Se tranquiliza con la voz humana.	1	0
	5	Produce sonidos guturales indiferenciados.	1	0
	6	Busca el sonido con la mirada.	1	0
3	7	Busca diferentes sonidos con la mirada.	1	0
	8	Pone atención a la conversación.	1	0
	9	Produce cuatro o más sonidos diferentes.	1	0
4	10	Pronuncia tres o más sílabas.	1	0
	11	Reacciona cuando se le llama por su nombre.	1	0
	12	Reacciona a tres palabras familiares.	1	0
5	13	Reacciona a la palabra no.	1	0
	14	Llama al cuidador.	1	0
	15	Responde a una instrucción sencilla.	1	0
6	16	Aproximación a una palabra con intención comunicativa.	1	0
	17	Reconoce al menos 6 objetos o imágenes.	1	0
	18	Sigue instrucciones de dos pasos.	1	0
7	19	Nombre cinco objetos de una imagen.	1	0
	20	Utiliza más de 20 palabras.	1	0
	21	Usa frases de dos palabras.	1	0
8	22	Dice su nombre completo.	1	0
	23	Dice frases de 3 palabras.	1	0
	24	Reconoce cualidades de los objetos.	1	0
9	25	Define por su uso cinco objetos.	1	0
	26	Hace comparativos.	1	0
	27	Describe el dibujo.	1	0
10	28	Reconoce 5 colores.	1	0
	29	Responde tres preguntas sobre un relato.	1	0
	30	Elabora un relato a partir de una imagen.	1	0
11	31	Expresa opiniones.	1	0
	32	Repite palabras con pronunciación correcta.	1	0
	33	Absurdos visuales.	1	0
12	34	Identifica palabras que inician con sonidos parecidos.	1	0
	35	Conoce: ayer, hoy y mañana.	1	0
	36	Ordena una historia y la relata.	1	0
<b>Total Acumulado al inicio</b>				
<b>Número de ítems correctos</b>				
<b>Total (Puntaje Directo)</b>				

**ANEXO 2 INSTRUMENTO**

**UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA  
PROGRAMA DE ENFERMERÍA**

INVESTIGACIÓN: relación entre las características sociodemográficas y el estado nutricional y de desarrollo de los niño/as de 3 a 7 años, de la comunidad de Ciudad Equidad de Santa Marta, Colombia.

Casa \_\_\_ Fecha de nacimiento del niño día/mes/año sexo: F \_\_\_ M \_\_\_

Cuidador principal: padre – madre- hermano- abuela- abuelo- tía – tío- otro

Edad del cuidador principal: \_\_\_\_\_

**1.Prácticas claves**

Lactancia materna exclusiva (6 primeros meses)

Esquema de vacunación:

Asistencia control de crecimiento y desarrollo en el último mes

Asistencia control odontológico en el último mes:

Fecha de última Desparasitación

si	no
completa	incompleta
si	no
si	no
día/mes/año	

**2.Determinantes sociodemográficas**

Pertenece a alguna etnia:	Indígena Ninguna	Rom, Gitano	Raizal	Palenquero	Afrodescendiente
Escolaridad del niño:	Asiste			No asiste	
Afiliación al SGSSS (EPS)	Nueva EPS	Coosalud	Sanitas	Salud Total	Otra:
Régimen	contributivo	subsidiado	Sin afiliación		
Nacionalidad del niño	colombiana	otra	Cual:		
Estado civil de los padres:	casados	unión libre	solteros	separados	
Escolaridad de la madre	Primaria Inco	Primaria com	bachiller	técnico	profesional
Ocupación de la madre	Ama de casa	empleada	informal	desempleada	
Escolaridad del padre	Primaria Inco	Primaria com	bachiller	técnico	profesional
Situación laboral del padre	Ama de casa	empleado	informal	desempleado	
Número de hijos por familia	1	2	3	4	5 o mas
Número de familias por hogar	1	2	3	4	5 o mas
Tiene servicio de agua	si	no			
Tiene servicio de electricidad	si	no			

Tiene servicio de Gas	si	no	
Tiene servicio de Internet	si	no	

**3. ESTADO NUTRICIONAL**

VARIABLE	Datos
Peso Actual (kg):	
Talla Actual (cm/m):	
IMC kg/m <sup>2</sup> :	
INDICADOR	Desviación Estándar e Interpretación
Ubicación en la curva según el indicador IMC / Edad:	
Ubicación en la curva según el indicador Peso / Edad	
Ubicación en la curva según el indicador Peso / Talla	
Ubicación en la curva según el indicador Talla / Edad	

