

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

Facultad de Ciencias

Postgrado de la Facultad de Ciencias

Centro Universitario Regional del Centro

Maestría en Seguridad Alimentaria y Nutricional



**“COMPETENCIAS DEL PERSONAL DE SALUD PARA EL MANEJO DE LAS
NORMAS DE VIGILANCIA NUTRICIONAL APLICADAS A LOS MENORES DE
CINCO AÑOS EN LOS MUNICIPIOS DEL SUR, DEPARTAMENTO DE LA PAZ EN EL
PRIMER TRIMESTRE DEL AÑO 2024”**

TESIS

**QUE PARA OPTAR AL GRADO DE
MÁSTER EN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL**

PRESENTA

MARIA JESUS MOLINA SUAZO

ASESOR METODOLÓGICO: MSc. MELVIN CASTILLO

ASESORA TÉCNICO: MSc. MELVIN CASTILLO

Comayagua, julio de 2024

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

DOCTOR ODIR AARON FERNÁNDEZ FLORES

RECTOR

ABOGADO JOSE ALEXANDER ÁVILA VALLECILLO

SECRETARIO GENERAL

PHD. OSCAR ARQUIMIDES ZELAYA VILAFRANCA

DIRECTOR DEL SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

DOCTOR BRYAN OBED LARIOS LÓPEZ

DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS

MÁSTER MILTHON MOISÉS REYES SOSA

DIRECTOR UNAH – CURC

DEDICATORIA

A mi padrino el Dr. Mark Thorthon, por su invaluable colaboración en mi formación como profesional, su apoyo fue constante en este proceso académico.

A mi amado esposo y mis hijos, por ser mi mayor motivación y fuente de alegría, por comprender mis ausencias y apoyarme en cada paso que doy. A mi familia, por su amor incondicional y comprensión para que pudiera dedicarme a mis estudios.

A mis tutores, compañeros de estudio y asesor, por su colaboración, inspiración y amistad en este camino hacia la culminación de mi tesis,

A la congregación de MIEZAR Aguanqueterique por sus oraciones constantes a mi vida.

Esta tesis está dedicada con profundo agradecimiento y cariño a cada uno de ustedes. Gracias por formar parte de mi vida y de este importante logro.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios en primer lugar, por darme la sabiduría que necesitaba, la fortaleza y la confianza en mis capacidades, por tomarme de su mano y no soltarme en cada paso de mi formación académica.

A la región de salud La Paz, por su autorización y apoyo para la realización de mi trabajo de tesis, permitiéndome desarrollar mi investigación en un entorno de excelencia y compromiso con la salud pública.

A la micro red de MAMSURPAZ, por abrirme sus puertas y facilitarme el acceso a la información para llevar a cabo mi estudio de manera efectiva.

A todos los profesionales de la salud y personal administrativo de la micro red, por su colaboración, disposición y valiosa contribución en el desarrollo de mi investigación.

¡Gracias por su compromiso y dedicación en la mejora de la salud de la comunidad!

RESUMEN

Objetivo: Analizar las competencias de los profesionales de salud para el manejo de las normas de vigilancia nutricional aplicadas a los menores de cinco años en los municipios del sur, departamento de La Paz en el primer trimestre del año 2024.

Metodología: Estudio con enfoque cuantitativo, alcance descriptivo, tipo CAP, con una muestra de 30 profesionales de la salud (Médicos, licenciados en enfermería, auxiliares de enfermería), se utilizó tres instrumentos de recolección de información (prueba objetiva, escala de Likert y lista de chequeo), que contenía las variables; conocimientos, actitudes y prácticas que tenían los profesionales de salud en la aplicación de las normas de vigilancia nutricional.

Resultados principales: En general, el 70% de los profesionales incluidos en la investigación, son mujeres y el 30% hombres, el rango de edad en la cual se encuentran es de 30 a 39 años representando el 57% del total de la muestra, en relación a la variable de conocimiento, el 63% es el porcentaje que el personal conoce de la norma de vigilancia nutricional siendo este porcentaje un indicativo de necesidad de mejorar, además el personal de salud refiere una actitud positiva y en relación a la variable práctica, solo el 25% de las practicas enunciadas en la lista de chequeo se cumplen por el personal de salud que brinda la atención en los menores de cinco años.

Conclusiones: El nivel de conocimiento de los profesionales de salud sobre la norma de vigilancia nutricional, se encuentra en la clasificación de “necesidad de mejorar”. El personal de salud manifiesta una actitud positiva y de valoración hacia la vigilancia nutricional. En relación a las prácticas, estas deficiencias repercuten negativamente en la calidad, oportunidad y confiabilidad de la información recopilada, lo cual dificulta la toma de decisiones informadas y la implementación de intervenciones efectivas para abordar los problemas de salud y nutrición de la población infantil.

Palabras claves: Norma, vigilancia nutricional, conocimientos, actitudes, practicas.

ABSTRACT:

Objective: To analyze the competencies of health professionals for the management of nutritional surveillance standards applied to children under five years of age in the municipalities of the south, department of La Paz in the first quarter of 2024.

Methodology: A study with a quantitative approach, descriptive scope, CAP type, with a sample of 30 health professionals (Physicians, nursing graduates, nursing assistants), three data collection instruments were used (objective test, Likert scale and checklist), which contained the variables; knowledge, attitudes and practices that health professionals had in the application of nutritional surveillance standards.

Results: In general, 70% of the professionals included in the research are women and 30% are men, with an age range of 30 to 39 years representing 57% of the total sample. In relation to the knowledge variable, 63% is the percentage of staff who know the nutritional surveillance standard, which is an indicator of the need to improve. In addition, health personnel express a positive attitude. Regarding the practice variable, only 25% of the practices stated in the checklist are met by the health personnel who provide care to children under five years of age.

Conclusions: The level of knowledge of health professionals about the nutritional surveillance standard is classified as "need to improve". Health personnel express a positive attitude and appreciation towards nutritional surveillance. Regarding practices, these deficiencies have a negative impact on the quality, timeliness and reliability of the information collected, which hinders informed decision-making and the implementation of effective interventions to address the health and nutrition problems of the child population.

Keywords: Standard, nutritional surveillance, knowledge, attitudes, practices.

ÍNDICE DE CONTENIDO

| | |
|--|-----|
| DEDICATORIA | i |
| AGRADECIMIENTOS..... | ii |
| RESUMEN | iii |
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| CAPÍTULO 1: CONSTRUCCIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO | 3 |
| ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN | 4 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN | 5 |
| OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN | 7 |
| OBJETIVO GENERAL..... | 7 |
| OBJETIVO ESPECIFICO..... | 7 |
| JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN..... | 8 |
| CAPÍTULO 2: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL ESTUDIO | 9 |
| 2.1 MARCO TEÓRICO | 9 |
| 2.2 MARCO CONCEPTUAL | 14 |
| 2.3 MARCO HISTORICO..... | 18 |
| CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN..... | 20 |
| 3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN..... | 20 |
| 3.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN..... | 21 |
| 3.3 TIPO O ALCANCE DE INVESTIGACIÓN | 21 |
| 3.4 VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN | 22 |
| 3.5 INSTRUMENTOS DE MEDICION..... | 25 |
| 3.6 POBLACIÓN Y MUESTRA..... | 33 |
| 3.7 PLAN DE RECOLECCIÓN Y RESULTADOS | 36 |
| CAPITULO 4: ANALISIS DE RESULTADOS..... | 37 |

| | |
|--|----|
| 4.1 Plan de recolección y análisis de datos/resultados..... | 37 |
| 4.2 Análisis de datos generales. | 37 |
| 4.3 Resultado de la variable conocimiento. | 43 |
| 4.5 Resultados de la variable Actitudes de los profesionales de salud..... | 48 |
| CONCLUSIÓN | 56 |
| RECOMENDACIONES | 58 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 59 |
| ANEXOS | 62 |

ÍNDICE DE TABLA

| | |
|--|----|
| Tabla 1 Operacionalización de variables..... | 23 |
| Tabla 2 Matriz de ajuste de Ítems | 27 |
| Tabla 3 Matriz de ajuste de Ítems Escala de Likert..... | 30 |
| Tabla 4 Matriz de ajustes de Ítems Lista de Chequeo | 32 |
| Tabla 5 Personal de salud que labora en micro red de MAMSURPAZ..... | 34 |
| Tabla 6 Plan de recolección de datos. | 36 |
| Tabla 7 Frecuencia de Profesionales de Salud por municipios. | 37 |
| Tabla 8 Establecimientos de salud por municipios. | 38 |
| Tabla 9 Profesionales de salud según sexo..... | 39 |
| Tabla 10 Profesionales de la salud según tiempo de trabajar | 42 |
| Tabla 11 Promedio de Conocimiento de los profesionales de la salud por municipio..... | 43 |
| Tabla 12 Conocimiento por Ítems de la prueba Objetiva de los Profesionales de salud..... | 46 |
| Tabla 13 Frecuencia con la que el personal de salud realiza las actividades por Ítems. | 52 |
| Tabla 14 Frecuencia de prácticas y porcentaje que cumple el personal en los establecimientos de salud descritas en las normas de vigilancia nutricional. | 53 |

| | |
|--|----|
| Tabla 15 Promedio de Practica por Items, realizadas por los profesionales de salud en los establecimientos. | 54 |
|--|----|

ÍNDICE DE FIGURA

| | |
|---|----|
| Figura 1 Distribución de los profesionales de salud según sexo..... | 40 |
| Figura 2 Profesión de salud según rango de edad. | 41 |
| Figura 3 Conocimiento de los profesionales de salud por municipio | 44 |
| Figura 4 Conocimiento de los profesionales de salud según tiempo de trabajar. | 45 |
| Figura 5 Actitud del personal de salud en la aplicación de la norma de vigilancia nutricional. ... | 48 |
| Figura 6 Actitud de los auxiliares de enfermería en la aplicación de la norma de vigilancia nutricional..... | 49 |
| Figura 7 Actitud de los licenciados en enfermería en la aplicación de la norma de vigilancia nutricional..... | 50 |
| Figura 8 Actitud de los médicos generales en la aplicación de la norma de vigilancia nutricional. | 52 |

INTRODUCCIÓN

Las competencias del personal de salud para el manejo de las normas de vigilancia nutricional aplicada a los menores de cinco años son determinantes en la clasificación del estado nutricional y crecimiento de los niños y niñas. Una medición, ya sea de peso, longitud o talla, que no se realice siguiendo los lineamientos descritos en la sección de la norma para las medidas antropométricas, nos dará una evaluación con un grado de error, lo que no garantiza la evaluación, clasificación y el manejo adecuado de los problemas de salud que se identifican. En las normas de vigilancia nutricional para menores de cinco años, existen elementos técnicos y herramientas para que el personal de salud pueda realizar la evaluación del estado nutricional y del crecimiento. Para lograr esto, se deben desarrollar competencias que incluyan conocimiento, actitudes y práctica.

Los conocimientos, actitudes y practicas sobre la norma de vigilancia nutricional en los profesionales de salud de los municipios del Sur (Aguanqueterique, San Antonio del norte, Lauterique, San Juan, Mercedes de Oriente y Guajiquiro) del departamento de La Paz, estos son parte del canal seco, donde la situación actual en el sistema de salud según reportes de evaluación regional 2023, hay debilidad en varios indicadores del sistema salud, a esto se suma la importante acción de cambio de recursos humanos, es necesario recordar que hay competencias que se forman con el pasar del tiempo.

Por medio del presente estudio bajo el paradigma positivista de enfoque cuantitativo, no experimental con diseño descriptivo, se realizó con el propósito de comprender a fondo cómo el personal de salud está aplicando la norma de vigilancia nutricional en su trabajo diario. Se pretende averiguar qué es lo que saben, cómo se sienten y qué hacen en la práctica cuando se trata de esta importante norma. Nuestro propósito es identificar tanto los aspectos que facilitan como los que dificultan su implementación efectiva, para así poder proponer formas de fortalecer las capacidades

del personal y mejorar la calidad de la vigilancia nutricional que se brinda a la población. Creo que este conocimiento será clave para garantizar que la norma se aplique de manera adecuada y se traduzca en mejores resultados de salud y nutrición para todos.

En este documento se presentan los resultados obtenidos mediante la aplicación de instrumentos de medición como ser; pruebas objetivas que nos permitieron determinar el nivel de conocimientos, en este sentido, se utilizó la escala de evaluación de la secretaria de educación de Honduras, la que clasifica el nivel conocimiento según el promedio obtenido, siendo este de la siguiente manera, de 0 a 34 % se clásica como conocimiento insuficiente, de 35 a 69% necesita mejorar, de 70 a 80% satisfactorio, de 81 a 90 muy satisfactorio y de 91 a 100 el conocimiento es avanzado.

Se utilizó además el cuestionario de escala de Likert, permitiendo al investigador la evaluación psicométrica, esta escala es utilizada comúnmente para describir las actitudes mediante una frecuencia que va desde; siempre, casi siempre, ocasionalmente, casi nunca y nunca, en realización a acciones relacionadas a la aplicación de la norma de vigilancia nutricional. Y por último se elaboró una lista de chequeo donde el investigador describió las practicas utilizadas por el personal de salud que brinda atención a los niños y niñas que demandan servicios en los establecimientos, el investigador utilizo la observación directa y revisión de expedientes clínicos, lo que permitió una valoración de las practicas que realizan al momento de evaluar, clasificar y tratar al menor de cinco años.

Cada instrumento fue revisado detalladamente por expertos en el tema, permitiendo, realizar ajustes antes de la aplicación y así poder obtener resultados que resaltaron la condición actual de las variables en cuestión. Los datos recolectados se estructuraron y evaluaron mediante el empleo de tablas dinámicas, gráficos y análisis estadísticos en Excel, lo cual posibilitó la identificación de tendencias y patrones.

CAPÍTULO 1: CONSTRUCCIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

En el siguiente capítulo se presentan los antecedentes de la investigación. Es crucial comprender el origen de la normativa para la vigilancia nutricional de niños y niñas menores de cinco años, y cómo esta normativa, al ser aplicada, nos permite plantear el problema de investigación. Para lograr esto, fue necesario identificar las variables que motivaron la realización de este estudio. Además, se exponen los objetivos de la investigación, y finalmente se incluye la justificación de la misma.

El objeto de estudio se realizó con el propósito de comprender a fondo cómo el personal de salud está aplicando la norma de vigilancia nutricional en su trabajo diario. Se pretende averiguar qué es lo que saben, cómo se sienten y qué hacen en la práctica cuando se trata de esta importante norma de vigilancia nutricional aplicadas a niños y niñas menores de cinco años. Se pretende describir el cumplimiento de las directrices establecidas en estas normas por parte de los profesionales de salud que brindan la atención, con el fin de identificar posibles áreas de mejora y garantizar un adecuado seguimiento del desarrollo infantil en el contexto de la vigilancia nutricional mediante la identificación de variables de conocimiento, actitudes y prácticas. Miranda (2022) indica que “La competencia profesional y las buenas prácticas se relacionan no solo con la memorización, sino también con el razonamiento clínico, la toma de decisiones, la resolución de problemas y las habilidades interpersonales” (p.2).

ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

En la actualidad existen investigaciones que describen los conocimientos, actitudes y prácticas de los profesionales de la salud en diversidad de temas, Miranda (2022) es de la opinión “Las competencias son entendidas como una combinación integrada de conocimientos habilidades y actitudes conducentes a un desempeño adecuado y oportuno en diversos contextos del equipo de salud” (p. 2).

La vigilancia nutricional es fundamental para prevenir y abordar a tiempo los problemas de salud relacionados con la nutrición. Sin embargo, diversos estudios recientes han revelado que la implementación efectiva de las normas y protocolos de vigilancia nutricional enfrenta importantes desafíos en los sistemas de salud a nivel internacional y nacional. Un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2020 analizó la situación en 15 países de América Latina. Si bien la mayoría de los países cuentan con directrices y normas técnicas para la vigilancia nutricional, el equipo de investigadores encontró que su aplicación práctica presenta brechas significativas. Algunos de los principales retos identificados fueron la falta de capacitación del personal de salud, la fragmentación en la recolección de datos y las limitaciones en el análisis e interpretación de la información.

A nivel nacional, un informe del Ministerio de Salud publicado en 2021 reveló que solo el 45% de los establecimientos de salud reportan de manera regular los indicadores de vigilancia nutricional. Esta baja cobertura de reporte dificulta seriamente la toma de decisiones oportunas por parte de las autoridades sanitarias. Adicionalmente, una investigación realizada por Gómez y Rodríguez en 2021 encontró que más de la mitad del personal de salud (55%) desconoce los lineamientos establecidos en la norma técnica de vigilancia nutricional.

Estos preocupantes antecedentes ponen de manifiesto la necesidad urgente de profundizar en el análisis de los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud en torno a la vigilancia nutricional. Solo así podremos diseñar estrategias efectivas que fortalezcan sus capacidades y optimicen la implementación de las normas y protocolos establecidos, como lo plantea la Estrategia Nacional de Fortalecimiento de la Vigilancia Nutricional del Ministerio de Salud (2022).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La vigilancia nutricional es fundamental para prevenir y abordar a tiempo los problemas de salud relacionados con la nutrición, tanto a nivel individual como poblacional. Sin embargo, diversos estudios han revelado que la implementación efectiva de las normas y protocolos de vigilancia nutricional enfrenta importantes desafíos en nuestro sistema de salud (Organización Mundial de la Salud, 2020).

Uno de los principales retos se encuentra en el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud encargado de llevar a cabo estas acciones de vigilancia. Existen indicios preocupantes de que, a pesar de la existencia de directrices claras, el personal no siempre las aplica de manera consistente en su quehacer diario (Pérez et al., 2018). Esto se traduce en una vigilancia nutricional fragmentada, con brechas en la recolección, análisis e interpretación de los datos, lo cual limita gravemente la capacidad de los tomadores de decisiones para implementar intervenciones oportunas y efectivas (Gómez y Rodríguez, 2021).

Comprender a fondo los factores que facilitan u obstaculizan la aplicación de la norma de vigilancia nutricional por parte del personal de salud se vuelve, por lo tanto, un imperativo urgente para mejorar la calidad de los servicios de salud y nutrición. Esta investigación se propone abordar

esta problemática apremiante, generando evidencia que permita diseñar estrategias de fortalecimiento de capacidades y de acompañamiento al personal, con el fin de optimizar la vigilancia nutricional y, en última instancia, contribuir a mejores resultados de salud y nutrición en la población (Ministerio de Salud, 2019).

Esta situación nos dio paso a la pregunta problema que a continuación se enuncia ¿Cuáles son las competencias (conocimientos, actitudes y practicas) de los profesionales de salud para el manejo de las normas de vigilancia nutricional aplicadas a los menores de cinco años en los municipios del sur, departamento de la Paz en el primer trimestre del año 2024?

OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

Toda investigación debe contener objetivos que orienten cada paso al investigador, para dar respuesta a la pregunta del planteamiento del problema en cuestión se diseña objetivo General y específicos.

OBJETIVO GENERAL

Analizar las competencias de los profesionales de salud para el manejo de las normas de vigilancia nutricional aplicadas a los menores de cinco años en los municipios del sur, departamento de La Paz en el primer trimestre del año 2024.

OBJETIVO ESPECIFICO

Determinar el nivel de conocimiento en los profesionales de salud para el manejo de las normas de vigilancia nutricional aplicada a los menores de cinco años en los municipios del sur, departamento de La Paz en el primer trimestre del año 2024.

Describir las actitudes de los profesionales de salud para el manejo de las normas de vigilancia nutricional aplicada a los menores de cinco años en los municipios del sur, departamento de La Paz en el primer trimestre del año 2024.

Identificar las prácticas de los profesionales de salud para el manejo de las normas de vigilancia nutricional aplicada a los menores de cinco años en los municipios del sur, departamento de La Paz en el primer trimestre del año 2024.

JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio de las competencias del personal de salud para el manejo de las normas de vigilancia nutricional aplicadas a los menores de cinco años es nuevo para la Secretaría de Salud, específicamente para la institución de la Región Sanitaria de La Paz, ya que no se había realizado en este departamento dicha iniciativa de investigación. El objetivo es analizar las competencias, dando paso al conocimiento, actitudes y prácticas que el personal de salud tiene al aplicar las normas de vigilancia nutricional en sus diferentes entornos laborales.

La salud nutricional en la infancia es crucial para el crecimiento, desarrollo y bienestar general de los niños. Por lo tanto, es fundamental que el personal de salud cuente con las competencias necesarias para llevar a cabo una vigilancia nutricional efectiva. El manejo inadecuado de la vigilancia nutricional puede tener impactos negativos en la salud pública, como el aumento de la prevalencia de desnutrición o sobrepeso en la población infantil. Por lo tanto, es crucial asegurar identificar las debilidades en el personal de salud en la aplicación de normas.

Los beneficiarios directos será la Región sanitaria departamental de la Paz y el personal de los municipios del sur (Aguanqueterique, San Juan, San Antonio del Norte, Lauterique, Mercedes de Oriente y Guajiquiro), ya que puede considerar las recomendaciones emitidas y realizar ajustes para fortalecer las debilidades de ser necesario. La investigación fue un estudio con cierto grado de complejidad para el investigador, por la situación laboral del investigador, la información, el acceso a la población objeto de estudio y logística para la movilización a cada uno de los lugares para la aplicación de instrumentos de medición. Los aportes metodológicos que a través de esta investigación se realizó, son instrumentos de medición elaborados con los respectivos procesos de validación como también se emiten y difunden las recomendaciones según los hallazgos encontrados.

CAPÍTULO 2: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL ESTUDIO

En el siguiente capítulo se exponen los fundamentos teóricos que sustentan el estudio, todo el proceso de investigación dependió de la fundamentación teórica, ya que proporciona un marco teórico, conceptual, histórico y legal sólido para el desarrollo del estudio. Se logró un mayor nivel de comprensión y análisis de las competencias del personal de salud bajo estudio ya que se estableció un vínculo entre la investigación y la teoría existente. En relación a las normas de vigilancia nutricional aplicadas al menor de cinco años, esta revisión de la literatura permitió identificar vacíos de conocimiento. Finalmente, esta base teórica mejoró la calidad y el impacto de la investigación al darle rigor académico, coherencia interna y relevancia científica.

2.1 MARCO TEÓRICO

La interpretación de indicadores nutricionales, la aplicación de protocolos de evaluación antropométrica, el registro y análisis de datos y la elaboración de informes, que, en su conjunto, están descritos en la norma de vigilancia nutricional, son ejemplos de lo que el personal de salud sabe sobre la vigilancia nutricional (Rodríguez-Martín et al., 2022). Varios estudios han examinado el conocimiento del personal de salud sobre la aplicación de protocolos o normas de vigilancia nutricional.

Por ejemplo, un estudio realizado en España encontró que los profesionales de la salud no sabían mucho sobre los estándares y procedimientos establecidos en la Guía de Práctica Clínica para la Vigilancia del Crecimiento y Desarrollo del Niño. Por otro lado, una investigación realizada en Colombia encontró que el personal de salud carecía de conocimientos sobre la Norma Técnica para la Detección de Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo en Menores de Cinco Años.

En Perú, un estudio demostró que los conocimientos del personal de salud sobre la Norma Técnica de Salud N° 142-MINSA/2018/DGIESP variaban según el cargo y la experiencia laboral, siendo los médicos y el personal con más tiempo de servicio los que tenían más conocimientos (Vega-Macedo et al., 2023).

Estos resultados indican que el conocimiento del personal de salud es esencial para la implementación efectiva de las normas de vigilancia nutricional, lo que resalta la importancia de mejorar las estrategias de capacitación continua en este campo.

Los conocimientos de los profesionales de la salud sobre la Norma de Vigilancia Nutricional son como la inteligencia que describe Piaget: algo cambiante que cambia constantemente sus procesos mentales según las circunstancias y las necesidades de su entorno, tomando en consideración lo anterior, los conocimientos que el personal de salud adquiere durante su formación cambia al momento de poner en práctica o aplicar nuevas estrategias, lineamientos o normas que surgen según la necesidad que demanda la población.

Es necesario aplicar estos conocimientos en el ámbito educativo y formativo verificando la correcta adhesión de los mismos para obtener una adecuada atención a los usuarios, además se maneja un término como la acomodación, según Piaget, la acomodación, implica la capacidad de replantear ciertos esquemas mentales que se desarrollan cuando se encuentran con experiencias o nuevos conocimientos. Esto requiere reinterpretar estos esquemas mentales porque no pueden asimilarse directamente, en las carreras asociadas a salud, es necesario replantear los conocimientos.

Según Bunge (2020), la Teoría del Conocimiento "tiene por objeto estudiar la naturaleza, el origen y los límites del conocimiento humano" (p. 15). En ese sentido, esta teoría ofrece un marco conceptual relevante para analizar los conocimientos del personal de salud en torno a la aplicación de las normas de vigilancia nutricional.

Por su parte, Ferrater Mora (2021) señala que la Gnoseología "investiga las condiciones, los límites y la validez del conocimiento humano" (p. 1038). Esto permite comprender cómo los conocimientos del personal de salud influyen en la implementación efectiva de los lineamientos técnicos establecidos en las normas de vigilancia nutricional.

Además, Klimovsky (2019) enfatiza que la Teoría del Conocimiento "estudia la posibilidad, los orígenes, la naturaleza, los métodos y la validez del conocimiento" (p. 23). Esta perspectiva teórica resulta fundamental para analizar los factores que pueden facilitar u obstaculizar los conocimientos del personal de salud en el ámbito de la vigilancia nutricional.

En otro sentido, las actitudes del personal de salud hacia la vigilancia nutricional son un factor crucial que influye en la implementación efectiva de las normas y lineamientos técnicos en este ámbito. "Las evaluaciones positivas o negativas que las personas desempeñan sobre un determinado comportamiento" (Ajzen, 2020) p 314-324. es lo que se conoce como actitudes, según la Teoría del Comportamiento Planificado.

En el contexto de la vigilancia nutricional, los profesionales de salud muestran una diversidad de creencias, percepciones y predisposiciones hacia la aplicación de los protocolos y procedimientos establecidos en las normas técnicas (Hernández-Rincón et al., 2022). Diversos estudios han explorado en profundidad estas actitudes del personal de salud en torno a la vigilancia nutricional.

Por ejemplo, un estudio realizado en Perú encontró que los trabajadores de la salud tenían actitudes favorables hacia la aplicación de la Norma Técnica de Salud N° 142-MINSA/2018/DGIESP. Ellos reconocían la importancia de esta normativa para la detección temprana de problemas nutricionales en los niños menores de cinco años (Vega-Macedo et al., 2023). Asimismo, una investigación en Colombia reveló que los profesionales de la salud

mostraron una actitud positiva hacia el uso de la Norma Técnica para la Detección de Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo en el Menor de Cinco Años (Hernández-Rincón et al., 2022).

Por otro lado, un estudio realizado en España resalto que los profesionales de salud presentaban actitudes menos favorables hacia la realización de actividades de vigilancia nutricional, debido a que se encontraban con sobrecarga laboral y además la falta de recursos adecuados (Gómez-Arias et al., 2021). Estos hallazgos sugieren que las actitudes del personal de salud pueden constituir tanto facilitadores como barreras para la implementación de las normas de vigilancia nutricional (Moreno-Altamirano et al., 2020).

En este sentido, es fundamental comprender las actitudes del personal de salud, ya que estas influyen directamente en sus intenciones y comportamientos hacia la aplicación de estas normas (Ajzen, 2020). Por lo tanto, el fortalecimiento de actitudes positivas a través de estrategias de sensibilización y empoderamiento del personal de salud puede contribuir a mejorar la implementación de la vigilancia nutricional en los establecimientos de salud. De esta manera sucede cuando se implementa una estrategia a nivel regional, los que reciben la capacitación de primera mano (de facilitadores), obtienen el conocimiento para hacer las cosas correctamente, pero al pasar el tiempo y cambios rotatorios del recurso, los de nuevo ingreso realizan las cosas de manera empírica o por costumbres.

Hasta el momento se ha observado la influencia de diversas teorías en el conocimiento, así como se han analizado las teorías que describen las actitudes para obtener una perspectiva más amplia sobre esta variable de interés en el estudio.

Otra teoría que despertó interés en este estudio fue la teoría de las prácticas, en nuestro día a día, llevamos a cabo una infinidad de actividades que, en conjunto, conforman nuestras prácticas. Estas prácticas pueden entenderse como patrones de acción socialmente organizados y recurrentes, que realizamos de manera situada y contextualizada (Hui, 2017). Según la teoría de la práctica

cultural, estos conjuntos de acciones están configurados por una diversidad de elementos interconectados, como las formas en que utilizamos objetos, las maneras en que comprendemos el mundo que nos rodea, nuestros estados emocionales y los conocimientos tácitos que poseemos (Magaudda, 2021). Por lo tanto, las prácticas no pueden reducirse simplemente a las acciones individuales, sino que deben analizarse como fenómenos sociales y culturales que se desarrollan y transforman a través del tiempo y el espacio.

En tal sentido, las normas de vigilancia nutricional aplicadas a los niños y niñas menores de cinco años, solo teóricamente no son funcionales, para ello, las practicas son las actividades que cada recurso que brinda atención debe manejar, por tal razón dentro de la Norma existe tres elementos importantes, la parte teórica, actitudinal y la parte práctica, estas deben relacionarse entre sí para poder establecer una atención integral de calidad.

En vista de lo anterior, los estándares de crecimiento brindaron elementos técnicos al personal institucional (médicos, enfermeras profesionales y auxiliares en enfermería) para realizar el diagnóstico del estado nutricional en los menores de cinco años, estos estándares aseguraron que el personal institucional determine oportunamente si un niño o niña menor de cinco años de edad está creciendo adecuadamente o no a través de la evaluación de la tendencia de ganancia de peso y talla, y con ello contribuir a la recuperación o prevención del daño.

También los estándares de crecimiento proporcionan las herramientas de evaluación y diagnóstico para garantizar la atención oportuna en los casos de desviaciones de la tendencia de crecimiento o de las situaciones de daño nutricional grave, considerando buenas prácticas de alimentación infantil, actividad física, higiene y otras relacionadas. Algo importante es la responsabilidad que tienen en el manejo de estas normas el personal institucional (gerentes, directores, prestadores de servicio) de las regiones de salud y de nivel central ya que deben realizar monitoreo periódicamente de los indicadores antropométricos para la vigilancia epidemiológica de

las características nutricionales de la población atendida en el sistema de salud y de esta manera garantizar que el recurso está capacitado para realizar dichas actividades con responsabilidad y ética profesional.

2.2 MARCO CONCEPTUAL

La vigilancia nutricional es una tarea fundamental para cuidar de la salud de los y las niñas menores de cinco años. Como señala la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), este proceso continuo de recolección, análisis, interpretación y difusión de información sobre el estado nutricional de la población en estudio es crucial. Gracias a esta vigilancia, podemos identificar problemas nutricionales a tiempo e implementar estrategias efectivas para mejorar la salud y el bienestar de todos. Es conmovedor ver cómo estos esfuerzos de monitoreo se traducen en un seguimiento constante de los cambios en la salud de nuestra gente. La vigilancia nutricional es una herramienta invaluable que nos ayuda a garantizar la seguridad alimentaria y el cuidado. Su labor silenciosa pero incansable merece nuestro mayor reconocimiento y agradecimiento.

El personal de salud desempeña un papel vital en nuestras vidas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), este grupo está conformado por "todas las personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad promover, restablecer y mantener la salud". Estos hombres y mujeres dedicados incluyen a médicos, enfermeros, farmacéuticos, técnicos de laboratorio, personal administrativo y otros profesionales que trabajan incansablemente para cuidar de nuestra comunidad. Ellos son los pilares de nuestro sistema de atención médica, brindándonos acceso a servicios de salud de calidad, atención especializada y asesoramiento para llevar estilos de vida más saludables. Sin duda, el personal de salud es un recurso invaluable que merece nuestro mayor reconocimiento y agradecimiento.

La antropometría, es el conjunto de mediciones tan sencillas y a la vez tan reveladoras, juega un papel fundamental en la evaluación nutricional de los niños y niñas menores de cinco años. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), las variables clave que conforman estos indicadores antropométricos son "el peso, la longitud o talla, la edad, el sexo y la fecha de visita". Recopilar sistemáticamente estos datos básicos nos permite comprender de cerca el crecimiento y el estado nutricional de nuestros niños. Esta vigilancia nutricional a través de la antropometría es un pilar esencial, pues nos ayuda a identificar problemas y tendencias que, de otro modo, pasarían desapercibidos. Con esta valiosa información, podemos diseñar e implementar estrategias de promoción de la salud y prevención de malnutrición mucho más efectivas. La antropometría, como parte integral de este proceso de vigilancia, nos brinda las herramientas necesarias para tomar decisiones informadas y mejorar el bienestar de la población objeto.

El crecimiento y desarrollo de nuestra población infantil es un asunto que nos debe conmover profundamente como sociedad. Tal como lo expresa la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), "el crecimiento y desarrollo de los niños y niñas menores de cinco años es un importante indicador del estado de salud y bienestar de una población". Es decir, el progreso físico y evolutivo de los infantes nos habla mucho sobre cómo estamos cuidando y protegiendo a nuestra gente más vulnerable. Por eso, el monitoreo constante del crecimiento es tan vital, pues nos permite detectar a tiempo cualquier problema relacionado con la nutrición o el desarrollo, y así poder intervenir de manera oportuna. Cada niño y niña merece crecer sana y felizmente, alcanzando todo su potencial. Debemos estar atentos a las señales que nos brindan sus cuerpos y sus progresos, pues esto nos guiará en la construcción de una sociedad más justa e inclusiva, donde todos tengan las mismas oportunidades de desarrollarse plenamente.

La determinación del estado nutricional generalmente se lleva a cabo mediante el uso de mediciones de las dimensiones corporales, es decir, la antropometría (OMS, 2006). Con las

medidas obtenidas, se construyen los índices de peso para edad (P/E), talla o longitud para edad (T/E) y peso para talla o longitud (P/T) (Definición, 2023). Sin embargo, existen otras mediciones que también pueden utilizarse, como determinaciones en sangre u otras muestras biológicas, funcionales o físicas (AEP, 2018).

La información recopilada a través de los medios antropométricos en un momento dado permite determinar la situación individual o poblacional, respondiendo a la pregunta: "¿Tiene el niño o niña un peso y longitud o talla adecuados para su edad o un peso adecuado para su talla?" (Unicef, 2019). Este abordaje integral es fundamental para evaluar el estado nutricional y detectar oportunamente cualquier desviación o problema.

Los conceptos anteriores muestran la relevancia de los criterios y evaluaciones de la vigilancia del crecimiento y estado nutricional de los menores de cinco años, sin embargo, hay que definir las variables en cuestión de este estudio, como son los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud en la aplicación de normas de vigilancia nutricional. En tal sentido podemos decir lo siguiente sobre el conocimiento.

El conocimiento que poseen los profesionales de la salud va mucho más allá de simples hechos y datos. Como señala la Real Academia Española (2023), el conocimiento se define como "la información y las habilidades adquiridas a través de la experiencia o la educación; la conciencia o familiaridad obtenida mediante la experiencia de un hecho o situación". Esta definición resuena profundamente en el contexto del personal de salud, quienes a lo largo de su formación y trayectoria profesional han ido construyendo un invaluable acervo de conocimientos. Médicos, enfermeros han adquirido no solo información técnica, sino también una comprensión profunda de los procesos de salud y enfermedad. El conocimiento es una herramienta poderosa que empodera a los profesionales de salud, pues les ayuda a tomar decisiones informadas, resolver problemas y desarrollar prácticas valiosas.

Las actitudes son como una brújula invisible que guía el comportamiento del personal de salud. Estas predisposiciones aprendidas determinan si responderán de manera favorable o desfavorable ante la aplicación de las normas de vigilancia nutricional (Fishbein & Ajzen, 2020).

Cuando el personal de salud posee actitudes positivas, como el compromiso genuino, la empatía y la sensibilidad cultural, se involucran de manera proactiva en la vigilancia y el seguimiento del estado nutricional de la población (Mercer et al., 2022). Estas actitudes favorables son esenciales para asegurar una detección oportuna de problemas y una intervención adecuada. Por el contrario, actitudes negativas como la falta de motivación, el escepticismo o la resistencia al cambio, pueden convertirse en obstáculos para la implementación efectiva de las normas de vigilancia nutricional (Bhuiyan et al., 2023). Es crucial que las instituciones de salud se enfoquen en promover y fortalecer las actitudes positivas del personal, brindando capacitaciones, incentivos y un ambiente laboral propicio (Organización Mundial de la Salud, 2024).

Las prácticas se definen como "las acciones, comportamientos y procedimientos que llevan a cabo las personas de manera habitual y recurrente" (Bourdieu, 2020, p. 72). En el ámbito de la vigilancia nutricional, las prácticas del personal de salud se refieren a las actividades y pasos concretos que realizan para monitorear, evaluar y dar seguimiento al estado nutricional de la población. Según la Organización Mundial de la Salud (2022), las prácticas óptimas de vigilancia nutricional incluyen la toma periódica de mediciones antropométricas, el análisis e interpretación de los indicadores nutricionales, el registro y documentación de los datos, y la implementación de acciones de intervención y seguimiento. Cuando el personal de salud lleva a cabo estas prácticas de manera consistente y estandarizada, se asegura una evaluación integral del estado nutricional y una detección temprana de problemas.

Por el contrario, prácticas deficientes, como la falta de capacitación del personal, la ausencia de protocolos establecidos o la irregularidad en la toma de mediciones, pueden comprometer la

efectividad de la vigilancia nutricional (Gálvez et al., 2021). Es fundamental que las instituciones de salud brinden los recursos, la formación y el apoyo necesarios para que el personal pueda desempeñar sus prácticas de manera adecuada y eficiente.

2.3 MARCO HISTORICO

Según los estándares de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1995 se inició un importante estudio multicéntrico que se extendió hasta el año 2004 (OMS, 2006). Finalmente, en abril de 2006 se lanzaron a nivel mundial los nuevos estándares de crecimiento infantil. El estudio multicéntrico de la OMS demostró que los niños y niñas de todo el mundo siguen patrones de crecimiento similares cuando se les proporciona las condiciones ideales para su desarrollo (OMS, 2006). Estos incluyen: Una nutrición adecuada, que abarca la lactancia materna y una alimentación complementaria apropiada. Un entorno saludable, con acceso a agua potable, saneamiento adecuado, vivienda digna y madres no fumadoras. Una atención de salud óptima, que incluye inmunizaciones, cuidados pediátricos de rutina y atención durante las enfermedades. Este hallazgo resalta la importancia de garantizar que todos los niños y niñas tengan acceso a estos elementos fundamentales para alcanzar su máximo potencial de crecimiento y desarrollo.

En febrero de 2007, Honduras se sumó a la lista de países que adoptarían los nuevos estándares de crecimiento infantil de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006). Para lograr una implementación efectiva, en 2009 el país realizó un análisis de las implicaciones de estos nuevos estándares (OPS, 2009). Este proceso contó con el apoyo de diversas organizaciones internacionales, como la OMS-Ginebra, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) y la Universidad de Emory. Esto permitió que para 2010-2011 se contara con el primer borrador de la norma para la vigilancia nutricional en Honduras (INCAP, 2011).

Sin embargo, este era aún un tema desconocido para muchos profesionales de la salud en el país. Fue hasta 2012 que se realizaron las primeras capacitaciones a facilitadores de las regiones sanitarias de Choluteca y Valle (PROSADE, 2012). La implementación de los nuevos estándares no fue sencilla, pues requería de financiamiento. Gracias al apoyo de la OPS, el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP), el Programa de Salud y Desarrollo (PROSADE) y el Programa Mundial de Alimentos (PMA), se pudo realizar una actualización a los facilitadores regionales sobre los cambios realizados en el segundo borrador de la norma (PMA, 2013).

En 2013, la implementación de los nuevos estándares de crecimiento infantil de la OMS se llevó a cabo en la región sanitaria del departamento de La Paz en Honduras (Secretaría de Salud, 2013). Para ello, se realizaron varios talleres de capacitación dirigidos a un perfil específico de profesionales de salud. Los principales criterios de selección de los participantes fueron que brindaran atención a niños y niñas menores de cinco años. De esta manera, se eligieron a médicos, enfermeros/as profesionales y auxiliares de enfermería para ser formados, capacitados y facultados en el manejo de la norma de vigilancia nutricional (Secretaría de Salud, 2013).

Estos talleres fueron impartidos por personal de la Secretaría de Salud y de la Región Sanitaria que ya habían sido certificados como facilitadores (Secretaría de Salud, 2013). Esto aseguró que los profesionales de salud recibieran la capacitación adecuada para implementar correctamente los nuevos estándares de crecimiento en la atención a la población infantil. La selección cuidadosa de los participantes y la formación de facilitadores regionales fueron pasos clave para lograr una implementación efectiva de los estándares de la OMS en la región de La Paz, contribuyendo a mejorar el seguimiento y la vigilancia del crecimiento y desarrollo de los niños y niñas menores de cinco años.

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

En este capítulo abordaremos la metodología de investigación la cual para Hernández Sampieri "La metodología de investigación es el conjunto de principios, técnicas y herramientas que se utilizan para planificar, llevar a cabo y evaluar la investigación científica. Comprende la selección y aplicación de métodos y procedimientos para recopilar, analizar e interpretar datos, así como la elaboración de conclusiones y recomendaciones basadas en evidencia sólida" (Hernández Sampieri, 2014), las decisiones sobre que enfoque, diseño, tipo y alcance de investigación, como también la selección de la muestra, los métodos de recopilación de datos, el análisis estadístico de los hallazgos son parte de la metodología de la investigación.

En la realización de este estudio, considerando lo que se desea investigar, en este caso, analizar las competencias de los profesionales de salud para el manejo de las normas de vigilancia nutricional aplicadas a los menores de cinco años en los municipios del sur, departamento de La Paz en el segundo trimestre del año 2023, se describe a continuación la metodología de investigación que ayudo a obtener los resultados en este estudio en analizar tres de las competencias del personal de salud (determinar el conocimiento, describir las actitudes e identificar las practicas), en la aplicación de la Norma para la vigilancia nutricional.

3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

En esta sección se describe el enfoque de investigación, donde, el planteamiento metodológico del paradigma positivista o tradicional fue utilizado para crear el presente trabajo, este paradigma dio las conclusiones y recomendaciones. Según Hernández, Fernández y Baptista (2014: 4), "la investigación cuantitativa considera que el conocimiento debe ser objetivo y se genera a través de un proceso deductivo en el que se prueban hipótesis previamente formuladas mediante la medicación numérica y el análisis estadístico inferencial" (Hernández Sampieri, 2014)

Este estudio se lleva a cabo utilizando un enfoque cuantitativo, se adapta a las características y necesidades de la investigación, con este enfoque, no se pretende resolver el problema, sino, orientar a que camino se debe seguir, con el enfoque cuantitativo se determina la variable del conocimiento, actitudes y prácticas, estas variables, son cambiantes en su valor y serán identificadas mediante instrumentos de medición a cada una de ellas, estas variables no se manipularon intencionalmente.

3.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño metodológico utilizado en esta investigación es no experimental, este diseño se realiza sin alterar las variables de manera deliberada, se basa principalmente en observar los fenómenos en su contexto natural y luego analizarlos. Para Hernández Sampieri, el diseño no experimental se divide tomando en cuenta el tiempo durante se recolectan los datos estos son: transversal donde se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único, su propósito es describir las variables y su incidencia de interacción en un momento dado (Sampieri, 2018).

Para fines de este estudio se considera un diseño no experimenta transversal, este diseño se utiliza para obtener una visión general de la condición de las variables en cuestión, la información fue recabada mediante instrumentos diseñados para describir y estadísticamente definir un valor total de cada variable sin presencia de manipulación y en un tiempo único determinado. Con este diseño se describe el conocimiento, las actitudes y prácticas del personal de salud que brinda atención directa al menor de cinco años. al momento de aplicar las normas de vigilancia nutricional.

3.3 TIPO O ALCANCE DE INVESTIGACIÓN

El tipo o alcance de esta investigación es descriptivo, el cual para Martínez, C. define a la investigación descriptiva en su obra El proceso de investigación (1992) como “el tipo de investigación que tiene como objetivo describir algunas características fundamentales de conjuntos

homogéneos de fenómenos, utiliza criterios sistemáticos que permiten establecer la estructura o el comportamiento de los fenómenos en estudio, proporcionando información sistemática y comparable con la de otras fuentes” (Martínez, (24 de Enero de 2018)). A diferencia de otros tipos de investigaciones, las investigaciones con alcance descriptivas realizan su estudio sin alterar o manipular ninguna de las variables del fenómeno, limitándose únicamente a medir y describir las variables.

Adicionalmente, es posible realizar pronósticos futuros, incluso si se consideran prematuros o fundamentales utilizando el alcance descriptivo, cuando se busca analizar los conocimientos, actitudes y prácticas de un grupo específico, en este caso los profesionales de salud, el alcance descriptivo ayudo a la intención de obtener una visión general y detallada de los conocimientos que posee dicho grupo. El objetivo principal es describir y comprender el nivel de conocimiento, describir las actitudes y prácticas existente sin intervenir ni manipular variables.

3.4 VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN

En esta sección del documento se presentan las variables y su operacionalización, este proceso ayudo a identificar y comprender la manera de tratar cada variable, las variables en la investigación son ideas o características que se estudian y que pueden variar entre personas. Para que las variables puedan ser observadas, recopiladas y analizadas en un estudio, es necesario definir y medirlas de manera concreta y objetiva utilizando instrumentos que estén acorde con lo analizado. Esto se conoce como operacionalización de las variables.

A continuación, se muestra la tabla N° 1 donde se visualiza la operacionalización de la variable y sub variables de la investigación en mención.

Tabla 1
Operacionalización de variables

| Variable | subvariable | Dimensiones | Indicadores | Ítems | Instrumento y/o técnica | Fuente de Información |
|---------------------|--------------|-------------|--|-----------------|-------------------------------|--------------------------|
| Competencias | Conocimiento | Educación | Insuficiente 0-34% Necesidad de mejora 35 a 69% Satisfactorio 70 a 80% Muy satisfactorio 81 a 90% Avanzado 91 a 100% | P.1 a la P.25 | Cuestionario Prueba Objetiva | Personal de Salud |
| | Actitudes | Educación | Nunca Casi nunca Ocasionalmente Casi siempre Siempre | A. 1 a la A. 20 | Cuestionario en Escala | Personal de Salud |
| | Practicas | Educación | Cumple No Cumple | L. 1 a la L. 15 | Cuestionario Lista de chequeo | Establecimiento de salud |

Nota: *Fuente propia.*

En la Tabla N°1: se presentan la variable y subvariables de esta investigación. La variable "competencia" se dividió en tres subvariables para facilitar su comprensión y análisis: conocimiento, actitudes y prácticas. La dimensión de las subvariables es educativa, en este contexto, la dimensión educativa puede implicar la identificación de aspectos específicos de la educación que se consideran relevantes para el estudio, así como la selección de indicadores y medidas que permitan evaluar y cuantificar estos aspectos, la operacionalización proporciona los indicadores de cada una de ellas, instrumentos de medición que se utilizaron y fuentes de información utilizados para describir cada variable a través de los resultados obtenidos.

Para la sub variable de conocimiento, la dimensión es educación y los indicadores proporcionados son; insuficiente con un promedio de 0 a 34%, necesidad de mejorar de 35 a 69%, satisfactorio de 70 a 80%, muy satisfactorio de 81 a 90% y avanzado de 91 a 100%, el instrumento de medición fue un cuestionario tipo prueba objetiva dividida en tres tipos (selección única, términos pareados y tipo verdadero o falso), en la estructura de la prueba objetiva contenía 25 ítems codificados desde la P-1 a la P-25 con un valor de 5 puntos cada pregunta, la fuente de información fue brindada por los profesionales de salud (médicos generales, licenciados en enfermería y auxiliares de enfermería).

Para la operativización de la sub variable actitud se determinó que su dimensión sería educación y se tomó en cuenta los indicadores de frecuencia siguiente: nunca valorado en (1), casi nunca (2), ocasionalmente (3), casi siempre (4) y siempre (5), se midió utilizando el instrumento de medición tipo cuestionario en escala de Likert codificado desde la A-1 a la A-20, aplicado a los profesionales de salud.

Por último, se muestra la operacionalización de la sub variable práctica, la dimensión es educación y sus indicadores es en base a si los profesionales de salud cumple o no cumple con las practicas enunciadas en las normas de vigilancias nutricional, se midió utilizando el instrumento cuestionario de lista de chequeo el cual se realizó mediante visitas por el investigador a los establecimientos de salud, este instrumento de medición presento 15 ítems dicotómicos, codificados de la L-1 a L-15, utilizando la técnica de observación directa, revisión de instrumentos o formularios y registros de información de la atención brindada a los menores de 5 años (expediente clínico).

3.5 INSTRUMENTOS DE MEDICION.

Los siguientes instrumentos de medición fueron aplicados a través del enfoque cuantitativo, están estructurados para la recolección de datos y mediante el análisis estadístico nos permitió medir las variables, cada instrumento de medición presento pertinencia, esto significa que son apropiado y congruente con lo que se desea investigar, además tienen una estructura que siguió un orden lógico de lo que se solicita y una adecuada redacción, al finalizar la aplicación de dichos instrumentos recolectamos los datos y mediante procesos estadísticos analizamos las variables el cual nos dio un valor total.

Para describir el conocimiento, se utilizó la prueba objetiva como instrumento de medición, lo que permitió evaluar y clasificar la subvariable de conocimiento de los profesionales de salud en el manejo de las normas de vigilancia nutricional aplicadas a los menores de cinco años. Por otro lado, las actitudes fueron evaluadas a través de un cuestionario tipo escala de Likert, el cual facilitó la calificación general y la descripción de las actitudes que los profesionales de salud tienen en relación con las normas de vigilancia nutricional. En cuanto a la medición de las prácticas, se llevó a cabo mediante un cuestionario tipo lista de chequeo, en el cual el investigador realizó observaciones directas, revisiones de instrumentos y expediente clínico para determinar si cumplían las actividades solicitadas en el instrumento de medición. Cada uno de los instrumentos utilizados incluyó instrucciones detalladas para su correcto llenado, además de contar con la revisión de expertos y ser adaptados según las observaciones realizadas por los evaluadores.

Los expertos seleccionados para la validación de los instrumentos requerían un perfil profesional específico: el evaluador 1, médico con maestría en epidemiología que actualmente trabaja como técnico en la unidad de análisis de datos de vigilancia de la salud; evaluador 2, licenciada en enfermería que actualmente se desempeña como jefa de la unidad de monitoreo y

evaluación en la región sanitaria de La Paz y el evaluador 3, médico general con el cargo de coordinador de la Micro red descentralizada del municipio de Santiago Puringla. Cada evaluador posee amplia experiencia en el tema de vigilancia nutricional, han sido capacitados en las normas y son facilitadores de la misma a nivel regional en el departamento de La Paz.

Para obtener una validación óptima, se enviaron por correo electrónico a cada evaluador los documentos que incluían el título de la investigación, los objetivos, la matriz de operacionalización de variables, los instrumentos de medición y los formatos de evaluación. Estos últimos incluían observaciones para cada ítem y sugerencias para mejorar la redacción, además de evaluar la pertinencia, estructura y redacción con una escala del 1 al 10. Se proporcionaron a cada evaluador las recomendaciones necesarias para llevar a cabo este proceso. Una vez concluida la revisión, cada evaluador reenvió el documento por correo electrónico, incluyendo las observaciones pertinentes para cada ítem en los instrumentos de medición que requerían corrección, ya sea por falta de pertinencia, cambios en la estructura o modificaciones en la redacción. A continuación, se detalla aspectos relevantes de la validación de los instrumentos de medición.

Instrumento de medición: Prueba objetiva

El instrumento de medición de prueba objetiva se utiliza para evaluar conocimientos en un contexto educativo. Su estructura se basa en preguntas con respuestas cerradas y está dividida en tres tipos. El primer tipo es de selección única, este contiene en su estructura 5 ítems, codificados desde P-1 hasta P-5, donde se presentan diversas opciones y se solicita a los participantes seleccionar la afirmación que consideran correcta como respuesta a la pregunta. El segundo tipo que presenta el instrumento de medición, prueba objetiva es de términos pareados, se le presentan varias afirmaciones, codificadas desde la P-6 a P-10, donde debe colocar en el espacio de línea

continúa el número que haga la afirmación correcta y por último, la siguiente sección es tipo binaria (V/F), donde se le presentan varias afirmaciones, codificadas desde la P- 11 a la P-20, en este tipo, debe colocar una V si la afirmación es verdadera o F si es falso según sus conocimientos, este cuestionario de prueba objetiva está valorado en 100%, 5 puntos cada pregunta. (ver anexo).

La evaluación realizada por los expertos al instrumento de medición, el cuestionario de prueba objetiva, reveló que, en el apartado de presentación de instrucciones en los instrumentos, la pertinencia fue evaluada con un 100%, la estructura con un 100% y la redacción con un 90%. En cuanto al apartado de datos generales de los instrumentos, la pertinencia, estructura y redacción obtuvieron un 100% de evaluación. Es importante destacar que uno de los expertos no evaluó la presentación ni los datos generales, es así que, el porcentaje se basa en la evaluación de dos expertos.

A parte de evaluar los datos generales y la presentación de cada instrumento, también se evaluaron cada ítem, proporcionando un código, las observaciones permitieron realizar ajustes, a continuación, se presentan la matriz de ajustes de ítems.

En la tabla número 2 se muestra las evaluaciones al instrumento de medición por los expertos en el tema:

Tabla 2
Matriz de ajuste de Ítems

| Código | Ítem Original | Observaciones de Evaluador 1 | Observaciones de Evaluador 2 | Observaciones de Evaluador 3 | Ítem Final |
|---------------|---------------------------------|--|--|--|---------------------------------|
| P.1 | ¿qué es vigilancia nutricional? | Las oraciones se deben iniciar con mayúsculas. | Colocar la primera letra de cada texto en mayúscula. | No observación, las preguntas son pertinentes, con buena estructura y redacción. | ¿Qué es vigilancia nutricional? |

| | | | | | |
|------|---|---|--|--|---|
| P.2 | ¿qué es estado nutricional? | Las oraciones se deben iniciar con mayúsculas. | Colocar la primera letra de cada texto en mayúscula. | En las respuestas esperadas se incluye un ítems que, relacionado con la determinación del estado nutricional, el cual puede confundir con el concepto. | ¿Qué es estado nutricional? |
| P.3 | ¿qué es evaluación del crecimiento? | Las oraciones se deben iniciar con mayúsculas. | Colocar la primera letra de cada texto en mayúscula. | En la redacción del inciso A " es la observación e interpretación de la tendencia", está incompleto el entendimiento de acuerdo a la norma vigente. | ¿Qué es evaluación del crecimiento? |
| P.4 | ¿Es interpretación del crecimiento? | Falta el auxiliar "qué" en la pregunta. | No observación, las preguntas son pertinentes, con buena estructura y redacción. | No observación, las preguntas son pertinentes, con buena estructura y redacción. | ¿Es una interpretación del crecimiento? |
| P.5 | ¿Es Daño Nutricional Grave Aguda? | Falta el auxiliar "qué" en la pregunta. Hay más respuestas en la columna de la izquierda que en la derecha, puede ocasionar confusión al momento de aplicar la Prueba. | | | ¿Qué es Daño Nutricional Grave Aguda? |
| P.6 | Peso para la longitud o talla (P/L-T): | | | | Peso para la longitud o talla (P/L-T): |
| P.11 | Talla | | Debe mejorar la redacción, debe decir; Es uno de los datos más importantes. | | Talla |
| P.15 | ¿Crecimiento inadecuado persistente es en tres controles sucesivos que el niño se encuentra con crecimiento inadecuado? | | | Para evitar plagio, sugiero que se cambie la segunda frase crecimiento adecuado por tendencia inadecuada. | ¿Crecimiento inadecuado persistente es cuando en tres controles sucesivos encuentra tendencia inadecuada en la gráfica de peso para longitud o talla (P/L-T) y/o en la gráfica de longitud o talla para edad (L-T/E)? |

Nota: *Fuente propia.*

En el instrumento de medición Prueba Objetiva se realizaron ajustes en 8 ítems, corrigiendo aspectos importantes como la redacción. Los evaluadores identificaron la falta de uso de mayúsculas y signos de puntuación, así como problemas en la estructura de las preguntas. Se

propuso un orden lógico para formular las preguntas, lo que permitió ajustarlas y lograr una redacción más clara y pertinente.

Instrumento de medición: Cuestionario de Escala de Likert.

El cuestionario de escala de Likert se utilizó para evaluar las actitudes de los profesionales de la salud hacia el manejo de las normas de vigilancia nutricional aplicadas a los menores de cinco años, en el contexto de la dimensión educativa. Este cuestionario consta de 20 ítems, donde las afirmaciones no se presentan en forma de preguntas. Cada afirmación está acompañada de las posibles respuestas y su correspondiente valor numérico, que son: Nunca (1), Casi Nunca (2), Ocasionalmente (3), Casi Siempre (4) y Siempre (5). La escala de Likert permite cuantificar y medir estas actitudes de manera más objetiva.

Los expertos llevaron a cabo una exhaustiva evaluación del cuestionario, prestando especial atención a dos secciones clave: la presentación de instrucciones y los datos generales de los instrumentos. En la sección de presentación de instrucciones, los expertos otorgaron una calificación del 100% en los criterios de pertinencia, estructura y redacción. Esto indica que las instrucciones proporcionadas a los encuestados eran altamente relevantes, estaban estructuradas de manera clara y concisa, y su redacción era excelente.

De manera similar, en la sección de datos generales de los instrumentos, los expertos también evaluaron los criterios de pertinencia, estructura y redacción, asignando en todos los casos una calificación del 100%. Esto demuestra que la información general proporcionada en el cuestionario, como las secciones de identificación y datos demográficos, cumplía con los más altos estándares de calidad. Además de estas evaluaciones generales, los expertos también analizaron cada uno de los ítems que componen el cuestionario. Para ello, asignaron un código de referencia

a cada ítem y realizaron observaciones detalladas. Estas observaciones permitieron al investigador llevar a cabo ajustes y mejoras en el instrumento, con el objetivo de garantizar su validez y precisión.

A continuación, se presenta una matriz que resume los ajustes realizados a los ítems del cuestionario, basados en las observaciones y recomendaciones de los expertos.

Tabla 3
Matriz de ajuste de Ítems Escala de Likert

| Código | Ítem Original | Observaciones de Evaluador 2 | Ítem Final |
|--------|--|---|--|
| A.2 | Cuando evalúas mal al niño y me doy cuenta trato de hacerlo mejor la próxima vez. | Debería de ser cuando evaluó mal al niño, no cuando evalúas. | Cuando evaluó mal al niño y me doy cuenta trato de hacerlo mejor la próxima vez. |
| A.3 | Me gusta evaluar a las niñas y niños menores de cinco años. | Este debería ser el Ítems número 2. | Me gusta evaluar a las niñas y niños menores de cinco años. |
| A.12 | Cuando termino de evaluar a un menor de cinco años me siento seguro (a) de mi trabajo. | Esta debería ir en el Ítems 4 o 5. | Cuando termino de evaluar a un menor de cinco años me siento seguro (a) de mi trabajo. |
| A.20 | Cuando me llaman la atención por algo no he hecho o necesito mejorar lo tomo como un reto de mejora. | Le Falta la Palabra que, cuando me llaman la atención por algo que no he hecho... | Cuando me llaman la atención por algo no he hecho o necesito mejorar lo tomo como un reto de mejora. |

Nota: *Fuente propia.*

En el instrumento de medición, el cuestionario con escala de Likert, se realizaron ajustes a 4 ítems específicos: A.2, A.3, A.12 y A.20. Estos ajustes se basaron en observaciones detalladas por parte de los expertos evaluadores. El evaluador 2 identificó la necesidad de corregir elementos clave, como la falta de preposiciones "que" en la redacción de algunos ítems. Además, se observaron oportunidades de mejorar la estructura lógica de las afirmaciones formuladas. Tras estos ajustes, se logró perfeccionar la redacción, dejando las afirmaciones más claras y pertinentes.

Es importante destacar que los evaluadores 1 y 3 no realizaron observaciones a este instrumento, ya que ellos coincidieron en que la pertinencia, estructura y redacción del cuestionario alcanzaban un nivel del 100%. En resumen, el proceso de evaluación por expertos permitió

identificar áreas de mejora puntuales en ciertos ítems del cuestionario, las cuales fueron abordadas satisfactoriamente, fortaleciendo aún más la calidad del instrumento de medición.

Instrumento de medición: Cuestionario de Lista de chequeo.

El cuestionario de lista de chequeo fue diseñado para medir las prácticas de los profesionales de la salud en el manejo de las normas de vigilancia nutricional aplicadas a los menores de cinco años. Este instrumento pertenece a la dimensión educativa y consta de 15 ítems en forma de preguntas, con respuestas dicotómicas de "sí" o "no". La aplicación de este cuestionario se llevó a cabo mediante la observación y revisión directa en cada establecimiento de salud por el investigador.

La evaluación realizada por los expertos al cuestionario de lista de chequeo se enfocó en dos secciones clave: la presentación de instrucciones y los datos generales del instrumento. En la sección de presentación de instrucciones, los expertos calificaron la pertinencia y la estructura con un 100%, mientras que la redacción obtuvo un 90%. La observación más notoria fue la corrección de signos de puntuación. En cuanto a la sección de datos generales del instrumento, los expertos evaluaron la pertinencia, estructura y redacción, otorgando un 100% en todos los casos. Además de estas evaluaciones generales, los expertos también analizaron cada uno de los ítems del cuestionario, asignando un código de referencia a cada uno y realizando observaciones detalladas. Estas observaciones permitieron a los investigadores realizar ajustes y mejoras en el instrumento, con el objetivo de garantizar su validez y precisión.

A continuación, se presenta una matriz que resume los ajustes realizados a los ítems del cuestionario, basados en las observaciones y recomendaciones de los expertos.

Tabla 4*Matriz de ajustes de Ítems Lista de Chequeo*

| Código | Ítem Original | Observaciones de Evaluador 1 | Observaciones de Evaluador 2 | Ítem Final |
|---------------|--|---|--|--|
| L.2 | ¿Al momento de realizar las medidas antropométricas siguen los pasos establecidos en la norma? | En esta pregunta el signo de interrogación debería ir cuando se hace la pregunta, no desde el inicio al introducir la pregunta. | | Al momento de realizar las medidas antropométricas ¿siguen los pasos establecidos en la norma? |
| L.4 | ¿Al registrar la información se realiza en la historia clínica del menor de cinco años por sexo? | En esta pregunta el signo de interrogación debería ir cuando se hace la pregunta, no desde el inicio al introducir la pregunta. | | Al registrar la información ¿se realiza en la historia clínica del menor de cinco años por sexo? |
| L.6 | ¿Se registra la información del estado nutricional y crecimiento en el expediente del menor de cinco años? | | Considero que el registro no solo debe ser en expediente, también se debe incluir el ATA, ya que es una de las fuentes primarias de información, recordemos que primero se llena el expediente luego el ATA y por último el NEC. | ¿Se registra la información del estado nutricional y crecimiento en el ATA y expediente del menor de cinco años? |
| L.13 | ¿Al finalizar la atención se registra en los formularios (NEC) diarios los datos? | En esta pregunta el signo de interrogación debería ir cuando se hace la pregunta, no desde el inicio al introducir la pregunta. | | ¿Al finalizar la atención se registra en los formularios (NEC) diarios los datos? |

Nota: *Fuente propia.*

En el instrumento de medición, el cuestionario de lista de chequeo, se realizaron ajustes a 4 ítems específicos: L.2, L.4, L.6 y L.13. Estas modificaciones se basaron en las observaciones y recomendaciones de los expertos evaluadores. El evaluador 1 identificó que los signos de

interrogación deberían ubicarse al inicio de la pregunta, y no desde el comienzo del ítem. Esta corrección de redacción permitió mejorar la claridad y fluidez de las preguntas. Por otro lado, el evaluador 2 propuso una mejora en el ítem L.6. Sugirió que, además de registrar la información en el expediente del paciente, se agregara también el registro en el informe de atenciones ambulatorias (ATA). El evaluador consideró que estos tres informes (expediente, ATA y diaria y mensual de vigilancia nutricional) son los lugares donde se debe documentar la información del menor de cinco años. Es importante mencionar que el evaluador 3 no realizó observaciones específicas a este instrumento.

En resumen, el proceso de evaluación por expertos permitió identificar áreas de mejora puntuales en cuatro ítems del cuestionario de lista de chequeo. Estas observaciones y recomendaciones fueron atendidas satisfactoriamente, fortaleciendo aún más la calidad y pertinencia del instrumento de medición.

3.6 POBLACIÓN Y MUESTRA

En esta sección se detalla la población y muestra del estudio realizados a los profesionales de la salud en los municipios de Aguanqueterique, San Juan, San Antonio del norte, Mercedes de Oriente, Lauterique y Guajiquiro del departamento de la Paz, es importante mencionar que estos seis municipios forman la mancomunidad de los municipios del sur del departamento de La Paz, sus siglas son (MAMSURPAZ), dentro del sistema de salud forman una micro red y son quince establecimientos que trabajan bajo la modalidad de gestión descentralizadas, esto quiere decir que se firma un convenio de gestión entre la secretaria de salud y el gestor (representante legal de la mancomunidad), quien tiene la obligación de darle cumplimiento a la provisión de servicios como también a la contratación de recursos humano que se firma en ficha de negociación. A

continuación, se describe la ficha de contratación de recurso por la secretaria de salud (SESAL) y el gestor.

Tabla 5

Personal de salud que labora en micro red de MAMSURPAZ

| Personal de salud | SESAL | CONTRATO | TOTAL |
|----------------------------------|--------------|-----------------|--------------|
| Licenciados en enfermería | 3 | 2 | 5 |
| Médicos generales | 0 | 10 | 10 |
| Auxiliares de enfermería | 11 | 17 | 28 |
| Promotor | 0 | 18 | 18 |
| Odontólogo | 1 | 3 | 4 |
| Técnico en laboratorio | 0 | 4 | 4 |
| Administrador | 0 | 1 | 1 |
| Digitador | 0 | 2 | 2 |
| Total | 15 | 57 | 72 |

Nota: Fuente de la información: ficha de convenio de gestión, enero – junio 2024.

En la tabla anterior se muestra que en un 79% del personal que trabaja en estos municipios, son con modalidad de contrato y solo el 21% son personal que labora con acuerdo de la SESAL (Secretaría de Salud). Esta distribución es importante de considerar, ya que podría implicar diferencias en las características, capacitación y experiencia del personal. Para determinar el tamaño de la muestra, se establece un único criterio de selección: los profesionales de la salud deben brindar atención directa o supervisar la atención directa que se le realiza al menor de cinco años. Esta decisión es apropiada, ya que se enfoca en el personal clave para la vigilancia nutricional del grupo poblacional de interés. La fuente de información para analizar las competencias en la aplicación de las normas de vigilancia nutricional fueron el personal médico general, los licenciados en enfermería y los auxiliares de enfermería que laboran actualmente en los 6 municipios del departamento de La Paz.

En este sentido, la muestra total inicial fue de 43 profesionales de la salud, siendo el 12% (5/43) licenciados en enfermería, el 23% (10/43) médicos generales y el 65% (28/43) auxiliares de enfermería. Esta distribución de la muestra inicial parece adecuada y proporcional a la composición

del personal de salud en los municipios estudiados, lo cual es positivo. Sin embargo, de este total inicial de 43 profesionales, se excluyeron 1 licenciado en enfermería, 1 médico general y 13 auxiliares de enfermería. Los motivos de exclusión fueron no encontrarse en el momento del levantamiento de la información (por estar realizando otras actividades de campo), encontrarse de vacaciones, con permisos o incapacidades. Estos criterios de exclusión son apropiados, ya que buscan asegurar la disponibilidad y disposición del personal para participar en el estudio.

Por lo tanto, la muestra final quedó conformada por 30 profesionales de la salud, lo que representa el 70% (30/43) con respecto a la muestra inicial. Si bien, esta disminución de 30% (13/43) en el tamaño muestral es considerable, el estudio, parece mantener una distribución proporcional entre los diferentes perfiles (4 licenciados en enfermería, 9 médicos generales y 17 auxiliares de enfermería).

Es importante resaltar que, si bien la muestra final de 30 profesionales es adecuada para los objetivos del estudio, se analiza si este tamaño muestral sigue siendo representativo de la población total de personal de salud en los 6 municipios, encontrando que supera la mitad más uno, siendo este un criterio de representatividad dentro de la estrategia de equipos de salud familiar. En resumen, la muestra final del estudio, aunque reducida en tamaño, mantiene una composición proporcional a la distribución del personal de salud en los municipios analizados.

3.7 PLAN DE RECOLECCIÓN Y RESULTADOS

Para poder realizar las actividades pertinentes para la recolección de la información, se propuso la siguiente planificación, siendo necesario, el cumplimiento de cada actividad.

Tabla 6
Plan de recolección de datos.

| Nº | Actividad | Tiempo | Noviembre | Diciembre | Enero | Febrero | Marzo | Recurso Necesario |
|----|--|---------|-----------|-----------|-------|---------|-------|--|
| 1 | Presentación de Metodología de investigación al jefe regional. | 1 hora | | | | | | Computadora, Data Show, Presentación Digital y en físico. |
| 2 | Aprobación Regional (Oficio firmado). | 1 hora | | | | | | Oficio firmado por el jefe regional |
| 3 | Coordinación con equipo local para la realización de validación de instrumentos, equipo MAMLESIP. | 1 hora | | | | | | Llamadas telefónicas. |
| 4 | Aprobación de nivel local para la aplicación de instrumentos de medición en nivel local. (oficio aprobación). | 4 hora | | | | | | Oficio firmado por el coordinador de la MAMLESIP. |
| 5 | Reproducción de Instrumentos de medición. | 3 hora | | | | | | Impresora, tinta, papel, instrumentos en digital, grapadora, folder. |
| 6 | Aplicación de Instrumentos de medición a Nivel Local para la validación. | 6 hora | | | | | | Visita a nivel local, vehículo, combustible, instrumentos en físico, lápiz. |
| 7 | Socialización del Proceso de validación de campo de instrumentos de medición a nivel regional y local. | 5 hora | | | | | | Computadora, Data Show, Presentación Digital y en físico. |
| 8 | Validación de los instrumentos de medición estadística. | 8 hora | | | | | | Computadora, asesoría técnica, instrumentos llenos, programa de multimedia para la validación estadística. |
| 9 | Coordinación con equipo local para la realización de instrumentos de medición al personal de salud de los municipios del sur. (muestra). | 4 hora | | | | | | Llamadas telefónicas, oficio firmado por el jefe regional. |
| 10 | Reproducción de Instrumentos de medición. | 3 hora | | | | | | Impresora, tinta, papel, instrumentos en digital, grapadora, folder. |
| 11 | Aplicación de Instrumentos de medición a Nivel Local personal de salud de los municipios del sur. | 8 hora | | | | | | Visita a nivel local, vehículo, combustible, instrumentos en físico, lápiz. |
| 12 | Tabulación de datos | 2 meses | | | | | | |
| 13 | Análisis y Resultados de los datos | 2 meses | | | | | | |

Nota: Fuente propia.

CAPITULO 4: ANALISIS DE RESULTADOS

4.1 PLAN DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS/RESULTADOS

En este capítulo se presentarán los resultados de la investigación sobre el conocimiento, actitudes y prácticas del personal de salud en relación a la aplicación de las normas de vigilancia nutricional de los menores de cinco años, realizada en seis municipios, departamento de La Paz. Se analizarán los datos recopilados a través de instrumentos de recolección de datos como ser, prueba objetiva, escala de Likert y lista de chequeo, con el objetivo de describir las competencias de los médicos generales, licenciados en enfermería y auxiliares de enfermería. Los resultados obtenidos proporcionarán una visión detallada sobre el nivel de conocimiento, las actitudes y las prácticas de los profesionales de la salud antes mencionados, permitiendo así identificar posibles brechas en su formación y proponer estrategias para mejorar la calidad de la atención brindada a los niños y niñas menores de cinco años.

4.2 ANÁLISIS DE DATOS GENERALES.

Tabla 7

Frecuencia de Profesionales de Salud por municipios.

| Municipio | Profesión | | | Total |
|----------------------|-----------|---------|-----|-------|
| | Medico | Lic. En | A/E | |
| Aguanqueterique | 2 | 1 | 5 | 8 |
| Guajiquiro | 3 | 1 | 8 | 12 |
| San Juan | 1 | 1 | 2 | 4 |
| Lauterique | 1 | 1 | 0 | 2 |
| Sa Antonio del Norte | 1 | 1 | 0 | 2 |
| Mercedes de Oriente | 1 | 0 | 1 | 2 |
| Total | 9 | 5 | 16 | 30 |

Nota: Fuente Propia.

En la tabla anterior se muestran los municipios del departamento de La Paz que fueron considerados para este estudio, además los profesionales de salud incluidos en la muestra poblacional y su respectiva frecuencia, obteniendo los resultados siguientes, en el municipio de Guajiquiro, el 27% de la muestra son auxiliares en enfermería, el 10% son médicos generales y 3 % licenciados en enfermería, es importante mencionar que el municipio de Guajiquiro representa el 40% de los profesionales de salud considerados en esta investigación, seguido del municipio de Aguanqueterique con un 27%, San Juan es el 13%, los municipios de Mercedes de Oriente, Lauterique y San Antonio del Norte representan el 7% respectivamente.

Es de interés mencionar que en el municipio de Guajiquiro es donde se ubican el 47% de establecimientos de salud, por esta razón se encuentra el mayor porcentaje de profesionales de la salud laborando en el área geográfica de influencia como se muestra en la tabla siguiente:

Tabla 8
Establecimientos de salud por municipios.

| Municipios | Establecimientos de Salud | % |
|-----------------------|----------------------------------|------------|
| Aguanqueterique | 3 | 20 |
| Guajiquiro | 7 | 47 |
| San Juan | 2 | 13 |
| Lauterique | 1 | 7 |
| San Antonio del Norte | 1 | 7 |
| Mercedes de Oriente | 1 | 7 |
| Total | 15 | 100 |

Nota: *Fuente propia.*

El municipio de Aguanqueterique representa el 20% de los establecimiento de salud, San Juan es el 13% y los municipios de San Antonio del Norte, Lauterique y Mercedes de Oriente, los que por su densidad poblacional solo ameritan el funcionamiento de un establecimiento de salud en cada municipio representan el 7%, en total, en los seis municipios mencionados, funcionan 15 establecimientos de salud con su diferenciación de tipo, siendo 4 CIS (centros integrales de salud),

estos poseen una cartera de servicio más amplia, prestan servicios de odontología, laboratorio y en algunos SMI (servicios maternos infantiles) los que atienden partos sin riesgos y 11 UAPS (unidades de atención primarias de salud) los que a diferencia con los CIS, estos no cuentan con servicios de odontología, laboratorio y SMI.

Tabla 9
Profesionales de salud según sexo.

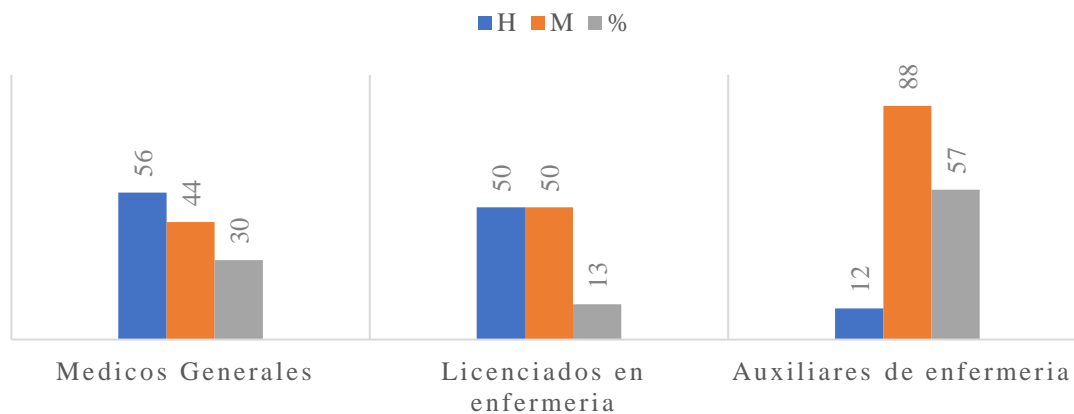
| Profesionales de salud | Sexo | F | % |
|-------------------------------|-----------------------------|-----------|------------|
| Médicos Generales | Hombre | 5 | 56 |
| | Mujer | 4 | 19 |
| Licenciados en Enfermería | Hombre | 2 | 22 |
| | Mujer | 2 | 10 |
| Auxiliares en Enfermería | Hombre | 2 | 22 |
| | Mujer | 15 | 71 |
| Total, por sexo | Hombre | 9 | 30 |
| | Mujer | 21 | 70 |
| | Total, de la Muestra | 30 | 100 |

Nota: *Fuente Propia*

En la tabla anterior se observa que, entre los participantes del estudio de investigación, el 30 % son del sexo hombre, mientras que en mayor porcentaje se encuentra el sexo mujer quienes representan el 70%, existe una mayor proporción de mujeres dedicadas a la profesión de salud. Es importante destacar que la participación de las mujeres en el campo de la salud es el resultado de una combinación de factores socioculturales, económicos y educativos. Según un estudio afirma que "Dentro de las profesiones de la salud, la presencia de mujeres propone una perspectiva humanizadora que implica llevar a cabo las tareas de manera coherente con la justicia, la solidaridad, la responsabilidad y el respeto a la dignidad humana." Rueda C, Laura (2006).

Figura 1

Distribución de los profesionales de salud según sexo

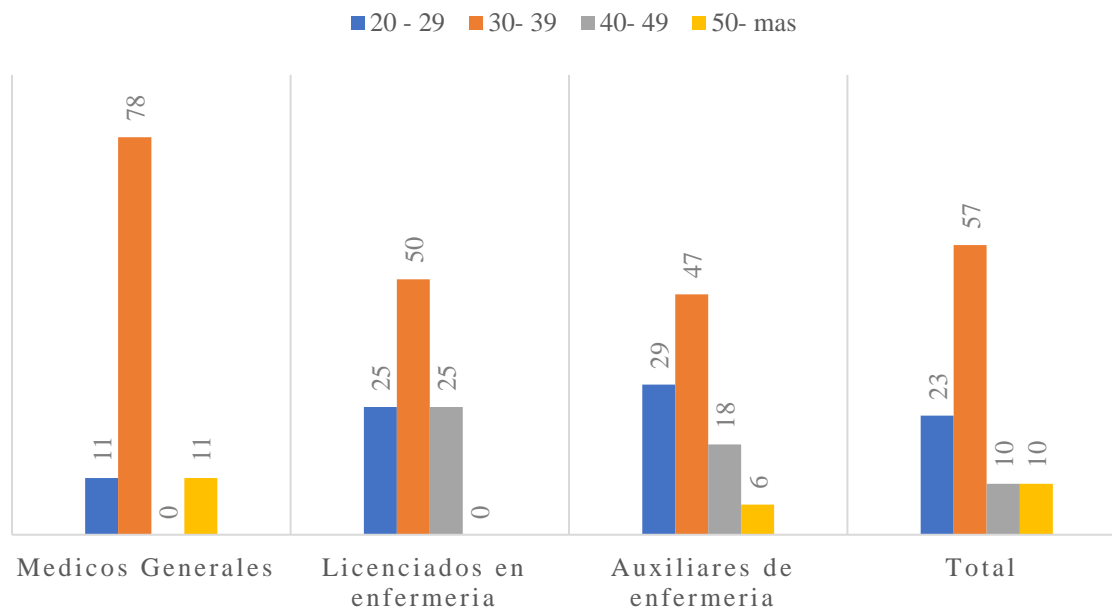


Nota: Fuente propia.

En el gráfico anterior se muestra la distribución de los profesionales de la salud según el sexo. De la profesión de médicos generales, que representan el 30% del total de la muestra, el 56% son hombres y el 44% son mujeres, lo que evidencia que el sexo masculino supera al femenino en un 12%. En cuanto a la profesión de licenciados en enfermería, que representan el 13% del total de la muestra, se observa que el 50% son hombres y el 50% son mujeres. Este hallazgo es relevante, ya que durante mucho tiempo se ha considerado que la profesión de licenciatura en enfermería está mayoritariamente asociada al sexo femenino.

Cabe mencionar que estos resultados pueden atribuirse a criterios de exclusión, dado que algunas licenciadas en enfermería estaban ausentes por permisos o vacaciones en el momento de la recolección de datos, lo que impidió obtener el total de esta profesión. Es importante destacar que, de las profesiones más relevantes en esta micro red de salud, la profesión de auxiliar de enfermería representa el 57%, con un 12% de hombres y un 88% de mujeres. En general, el 70% de los profesionales son mujeres y el 30% son hombres.

Figura 2
Profesión de salud según rango de edad.



Nota: *Fuente propia.*

En el grafico anterior, se muestra que, en el estudio realizado sobre las competencias del personal de salud en la aplicación de las normas de vigilancia nutricional, la distribución de edades en una muestra de 30 participantes, profesionales de la salud, indica que la mayoría se encuentra en el rango de edad de 30 a 39 años, representando el 57% del total de la muestra. Este grupo de edad es seguido de cerca por el rango de 20 a 29 años, que comprende el 23% de los profesionales.

Resulta interesante destacar que, la mayoría se concentra en los rangos mencionados, también se identifican profesionales en rangos más extremos. Por ejemplo, un 10% de los participantes tienen entre 40 y 49 años, y un 10% se encuentran en el rango de edad mayor de 50 años, lo que muestra una presencia significativa de profesionales con mayor edad laborando en el campo de la salud.

Dentro de cada profesión, es importante observar la distribución según el rango de edad. Los médicos generales representan un 11% en los grupos de 20 a 29 años y de 50 años en adelante,

respectivamente, siendo superados por el grupo de 30 a 39 años, el cual cuenta con un 78%. Es evidente que la fuerza laboral se encuentra en este rango. En el caso de la profesión de licenciatura en enfermería, el rango más prominente sigue siendo el de 30 a 39 años, con un 50%, seguido por el 25% que se encuentra en los rangos de 20 a 29 años y de 40 a 49 años, respectivamente. Los auxiliares en enfermería se encuentran en un 47% en el rango de edad de 30 a 39, seguido por un 29% en el rango de edad de 20 a 29, siendo esta profesión el que representa la mayoría de la muestra. También es donde se encuentran profesionales dentro de los rangos de edad de 40 a 49 y más, con un 24%. Dentro de esta micro red, la edad no es significativa para la experiencia laboral, ya que hay profesionales que laboran por modalidad de contratos.

Tabla 10
Profesionales de la salud según tiempo de trabajar

| Profesionales de la Salud | Rango de tiempo de trabajar | Frecuencia | % |
|----------------------------------|------------------------------------|-------------------|------------|
| Médicos Generales | menos de 1 año | 3 | 38 |
| | 1 a 5 años | 4 | 33 |
| | 6 a 9 años | 2 | 50 |
| | 10 a mas | 0 | 0 |
| Licenciados en enfermería | menos de 1 año | 1 | 13 |
| | 1 a 5 años | 1 | 8 |
| | 6 a 9 años | 0 | 0 |
| | 10 a mas | 2 | 33 |
| Auxiliares de enfermería | menos de 1 año | 4 | 50 |
| | 1 a 5 años | 7 | 58 |
| | 6 a 9 años | 2 | 50 |
| | 10 a mas | 4 | 67 |
| Total | menos de 1 año | 8 | 27 |
| | 1 a 5 años | 12 | 40 |
| | 6 a 9 años | 4 | 13 |
| | | 6 | 20 |
| total, de la muestra | | 30 | 100 |

Nota: *Fuente propia.*

Dentro de la micro red MAMSURPAZ, departamento de La Paz, el 27 % son personal de salud contratados con una antigüedad laborar menor de 1 año, el 40% son personal entre 1 a 5 años

de antigüedad laboral, 13% se encuentran entre el rango de 6 a 9 años de laborar y el 20% en más de 10 años. El tiempo de laborar en una institución de salud es importante porque contribuye al desarrollo profesional, establece relaciones profesionales sólidas, facilita el cumplimiento de los procedimientos y políticas de la institución y mejora la continuidad en la atención de los pacientes.

Es importante analizar en que rango de tiempo de laborar se encuentran los profesionales de salud, es así como el 50% de los profesionales de salud con una antigüedad laboral menor de 1 año son auxiliares de enfermería, seguido por los médicos generales que representa el 38% y el 13% son licenciados en enfermería, en el rango de 1 a 5 años, el 58% son auxiliares de enfermería, 33% médicos generales y 8% licenciados en enfermería, en el rango de 6 a 9 años se encuentra en un 50% a los auxiliares de enfermería, 50% médicos generales y no se encuentran licenciados en enfermería en este rango de tiempo de trabajo, y por último, en el rango de 10 años a más se encuentran con un 67% a los auxiliares de enfermería y en un 33% a los licenciados en enfermería, en este rango no se encuentran médicos generales.

4.3 RESULTADO DE LA VARIABLE CONOCIMIENTO.

Tabla 11

Promedio de Conocimiento de los profesionales de la salud por municipio.

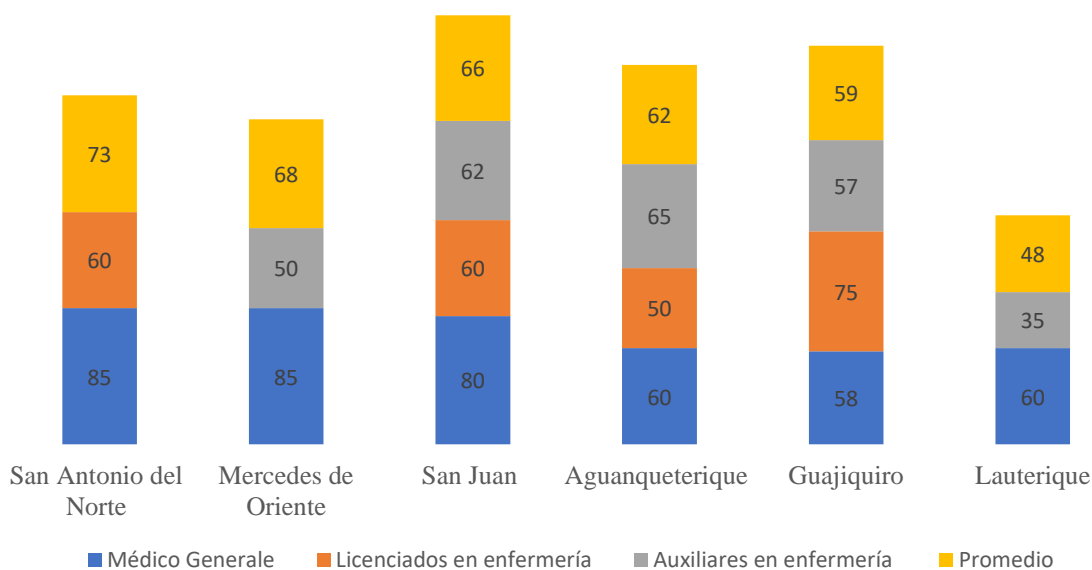
| Municipios | F | % |
|-----------------------|-----------|-----------|
| Aguanqueterique | 8 | 62 |
| Guajiquiro | 12 | 59 |
| San Juan | 4 | 66 |
| San Antonio del Norte | 2 | 73 |
| Lauterique | 2 | 48 |
| Mercedes de Oriente | 2 | 68 |
| Total | 30 | 63 |

En la tabla se muestra que al aplicar la prueba objetivo a los profesionales de salud de los diferentes municipios se evidencia que el nivel de conocimiento es de 63%, un porcentaje que debe

mejorar ya que se encuentra en el rango de 36 a 69 lo que la Secretaría de Educación enuncia el rango de evaluación y lo clasifica de la siguiente manera, de 0 a 35 Insuficiente, 36 a 69 Necesita mejorar, 70 a 80 Satisfactorio, 81 a 90 Muy Satisfactorio, 91 a 100 Avanzado, en vista a lo anterior se considera de 0 a 69 Reprobado y de 70 a 100 Aprobado.

Para la aplicación de las normas de vigilancia nutricional, es el municipio de San Antonio del Norte quien representa un nivel de conocimiento de 73% siendo este satisfactorio, seguido del municipio de Mercedes de Oriente con 68% quedando en la clasificación de necesidad de mejorar como el resto de los municipios, San Juan 66%, Aguanqueterique 62%, Guajiquiro 59% y Lauterique 48%.

Figura 3
Conocimiento de los profesionales de salud por municipio



Nota: *Fuente propia.*

En el grafico anterior, al medir el conocimiento sobre las normas de vigilancia nutricional por profesionales de la salud encontramos que el nivel máximo de conocimiento es de 85% siendo muy satisfactorio y el mínimo de 35% donde el conocimiento es insuficiente. En general el

promedio de conocimiento en las normas de vigilancia nutricional aplicadas a los menores de cinco años, los médicos generales logran un 67%, licenciados en enfermería 61% y la profesión de auxiliares de enfermera logra 58%.

El nivel de conocimiento en los profesionales de salud que tienen un tiempo de laborar menor a un año en estos municipios es de 60%, los que tienen un tiempo entre 1 a 5 años de trabajar es de 59%, los que tienen un tiempo de trabajar entre 6 a 9 años es de 70% y los que tienen más de 10 años su nivel de conocimiento es de 63%.

Figura 4

Conocimiento de los profesionales de salud según tiempo de trabajar.



Nota: *Fuente propia.*

En el grafico anterior se muestra que el nivel de conocimiento de manera personalizada según la profesión, los médicos generales que tienen un tiempo menor de un año de laborar, su nivel de conocimiento es de 62%, de 1 a 5 años es de 64% y de 6 a 9 años es de 83%, en esta profesión es evidente que entre más joven es el profesional de salud de laborar, su conocimiento es insuficiente y necesita mejorar, es hasta la edad de más de 6 a 9 años donde su conocimiento entra en el nivel de muy satisfactorio.

Los profesionales en licenciatura en enfermería al presentar antigüedad laborar menor de un año se encuentran en un 60% lo que los clasifica en un nivel de conocimiento de necesidad de mejora, esta misma clasificación es para el rango de edad laborar de 1 a 5 años que logra un 50%, y en mayores de 10 años se encuentra con un 68%, en esta profesión de salud se evidencia la necesidad de realizar planes de capacitación y poder así, mejorar las competencias del recurso, se evidencia que entre mayor es el tiempo de laborar, mas es el conocimiento adquirido.

En los profesionales de auxiliares de enfermería se logra evidenciar que el 59% de nivel de conocimiento es adquirido antes del año de laborar, el 58% en el transcurso de 1 a 5 años, así también en el rango de 6 a 9 años los que logran un 58% y de años de antigüedad mayor a 10 años, en esta profesión se logra un 60%. Estos resultados deben incidir en poder crear estrategias que favorezcan en el fortalecimiento de las competencias del recurso de salud.

Tabla 12

Conocimiento por Ítems de la prueba Objetiva de los Profesionales de salud

| Ítems | Preguntas sobre Norma de vigilancia nutricional | % |
|----------------------------------|--|----|
| Tipo selección única | | |
| P1 | ¿Qué es vigilancia nutricional? | 70 |
| P2 | ¿Qué es estado nutricional? | 10 |
| P3 | ¿Qué es evaluación del crecimiento? | 63 |
| P4 | ¿Es interpretación del crecimiento? | 0 |
| P5 | ¿Es Daño Nutricional Grave Aguda? | 70 |
| Tipo de términos pareados | | |
| P6 | Peso para la longitud o talla (P/L-T) | 63 |
| P7 | Tendencia | 63 |
| P8 | Puntaje Z | 73 |
| P9 | Vigilancia epidemiológica | 77 |
| P10 | Longitud o Talla para la edad (L-T/E) | 60 |
| Tipo verdadero o falso | | |
| P11 | ¿El personal de salud determina Baja Talla cuando la medición de longitud/ talla del menor de cinco años se encuentra en el espacio que está debajo de línea -2 DE hasta la línea de -3 en la gráfica de longitud o talla para edad (L-T/E)? | 77 |
| P12 | ¿Carril es el espacio entre dos líneas o puntaje Z? | 87 |

| | | |
|------------|---|------------|
| P13 | ¿Es el esquema mínimo para citar en el establecimiento de salud al menor de cinco años; 6-11 meses con 29 días: Mensual, 12 meses cumplidos a 35 meses con 29 días: cada 2 meses, 36 meses cumplidos a 59 meses con 29 días: cada 3 meses? | 37 |
| P14 | ¿Crecimiento inadecuado persistente es en tres controles sucesivos que el niño se encuentra con crecimiento inadecuado? | 33 |
| P15 | ¿Cuándo se clasifica en obesidad a un menor de cinco años se debe tratar de la siguiente manera; Referir urgentemente a un centro hospitalario, abrigado (mantener el calor del cuerpo), ¿ofrecer sorbos de agua azucarada durante el transporte y dar dosis de vitamina A? | 83 |
| P16 | ¿Cuándo la vigilancia nutricional se hace con base en los individuos (al momento de la atención del menor de cinco años), ¿es Vigilancia Clínica? | 47 |
| P17 | ¿La gráfica de peso para la edad será utilizada a nivel de la comunidad? | 77 |
| P18 | ¿En la vigilancia epidemiológica se construyen indicadores epidemiológicos para la toma de decisiones gerenciales? | 90 |
| P19 | ¿Según la interpretación del crecimiento, existen 5 posibles interpretaciones? | 50 |
| P20 | ¿Las medidas antropométricas es el método más utilizado para la evaluación y el monitoreo del estado nutricional de los individuos? | 100 |

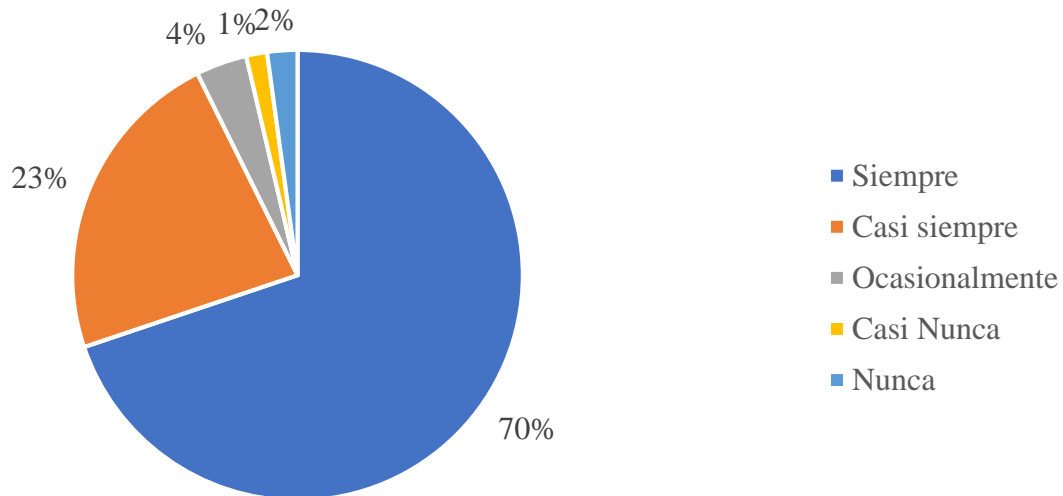
Fuente propia

En la tabla anterior se muestra los porcentajes obtenidos por cada ítems de la prueba objetivo realizada a los profesionales de salud encontrando una máxima de 100% y una mínima de 0%, la prueba objetiva se dividió en tres tipos; selección única, términos pareados y verdadero o falso, cada profesional dio respuesta según sus conocimientos en la norma de vigilancia nutricional aplicadas a los menores de cinco años, según la clasificación al evaluar los resultados, los ítems P2, P4 y P14 se encuentran en el rango de 0 a 35%, esto significa que el conocimiento es insuficiente, los Ítems del P3, P6, P7, P10, P13, P14, P16 y P19 se encuentran en el rango de 36 a 69%, lo que significa que necesitan mejorar, los ítems del P1, P5, P8, P9, P11 y P17 se encuentran en el rango de 70 a 80%, siendo este con un nivel de conocimiento satisfactorio, los ítems del P12, P15 y P18 se encuentran en el rango de 81 al 90% siendo muy satisfactorio y el ítems P20 se encuentra en el rango del 91 al 100% siendo el único que se encuentra en un nivel conocimiento avanzado.

4.5 RESULTADOS DE LA VARIABLE ACTITUDES DE LOS PROFESIONALES DE SALUD.

Figura 5

Actitud del personal de salud en la aplicación de la norma de vigilancia nutricional.



Nota: *Fuente propia.*

El gráfico anterior revela la frecuencia con la que el personal de salud lleva a cabo diversas actividades relacionadas con la aplicación de la norma de vigilancia nutricional en niños y niñas menores de cinco años. Los resultados obtenidos muestran un panorama alentador, pero también algunas áreas de oportunidad por fortalecer.

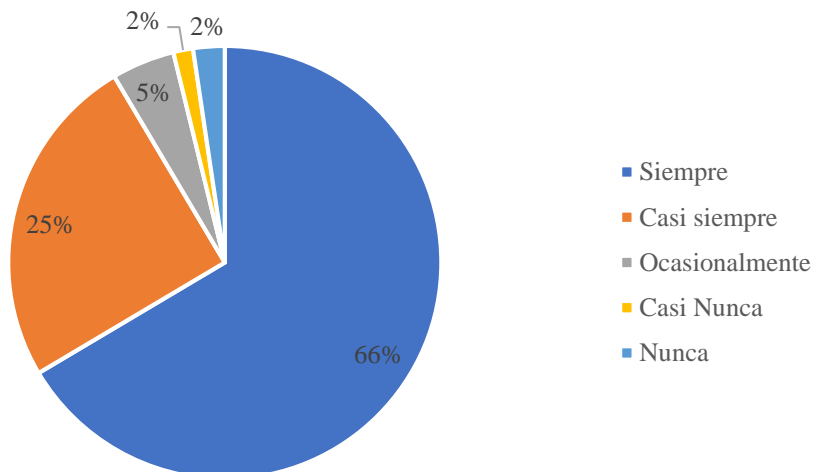
En primer lugar, se observa que la mayoría de los profesionales de salud, un 70%, afirman realizar estas actividades de manera constante, es decir, siempre. Este es un hallazgo muy positivo, que evidencia un alto nivel de compromiso e interiorización de la importancia de la vigilancia nutricional por parte del personal. Por otro lado, un 23% del personal de salud indica que realiza estas actividades casi siempre, lo cual también refleja un grado elevado de cumplimiento de la norma. No obstante, es importante destacar que un 4% de los que contestaron el instrumento de

escala de Likert, señala que solo lo hace ocasionalmente, mientras que un 2% casi nunca lo hace y, lamentablemente, un 1% afirma que la frecuencia es que nunca realiza estas actividades.

Estos últimos hallazgos, si bien representan una minoría, deben ser analizados con detenimiento, pues revelan la existencia de brechas y oportunidades de mejora en la implementación sistemática y homogénea de las prácticas de vigilancia nutricional. Comprender los factores que inciden en estas variaciones de frecuencia será clave para fortalecer las capacidades y el compromiso del personal de salud en este ámbito.

Figura 6

Actitud de los auxiliares de enfermería en la aplicación de la norma de vigilancia nutricional.



Nota: *Fuente propia.*

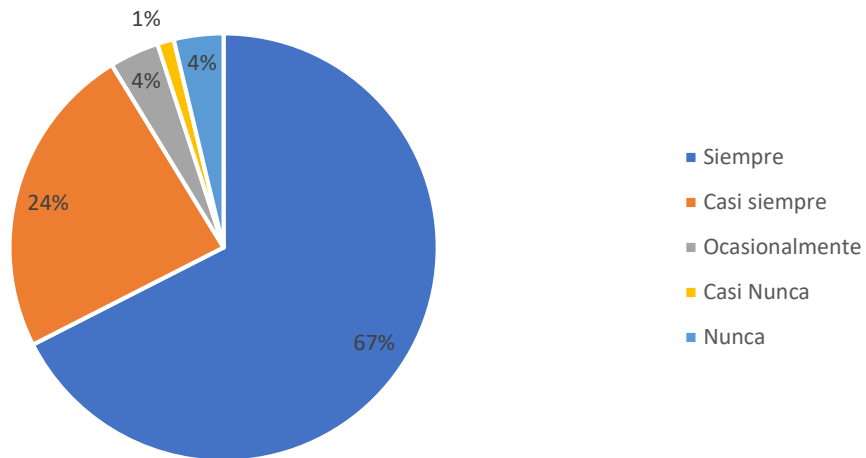
En el gráfico anterior se presenta la frecuencia con la que las auxiliares de enfermería realizan actividades relacionadas con la aplicación de la norma de vigilancia nutricional para los menores de cinco años. Los resultados muestran que: El 66% de las auxiliares de enfermería afirman realizar siempre estas actividades. El 25% las realiza casi siempre. El 5% las lleva a cabo ocasionalmente. El 2% casi nunca las realiza. Solamente el 2% de las auxiliares de enfermería encuestadas indican que nunca realizan estas actividades.

Estos hallazgos permiten identificar que la mayoría del personal de enfermería (91%) aplica con frecuencia las normas de vigilancia nutricional, ya sea de manera constante (siempre) o casi siempre. Sin embargo, también se evidencia que un pequeño porcentaje (7%) lo hace de forma ocasional o casi nunca, y un 2% no las aplica nunca.

Estos resultados sugieren que, si bien existe un nivel aceptable de cumplimiento de las normas de vigilancia nutricional por parte de las auxiliares de enfermería, aún persisten algunas brechas y oportunidades de mejora en la implementación sistemática y homogénea de estas prácticas. Sería importante profundizar en el análisis de los factores que pueden estar incidiendo en las variaciones observadas en la frecuencia de aplicación de las normas por parte del personal de salud.

Figura 7

Actitud de los licenciados en enfermería en la aplicación de la norma de vigilancia nutricional.



Nota: *Fuente propia*

El gráfico anterior expone la frecuencia con la que los licenciados en enfermería llevan a cabo actividades relacionadas con la aplicación de la norma de vigilancia nutricional en niños y

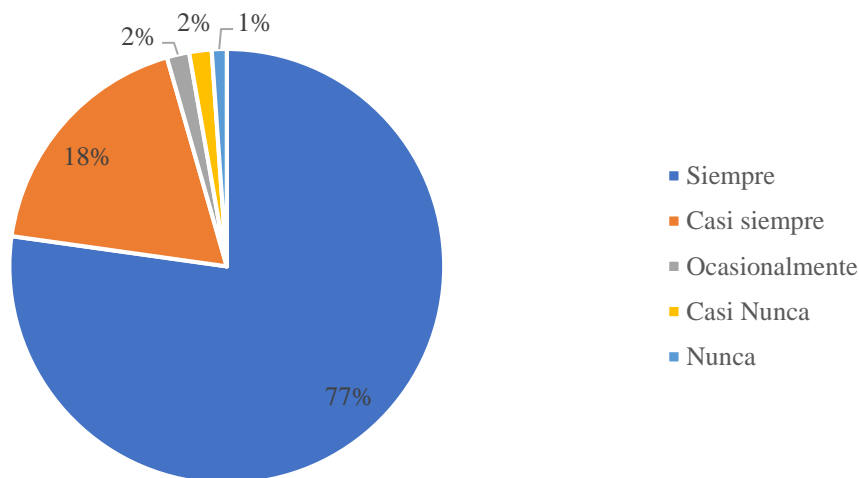
niñas menores de cinco años. Los hallazgos revelan un panorama general positivo, con algunos aspectos a considerar.

En primer lugar, se observa que el 67% de los licenciados en enfermería afirman realizar siempre estas actividades. Este es un dato alentador, que refleja un alto nivel de compromiso e interiorización de la importancia de la vigilancia nutricional por parte de este grupo de profesionales de la salud. Asimismo, el 24% del personal de enfermería encuestado indica que realiza estas actividades casi siempre. Esto también denota un grado elevado de cumplimiento de la norma, aunque ligeramente inferior al grupo que la aplica de manera constante. Sin embargo, es importante destacar que un 4% de los licenciados en enfermería señala que solo realiza ocasionalmente estas actividades, mientras que un 1% casi nunca las lleva a cabo. Aún más preocupante es el hecho de que el 4% restante afirma que nunca realiza las actividades relacionadas con la vigilancia nutricional.

Estos últimos hallazgos, si bien representan una minoría, deben ser analizados con detenimiento, pues revelan la existencia de brechas y oportunidades de mejora en la implementación homogénea de las prácticas de vigilancia nutricional por parte de los licenciados en enfermería.

Figura 8

Actitud de los médicos generales en la aplicación de la norma de vigilancia nutricional.



Nota: *Fuente propia*

En el gráfico anterior se muestra la frecuencia con la que los médicos generales realizan actividades en relación a la aplicación de la norma de vigilancia nutricional de los menores de cinco años, se identifica que en un 77% siempre realizan las actividades, en un 18% casi siempre, 2% lo realizan ocasionalmente, 2% casi nunca y solo el 1% afirman no realizar las actividades nunca, es evidente que los médicos generales conviven más con los usuarios de los servicios de salud por lo tanto su cercanía a ellos les exige realizar con una frecuencia más alta las actividades descritas y dar cumplimiento a la norma de vigilancia.

Tabla 13

Frecuencia con la que el personal de salud realiza las actividades por Ítems.

| N | Afirmación | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|--|---|---|---|----|----|
| 1 | Siempre que la madre lleva al niño la salud. | 3 | 0 | 0 | 14 | 83 |
| 2 | Cuando evaluó mal al niño y me doy cuenta trato de hacerlo mejor la próxima vez. | 0 | 3 | 3 | 37 | 57 |
| 3 | Me gusta evaluar a las niñas y niños menores de cinco años. | 0 | 3 | 7 | 23 | 67 |
| 4 | Me siento bien evaluando el estado nutricional y el crecimiento a los menores de cinco años. | 3 | 0 | 4 | 20 | 73 |
| 5 | Me gusta darle seguimiento a los casos que ameritan personalmente. | 0 | 0 | 7 | 20 | 73 |
| 6 | Me gusta motivar a los usuarios a no perder las citas con su niño o niña para evaluéle crecimiento y estado nutricional. | 3 | 3 | 7 | 23 | 64 |

| | | | | | | |
|----|--|----|---|----|----|-----|
| 7 | Cuando llegan los usuarios les explico los procedimientos a realizar a los menores de cinco años. | 0 | 0 | 0 | 33 | 67 |
| 8 | Me gusta tener toda la papelería que voy a necesitar para la evaluación del menor de cinco años en orden y a la mano. | 0 | 3 | 3 | 17 | 77 |
| 9 | Cuando un equipo para medir o pesar está en mal estado me preocupo. | 0 | 0 | 0 | 30 | 70 |
| 10 | Me siento bien cuando recibo capacitaciones en vigilancia nutricional. | 0 | 0 | 0 | 0 | 100 |
| 11 | A parte de recibir capacitaciones me gusta replicar los que aprendo. | 0 | 0 | 3 | 37 | 60 |
| 12 | Cuando termino de evaluar a un menor de cinco años me siento seguro (a) de mi trabajo. | 0 | 0 | 0 | 23 | 77 |
| 13 | Cuando no me siento seguro (a) en una situación con un niño o niña pido ayuda. | 3 | 7 | 7 | 27 | 56 |
| 14 | Cuando veo a mis compañeros de trabajo que evalúan bien a los menores de cinco años me da gusto y me motivan a ser como ellos. | 0 | 0 | 0 | 3 | 97 |
| 15 | No me gusta mezclar mis problemas personales con mi trabajo. | 30 | 3 | 0 | 7 | 60 |
| 16 | Me gusta decir la verdad a los usuarios según la evaluación a los menores de cinco años. | 0 | 0 | 3 | 10 | 87 |
| 17 | Me gusta ser persistente hasta ver mejores resultados en el estado nutricional y de crecimiento de los menores de cinco años. | 0 | 0 | 7 | 30 | 63 |
| 18 | Trato de no angustiarme cuando no puedo solucionar algo. | 0 | 7 | 13 | 50 | 30 |
| 19 | Me siento bien en mi lugar de trabajo. | 0 | 0 | 3 | 17 | 80 |
| 20 | Cuando me llaman la atención por algo no he hecho o necesito mejorar lo tomo como un reto de mejora. | 0 | 0 | 7 | 37 | 56 |

Nota: *Fuente propia.*

En la tabla anterior se muestra la frecuencia con la que los profesionales de la salud describieron las practicas que realizan con mayor frecuencia y las que realizan con menor frecuencia, se identifica que la frecuencia 4 y 5 (casi siempre y siempre) son las que obtienen un mayor porcentaje, esto es señal, que los profesionales tiene buena actitud para realizar actividades que están descritas en la norma de vigilancia nutricional.

4.6 Resultados de la variable prácticas que realiza el profesional de salud en la aplicación de las normas de vigilancia nutricional al menor de cinco años.

Tabla 14

Frecuencia de prácticas y porcentaje que cumple el personal en los establecimientos de salud descritas en las normas de vigilancia nutricional.

| Municipios | Establecimientos de Salud | F | % |
|------------------------|----------------------------------|----------|----------|
| Aguanqueterique | Aguanqueterique | 5 | 33 |
| | Barrancaray | 4 | 27 |
| | Llanos de Candelaria | 4 | 27 |
| San Juan | San Juan | 4 | 27 |
| | Horcones | 4 | 27 |

| | | | |
|------------------------------|-----------------------|-----------|-----------|
| Guajiquiro | Guajiquiro | 5 | 33 |
| | San Marcos | 3 | 20 |
| | Santa Rosita | 4 | 27 |
| | San Antonio | 3 | 20 |
| | Delicias | 3 | 20 |
| | Duraznal | 3 | 20 |
| | San José | 3 | 20 |
| Lauterique | Lauterique | 2 | 13 |
| San Antonio del Norte | San Antonio del Norte | 4 | 27 |
| Mercedes de Oriente | Mercedes de Oriente | 5 | 33 |
| Total | | 56 | 25 |

Nota: *Fuente propia.*

En la tabla anterior se verifica mediante observación directa y revisión de expedientes de los niños y niñas menores de cinco años, en cumplimiento de prácticas que realizan los profesionales de la salud para dar cumplimiento a la norma de vigilancia nutricional, encontramos que se logra solo el 25% de cumplimiento de estas prácticas, un cumplimiento muy por debajo de lo mínimo requerida para garantizar una atención de calidad a la población menor de cinco años. Los establecimientos de salud que logras alcanzar un 33% son Aguanqueterique que esta categorizado con CIS (centro integral de salud), Guajiquiro con la misma categorización y Mercedes de Oriente quien está considerado como UAPS (Unidad de atención primaria de salud), los demás establecimientos de salud no logran llegar al 30%.

Tabla 15

Promedio de Practica por Items, realizadas por los profesionales de salud en los establecimientos.

| N | Pregunta | Si | No |
|----------|---|------------|------------|
| 1 | ¿Usa el equipo para toma de medidas antropométricas? | 100 | 0 |
| 2 | ¿Al momento de realizar las medidas antropométricas siguen los pasos establecidos en la norma? | 80 | 20 |
| 3 | ¿Se Calibran los equipos después de pesar y tallar a los niños? | 27 | 73 |
| 4 | ¿Al registrar la información se realiza en la historia clínica del menor de cinco años por sexo? | 100 | 0 |
| 5 | ¿Se registra la cita a los niños y niñas menores de cinco años conforme a la norma, según la edad en el expediente? | 0 | 100 |
| 6 | ¿Se registra la información del estado nutricional y crecimiento en el expediente del menor de cinco años? | 40 | 60 |

| | | | |
|-----------|---|-----------|------------|
| 7 | ¿Se grafican las medidas antropométricas en los instrumentos según el sexo? | 27 | 73 |
| 8 | ¿Se unen los puntos siguiendo la tendencia en las gráficas? | 0 | 100 |
| 9 | ¿Se evalúa el crecimiento y estado nutricional del Niño según lo establecido en la Norma? | 0 | 100 |
| 10 | ¿Se Interpreta el crecimiento y estado nutricional del Niño según lo establecido en la Norma? | 0 | 100 |
| 11 | ¿Se Clasifica el crecimiento y estado nutricional del Niño según lo establecido en la Norma? | 0 | 100 |
| 12 | ¿Se Maneja según la clasificación del crecimiento y estado nutricional del Niño según lo establecido en la Norma? | 0 | 100 |
| 13 | ¿Al finalizar la atención se registra en los formularios (NEC) diarios los datos? | 0 | 100 |
| 14 | ¿Se registra la información en la hora de AIEPI de manera completa y correcta? | 0 | 100 |
| 15 | ¿Se registra consejería a la madre o encargado del menor de cinco años en relación a la alimentación que el niño necesita en el expediente? | 0 | 100 |

Nota: *Fuente propia*

En la tabla anterior se observan las prácticas que se realizan en los establecimientos de salud encontrando que solo el 25% son las que se realizan y un 75% las que no se realizan, se observa que desde el ítem 8 al 15 no se realizan estas prácticas siendo enunciadas en la norma de vigilancia nutricional, una causa es la falta de conocimiento en las normas.

Las prácticas que se observaron en los establecimientos de salud que logran el 100% es porque la secretaria de salud brindo instrumentos y equipo para la toma de medidas antropométricas y se maneja historias clínicas para los menores de cinco años diferenciadas por colores, anaranjadas para las niñas y verde para los niños, es más difícil para el personal de salud, equivocarse en el cumplimiento de esta práctica.

CONCLUSIÓN

1. A partir de los hallazgos de la presente investigación, se concluye que el nivel de conocimiento de los profesionales de salud sobre el manejo de las normas de vigilancia nutricional aplicada a los menores de cinco años en los municipios del sur del departamento de La Paz es, en general, se encuentra en la clasificación de “necesidad de mejorar”, los resultados muestran que una proporción significativa del personal de salud al cual se le aplicó el cuestionario de prueba objetiva, presenta lagunas importantes en cuanto a la comprensión de los lineamientos técnicos, los procedimientos y los protocolos establecidos en la normativa vigente. Esto se traduce en una aplicación inconsistente de las acciones de vigilancia nutricional en la práctica diaria.

Aspectos como el desconocimiento de los indicadores nutricionales clave, la falta de claridad en los criterios de clasificación del estado nutricional y las dificultades para interpretar correctamente los datos recopilados, evidencian brechas críticas en las competencias del personal de salud. Estas limitaciones repercuten negativamente en la calidad y oportunidad de la vigilancia nutricional, con implicaciones desfavorables para la detección y abordaje oportuno de problemas de salud y nutrición en la población infantil.

2. Los hallazgos de la presente investigación evidencian que, si bien los profesionales de salud a los que se les aplicó la escala de Likert, en los municipios del sur del departamento de La Paz reconocen la importancia de la vigilancia nutricional en la población infantil menor de cinco años, sus actitudes hacia la aplicación de las normas y protocolos establecidos presentan algunas limitaciones.

Por un lado, los resultados muestran que la mayoría del personal de salud manifiesta una actitud positiva y de valoración hacia la vigilancia nutricional, reconociendo su utilidad para la detección y abordaje oportuno de problemas de salud y nutrición en los niños y niñas. Asimismo,

se evidencia una disposición favorable a recibir capacitaciones y a mejorar sus competencias en esta área.

No obstante, también se identificaron actitudes menos favorables, como la percepción de que las actividades de vigilancia nutricional implican una carga de trabajo adicional o la falta de prioridad que se le otorga en comparación con otras tareas asistenciales. Algunas resistencias y escepticismo hacia la aplicación rigurosa de los protocolos establecidos también fueron reportados por los participantes.

3. Los resultados de la presente investigación permiten concluir que las prácticas del personal de salud en relación al manejo de las normas de vigilancia nutricional aplicada a los menores de cinco años en los municipios del sur del departamento de La Paz presentan importantes brechas y deficiencias, de las que se enuncian en la norma logran cumplir solamente con el 25%. Si bien se evidencia que una proporción significativa del personal de salud a los que se aplicó la lista de chequeo, con sus prácticas diarias, manifiesta no conocer los lineamientos técnicos y procedimientos establecidos en la normativa vigente, la aplicación efectiva de estos en la práctica cotidiana es inconsistente e incompleta en un 75%.

Las principales limitaciones identificadas en las prácticas del personal de salud incluyen: la falta de estandarización en la toma y registro de mediciones antropométricas, la inadecuada clasificación del estado nutricional de los niños y niñas, la interpretación errónea de los indicadores nutricionales, y la deficiente notificación y seguimiento de los casos detectados. Estas deficiencias en las prácticas de vigilancia nutricional repercuten negativamente en la calidad, oportunidad y confiabilidad de la información recopilada, lo cual dificulta la toma de decisiones informadas y la implementación de intervenciones efectivas para abordar los problemas de salud y nutrición de la población infantil.

RECOMENDACIONES

1. Fortalecer los programas de capacitación y actualización continúa dirigidos al personal de salud sobre las normas y protocolos de vigilancia nutricional aplicados a la población infantil menor de cinco años. Estos programas de formación deben abordar de manera integral los aspectos teóricos y prácticos relacionados con la vigilancia nutricional, incluyendo la correcta interpretación de indicadores, la clasificación del estado nutricional, el registro y análisis de datos, entre otros. Asimismo, se debe enfatizar en la importancia de la vigilancia nutricional como herramienta clave para la detección y abordaje oportuno de problemas de salud y nutrición en la niñez.
2. En relación a las actitudes del personal de salud, se recomienda la realización de capacitaciones, las que deben estar acompañadas de estrategias que permitan abordar las actitudes y percepciones del personal de salud, a fin de promover una mayor apropiación y compromiso con la aplicación efectiva de las normas de vigilancia nutricional, además Implementar mecanismos de supervisión, monitoreo y retroalimentación periódica sobre la aplicación de las normas de vigilancia nutricional por parte del personal de salud. Esto permitirá identificar brechas, dificultades y oportunidades de mejora en la implementación práctica de los protocolos establecidos. La retroalimentación oportuna y constructiva al personal de salud contribuirá a fortalecer sus competencias y a mejorar la calidad de la vigilancia nutricional. Estos mecanismos de monitoreo y acompañamiento deben contemplar tanto los aspectos técnicos como los actitudinales del personal de salud.
3. En las normas de vigilancia nutricional se encuentra el apartado de estandarización en la toma de medidas antropométricas, se recomienda impulsar esta estandarización al 100% de los recursos por contratos y con modalidad permanente, la toma de las medidas antropométricas es esencial para una vigilancia nutricional eficiente y de calidad. Además se recomienda la implementación de lista de chequeo para verificación de las practicas en los establecimientos de salud, como también realizar mediciones de calidad y poder identificar oportunidades de mejora en los procesos de la evaluación, interpretación, clasificación y manejo de los casos identificados con problemas en estado nutricional y crecimiento, así también fortalecer a nivel local sobre los instrumentos y equipo para desarrollar las actividades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Acero-Torres, Diana Consuelo, Sánchez-Casas, Yenny Carolina, Casas-Duarte, Jenny Paola, Páez-Rojas, Paola Liliana, Sánchez-Calderón, Diana, Robayo-González, Claudia Ximena, Castro-Bonilla, Lorena, & Serra-Tamayo, Mauricio. (2023). Conocimientos, habilidades, actitudes y prácticas en telesalud de los profesionales de la salud durante la pandemia de COVID-19. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud*, 34, e2319. Epub 15 de octubre de 2023. Recuperado en 24 de abril de 2024, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-21132023000100031&lng=es&tlng=es.
2. Ajzen, I. (2020). La teoría de la conducta planificada: preguntas frecuentes. *Comportamiento humano y tecnologías emergentes*, 2(4), 314-324.
3. Bunge, M. (2020). *Epistemología: Curso de actualización*. Siglo XXI Editores.
4. Centro de Escritura Javeriano. (2020). *Normas APA, séptima edición*. Pontificia Universidad Javeriana, seccional Cali.
5. Ferrater Mora, J. (2021). *Diccionario de filosofía*. Ariel.
6. Gómez, A., & Rodríguez, L. (2021). Desafíos en la implementación de la vigilancia nutricional en el sistema de salud. *Revista de Salud Pública*, 15(2), 123-134.
7. Gómez, A., & Rodríguez, L. (2021). Desafíos en la implementación de la vigilancia nutricional en el sistema de salud. *Revista de Salud Pública*, 23(2), 123-134.
8. Gómez-Arias, RD, Cabezas-Talavera, C., & Araya, S. (2021). Conocimientos y prácticas del personal de salud sobre la vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño. *Revista Española de Salud Pública*, 95, e202103029.
9. Hernández Sampieri, R, Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2004) *Metodología de la Investigación*. México. Mc. Craw Hill.
10. Hernández-Rincón, EH, Acosta-Reyes, J., & Vega-Macedo, M. (2022). Conocimientos y actitudes del personal de salud sobre la Norma Técnica para la Detección de Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo en el Menor de Cinco Años. *Revista Salud Uninorte*, 38(1), 1-12.
11. Organización Mundial de la Salud. (2016). Resolución WHA69.19: Fortalecimiento de los sistemas de salud integrados centrados en la persona para lograr la cobertura sanitaria universal. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R19-sp.pdf

12. Klimovsky, G. (2019). Las desventuras del conocimiento científico: Una introducción a la epistemología. Editora AZ.
13. Martínez, C. (24 de enero de 2018). Investigación descriptiva: definición, tipos y características. Obtenido de <https://www.lifeder.com/investigacion-descriptiva>.
14. Ministerio de Salud. (2021). Informe nacional de vigilancia nutricional 2020-2021. Autor.
15. Ministerio de Salud. (2022). Estrategia nacional de fortalecimiento de la vigilancia nutricional. Autor.
16. Moreno-Altamirano, L., García-García, JJ y Soto-Estrada, G. (2020). Factores que influyen en la implementación de programas de vigilancia nutricional en atención primaria de salud. *Salud Pública de México*, 62(3), 356-365.
17. Nonaka, I. y Takeuchi, H. (2021). La empresa creadora de conocimiento: cómo las empresas japonesas crean la dinámica de la innovación. Prensa de la Universidad de Oxford.
18. OMS. (2020). Nutrition surveillance. World Health Organization. <https://www.who.int/teams/nutrition-and-food-safety/monitoring-and-surveillance/nutrition-surveillance>
19. OMS. (2020). WHO guideline on assessing and managing children at primary health-care facilities to prevent overweight and obesity in the context of the double burden of malnutrition. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015004>
20. Organización Mundial de la Salud. (2006). Patrones de crecimiento infantil de la OMS. Recuperado de <https://www.who.int/tools/child-growth-standards>
21. Organización Mundial de la Salud. (2020). Evaluación de la vigilancia nutricional en América Latina. OMS.
22. Organización Mundial de la Salud. (2020). Guía para la implementación de la vigilancia nutricional. OMS
23. Pérez Gómez, A.I. (2007): Las competencias básicas: su naturaleza e implicaciones pedagógicas (cuaderno de educación N° 1). Santander, Consejería de Educación, 2007.
24. Pérez, M., Sánchez, J., & Gutiérrez, E. (2018). Conocimientos y prácticas del personal de salud en la aplicación de la norma de vigilancia nutricional. *Salud Pública*, 22(4), 45-56.

25. Rodríguez-Martín, B., Álvarez-Muñoz, P., & Martínez-Riera, JR (2022). Conocimientos y prácticas del personal de enfermería en vigilancia nutricional infantil. *Enfermería Clínica*, 32(2), 120-126.
26. Rodríguez-Tanta LY, Ale-Mauricio DA, Saromo-Meléndez V, Lazarte-Ramos A, Gálvez-Dávila E, Pecho-Arias G, et al. Conocimientos, actitudes y prácticas de farmacovigilancia en el contexto de la COVID-19 en profesionales de la salud del Seguro Social del Perú. *Rev. Perú Med Exp Salud Publica*. 2022;39(1):91-7. doi: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2022.391.10651>.
<https://scielosp.org/article/rpmesp/2022.v39n1/91-97/>
27. Salud, S. d. (2013). Normas para la Vigilancia Nutricional de los Niños y Niñas Menores de 5 años de Edad.
28. Secretaría de Salud. (2013). Informe de implementación de los estándares de crecimiento de la OMS en la región sanitaria de La Paz.
29. Torres Esperón, Julia M., & Urbina Laza, Omayda. (2006). Professional profiles, functions and competences of the nursing personnel in Cuba. *Educación Médica Superior*, 20(1) Recuperado en 24 de abril de 2024, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412006000100002&lng=es&tlng=en
30. Vega-Macedo, M., Acosta-Reyes, J., & Hernández-Rincón, EH (2023). Aplicación de la Norma Técnica de Salud N° 142-MINSA/2018/DGIESP por el personal de salud: conocimientos, actitudes y prácticas. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 40(1), 1-10.
31. Vega-Macedo, M., Hernández-Rincón, EH, & Cabezas-Talavero, C. (2023). Factores asociados al conocimiento y aplicación de la Norma Técnica de Salud N° 142 por el personal de salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 40(1), 45-52. tuye a partir de la exploración y la practica activas.

ANEXOS



ANEXO No.1

UNAH-COMYAGUA MSAN-001

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE COMAYAGUA**

APROBACIÓN DE TEMA DE TESIS

Comayagua, Comayagua UNAH-COMYAGUA

El Estudiante:

| No. Cuenta | Nombres y apellidos completos |
|-------------------|--------------------------------------|
| MSAN 190117 | MARIA JESUS MOLINA SUAZO |

MAESTRIA EN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL, en el grado de Maestría solicita formalmente la aprobación del Tema de Investigación titulado:

**COMPETENCIAS DEL PERSONAL DE SALUD PARA EL MANEJO DE LAS
NORMAS DE VIGILANCIA NUTRICIONAL APLICADAS A LOS MENORES
DE CINCO AÑOS EN LOS MUNICIPIOS DEL SUR, DEPARTAMENTO DE LA
PAZ EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL AÑO 2024**

El Asesor Metodológico es: MSc. MELVIN CASTILLO, quien revisó el tema y dictaminó favorablemente.


Firma Asesor Metodológico
MSc. MELVIN CASTILLO

MSc. ELVIS CRUZ
Coordinador Maestría en Seguridad Alimentaria y Nutricional



ANEXO No.2

MSAN- 002

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE COMAYAGUA
APROBACIÓN Y REMISIÓN DE TESIS

COMAYAGUA, COMAYAGUA, 15 DE JULIO 2024

El documento de la Tesis Titulado:

**COMPETENCIAS DEL PERSONAL DE SALUD PARA EL MANEJO DE LAS
NORMAS DE VIGILANCIA NUTRICIONAL APLICADAS A LOS MENORES DE
CINCO AÑOS EN LOS MUNICIPIOS DEL SUR, DEPARTAMENTO DE LA PAZ
EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL AÑO 2024**

Que presenta la Estudiante:

| N. de Cuenta | Nombres y apellidos completos |
|--------------|-------------------------------|
| MSAN 190117 | MARIA JESUS MOLINA SUAZO |

Para optar al Grado Académico de Máster en SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL, reúne los requerimientos establecidos por las Normas Académicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH) y puede ser realizado la defensa de tesis.

Atentamente,

Nombre Asesor Metodológico

MSc. Melvin Castillo

Nombre Asesor Técnico

MSc. Melvin Castillo


FIRMA ASESOR METODOLÓGICO
MSc. MELVIN CASTILLO


FIRMA ASESOR TÉCNICO
MSc. MELVIN CASTILLO

ANEXO No. 3: Autorización de realización de investigación.

Jueves 5 de octubre del 2023

Solicitud

Dr. Augusto Sánchez
Jefe de la región sanitaria la Paz
Su oficina

Estimado Dr.

Por este medio me complace saludarlo y desearle éxito en sus funciones diarias,

Mi nombre es María Jesús Molina Suazo, pasante de más maestría en seguridad alimentaria y nutricional impartida en la Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el Centro Universitario Regional del Centro UNAH-CURC, como es de su conocimiento, es requisito presentar un trabajo de investigación para poder finalizar el proceso de estudio, siendo este un requisito imprescindible, por esta razón solicito formalmente su autorización para poder realizar mi trabajo de investigación en los municipios del Sur del Departamento de La Paz, MAMSURPAZ, mi estudio se trata sobre el "Conocimiento, actitudes y prácticas del personal de Salud en la aplicación de la norma de vigilancia nutricional en el menor de cinco años". Al finalizar y obtener los resultados, éstos serán socializados con su equipo técnico. Esperando que sea de utilidad y podamos de esta manera analizar las competencias del personal que labora en esta zona.

Muchas gracias por la oportunidad.

María Jesús Molina Suazo Suazo



V.º B.º Dr. Augusto Sánchez
Jefe Regional
Region Sanitaria Departamental La Paz

ANEXO No. 4: Instrumentos de medición

Cuestionario para describir las competencias del personal de salud sobre el manejo de las normas de vigilancia nutricional en los menores de cinco años en los municipios del sur, departamento de La Paz

Cuestionario N° _____

Presentación:

Por medio de la Maestría en seguridad alimentaria y nutricional impartida en la Universidad Nacional Autónoma de Honduras/ Centro Universitario Regional del Centro y con la autorización del ente rector de salud del Departamento de La Paz se realiza una investigación de Conocimientos, Actitudes y Practica del personal de salud para el manejo de las normas de vigilancia nutricional, la intención es hacerle algunas preguntas y obtener datos que describan la situación actual para el manejo de la norma.

Su participación es necesaria. Toda la información que nos brinde será confidencial y su nombre no será usado en ningún reporte que se publique de esta investigación. Agradecemos el tiempo prestado y su aporte para el mejoramiento de las estrategias implementadas por la secretaria de salud.

Instrucciones para llenar el Cuestionario:

A continuación, se presenta el instrumento de medición “cuestionario prueba objetiva” donde se presenta una serie de preguntas las que deben ser contestadas según lo solicitado, selección, escribir o marcar cuando sea necesario, se deben contestar cada uno de los ítems, al dejar una pregunta sin respuesta se tomara como desconocimiento de la respuesta. Además, se presentan ejercicios prácticos los que deben ser contestado completamente.

Datos generales

Encuestador: _____ Encuestado: _____

Municipio _____ Establecimiento de salud _____

Edad: _____ Sexo: _____ Profesión: _____

Tiempo de trabajar en este lugar: _____

Conocimiento:

1. ¿Qué es vigilancia nutricional?

- A. es la recolección, análisis, interpretación, entrega/difusión de información sobre el estado de nutrición de los individuos y de las poblaciones.
- B. es la recolección, interpretación, entrega/difusión de información sobre el estado de nutrición de los individuos y de las poblaciones.
- C. es la recolección, análisis, entrega/difusión de información sobre el estado de nutrición de los individuos y de las poblaciones.
- D. Ninguna es correcta
- E. Todas son correctas

2. ¿Qué es estado nutricional?

- A. es la situación biológica en que se encuentra un individuo.
- B. Se relaciona directamente con la salud, el desempeño físico, mental y productivo.
- C. generalmente se utilizan mediciones de las dimensiones corporales
- D. Ninguna es correcta
- E. Todas son correctas

3. ¿Qué es evaluación del crecimiento?

- A. es la observación e interpretación de la tendencia.
- B. es una construcción matemática que relaciona dos variables de naturaleza distinta.

- C. son medidas antropométricas utilizadas para conocer el estado nutricional y crecimiento del niño o niña de acuerdo a su edad.
 - D. Ninguna es correcta
 - E. Todas son correctas
4. ¿Es interpretación del crecimiento?
- A. Tendencia Adecuada
 - B. Crecimiento inadecuado
 - C. Ganancia excesiva de peso
 - D. Ninguna es correcta
 - E. Todas son correctas
5. ¿Es Daño Nutricional Grave Aguda?
- A. Si en la gráfica de peso para longitud o talla (P/L-T), el punto marcado se encuentra en el espacio que está debajo de la línea de -2 DE hasta la línea de -3 DE
 - B. Si en la gráfica de peso para longitud o talla (P/L-T) el punto marcado se encuentra en el espacio que está arriba de +3 DE
 - C. Si en la gráfica de peso para longitud o talla (P/L-T) si el punto marcado se encuentra en el espacio que está debajo de la línea de -3 DE
 - D. Ninguna es correcta
 - E. Todas son correctas

Indicaciones: a continuación, se le presentan varias afirmaciones donde usted debe colocar según el número que haga la afirmación correcta.

| | |
|---|--|
| 6. Peso para la longitud ó talla (P/L-T): | _____ Es un puntaje que indica que tan lejos de la mediana se ubica una medición. |
| 7. Talla | _____ Es la consolidación de la información tanto del estado nutricional como del crecimiento de los individuos. |
| 8. Puntaje Z | _____ Es el indicador de desnutrición aguda. |

| | |
|---|---|
| | |
| 9. Vigilancia epidemiológica | _____ Es el indicador de desnutrición crónica. |
| 10. Longitud ó Talla para la edad (L-T/E) | _____ Están entre los datos más importantes , por lo tanto, durante la evaluación del niño y la niña debe ser estimado con exactitud y precisión |

Indicaciones: a continuación, se le presentan varias afirmaciones donde usted debe colocar una V si la afirmación es verdadera o F si es falso según sus conocimientos.

| Preguntas | V | F |
|---|---|---|
| 11. El personal de salud determina Baja Talla cuando la medición de longitud/ talla del menor de cinco años se encuentra en el espacio que está debajo de línea -2 DE hasta la línea de -3 en la gráfica de longitud o talla para edad (L-T/E). | | |
| 12. Carril es el espacio entre dos líneas o puntaje Z. | | |
| 13. Es el esquema mínimo para citar en el establecimiento de salud al menor de cinco años; 6-11 meses con 29 días: Mensual, 12 meses cumplidos a 35 meses con 29 días: cada 2 meses, 36 meses cumplidos a 59 meses con 29 días: cada 3 meses. | | |
| 14. Crecimiento inadecuado persistente es en tres controles sucesivos que el niño se encuentra con crecimiento inadecuado | | |
| 15. Cuando se clasifica en obesidad a un menor de cinco años se debe tratar de la siguiente manera; Referir urgentemente a un centro hospitalario. Abrigado (mantener el calor del cuerpo). Ofrecer sorbos de agua azucarada durante el transporte. Dar dosis de vitamina A según norma y noticiar de ello al centro de referencia. | | |
| 16. Cuando la vigilancia nutricional se hace con base en los individuos (al momento de la atención del menor de cinco años), ¿es Vigilancia Clínica?. | | |
| 17. La gráfica de peso para la edad será utilizada a nivel de la comunidad. | | |
| 18. En la vigilancia epidemiológica se construyen indicadores epidemiológicos para la toma de decisiones gerenciales. | | |
| 19. Según la interpretación del crecimiento, existen 5 posibles interpretaciones. | | |

| | | |
|--|--|--|
| 20. Las medidas antropométricas es el método más utilizado para la evaluación y el monitoreo del estado nutricional de los individuos. | | |
|--|--|--|

Actitudes:

Instrucciones para llenar el Cuestionario en Escala: A continuación, se presenta una serie de preguntas las que deben ser contestadas según lo solicitado, marca con una X la respuesta con la que sientas mejor afinidad.

No hay respuestas buenas o malas, pedimos que no se deje ninguna afirmación sin responder.

La confidencialidad a su respuesta será respetada.

Al momento de brindar su respuesta considera la valoración de cada una y seleccione la que mas se acerque a su persona.

| | | | | |
|-------|------------|----------------|--------------|---------|
| Nunca | Casi Nunca | Ocasionalmente | Casi siempre | Siempre |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Instrumento de Medición/ Cuestionario en escala

| N | Afirmación | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----|--|---|---|---|---|---|
| 1. | Siempre que la madre lleva al niño la salud. | | | | | |
| 2. | Cuando evalué mal al niño y me doy cuenta trato de hacerlo mejor la próxima vez. | | | | | |
| 3. | Me gusta evaluar a las niñas y niños menores de cinco años. | | | | | |
| 4. | Me siento bien evaluando el estado nutricional y el crecimiento a los menores de cinco años. | | | | | |
| 5. | Me gusta darle seguimiento a los casos que ameritan personalmente. | | | | | |
| 6. | Me gusta motivar a los usuarios a no perder las citas con su niño o niña para evaluéle crecimiento y estado nutricional. | | | | | |
| 7. | Cuando llegan los usuarios les explico los procedimientos a realizar a los menores de cinco años. | | | | | |
| 8. | Me gusta tener toda la papelería que voy a necesitar para la evaluación del menor de cinco años en orden y a la mano. | | | | | |
| 9. | Cuando un equipo para medir o pesar está en mal estado me preocupo. | | | | | |

| | | | | | | |
|-----|--|--|--|--|--|--|
| 10. | Me siento bien cuando recibo capacitaciones en vigilancia nutricional. | | | | | |
| 11. | A parte de recibir capacitaciones me gusta replicar los que aprendo. | | | | | |
| 12. | Cuando termino de evaluar a un menor de cinco años me siento seguro (a) de mi trabajo. | | | | | |
| 13. | Cuando no me siento seguro (a) en una situación con un niño o niña pido ayuda. | | | | | |
| 14. | Cuando veo a mis compañeros de trabajo que evalúan bien a los menores de cinco años me da gusto y me motivan a ser como ellos. | | | | | |
| 15. | No me gusta mezclar mis problemas personales con mi trabajo. | | | | | |
| 16. | Me gusta decir la verdad a los usuarios según la evaluación a los menores de cinco años. | | | | | |
| 17. | Me gusta ser persistente hasta ver mejores resultados en el estado nutricional y de crecimiento de los menores de cinco años. | | | | | |
| 18. | Trato de no angustiarme cuando no puedo solucionar algo. | | | | | |
| 19. | Me siento bien en mi lugar de trabajo. | | | | | |
| 20. | Cuando me llaman la atención por algo no he hecho o necesito mejorar lo tomo como un reto de mejora. | | | | | |

Prácticas:

Instrucciones para llenar La lista de Chequeo: A continuación, se presenta una serie de preguntas a las que el investigador debe observar y revisar expediente y marcar con una X la afirmación según los hallazgos identificados.

| N | Pregunta | Si | No |
|----|---|----|----|
| 1. | ¿Usa el equipo para toma de medidas antropométricas? | | |
| 2. | ¿Al momento de realizar las medidas antropométricas siguen los pasos establecidos en la norma? | | |
| 3. | ¿Se Calibran los equipos después de pesar y tallar a los niños? | | |
| 4. | ¿Al registrar la información se realiza en la historia clínica del menor de cinco años por sexo? | | |
| 5. | ¿Se registra la cita a los niños y niñas menores de cinco años conforme a la norma, según la edad en el expediente? | | |
| 6. | ¿Se registra la información del estado nutricional y crecimiento en el expediente del menor de cinco años? | | |
| 7. | ¿Se grafican las medidas antropométricas en los instrumentos según el sexo? | | |
| 8. | ¿Se unen los puntos siguiendo la tendencia en las gráficas? | | |

| | | | |
|-----|---|--|--|
| 9. | ¿Se evalúa el crecimiento y estado nutricional del Niño según lo establecido en la Norma? | | |
| 10. | ¿Se Interpreta el crecimiento y estado nutricional del Niño según lo establecido en la Norma? | | |
| 11. | ¿Se Clasifica el crecimiento y estado nutricional del Niño según lo establecido en la Norma? | | |
| 12. | ¿Se Maneja según la clasificación del crecimiento y estado nutricional del Niño según lo establecido en la Norma? | | |
| 13. | ¿Al finalizar la atención se registra en los formularios (NEC) diarios los datos? | | |
| 14. | ¿Se registra la información en la hora de AIEPI de manera completa y correcta? | | |
| 15. | ¿Se registra consejería a la madre o encargado del menor de cinco años en relación a la alimentación que el niño necesita en el expediente? | | |

¡Muchas gracias por tomarse el tiempo para completar cada cuestionario!

