

**UNIVERSIDAD NACIONAL  
“SANTIAGO ANTÚNEZ DE MAYOLO”**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**“FACTORES ASOCIADOS A LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA  
EN LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL CENTRO DE  
SALUD PALMIRA - HUARAZ - 2018”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE:**

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**Bach. Heredia Mendoza Cinthia Verónica**

**Bach. Mallqui León Edith Liliana**

**Asesora: Mag. Mendoza Ramirez Gina Dominga**

**HUARAZ – PERÚ**

**2021**

**FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN, CONDUCENTES A OPTAR TÍTULOS PROFESIONALES Y GRADOS ACADÉMICOS EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL**

**1. Datos del autor:**

Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_

Código de alumno: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ D.N.I. n°: \_\_\_\_\_

(En caso haya más autores, llenar un formulario por autor)

**2. Tipo de trabajo de investigación:**

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| Tesis  | Trabajo de Suficiencia Profesional |
| Trabajo Académico  | Trabajo de Investigación           |
| Tesinas (presentadas antes de la publicación de la Nueva Ley Universitaria 30220 – 2014) |                                    |

**3. Título Profesional o Grado obtenido:**

\_\_\_\_\_

**4. Título del trabajo de investigación:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**5. Facultad de:** \_\_\_\_\_

**6. Escuela, Carrera o Programa:** \_\_\_\_\_

**7. Asesor:**

Apellidos y nombres \_\_\_\_\_ D.N.I n°: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ ID ORCID: \_\_\_\_\_

**8. Estilo de Citas:** \_\_\_\_\_

**9. Tipo de acceso al Documento:**

- Acceso público\* al contenido completo. Acceso restringido\*\* al contenido completo

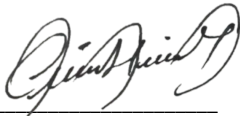
Si el autor eligió el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad Santiago Antúnez de Mayolo una licencia no exclusiva, para que se pueda hacer arreglos de forma en la obra y difundirlo en el Repositorio Institucional, respetando siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo y en el Marco de la Ley 822.

En caso de que el autor elija la segunda opción, es necesario y obligatorio que indique el sustento correspondiente:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 10. Originalidad del archivo digital

Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad, como parte del proceso conducente a obtener el título profesional o grado académico, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado.



Firma del autor

### 11. Otorgamiento de una licencia *CREATIVE COMMONS*

Para las investigaciones que son de acceso abierto se les otorgó una licencia *Creative Commons*, con la finalidad de que cualquier usuario pueda acceder a la obra, bajo los términos que dicha licencia implica.



*El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Institucional, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento.*

Según el inciso 12.2, del artículo 12º del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales - RENATI "Las universidades, instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los metadatos en sus repositorios institucionales precisando si son de acceso abierto o restringido, los cuales serán posteriormente recolectados por el Recolector Digital RENATI, a través del Repositorio ALICIA".

### 12. Para ser llenado por la Dirección del Repositorio Institucional

Fecha de recepción del documento por el Repositorio Institucional:

Huaraz,

Firma:    
Varillas William Eduardo  
Asistente en Informática y Sistemas  
- UNASAM -

**\*Acceso abierto:** uso lícito que confiere un titular de derechos de propiedad intelectual a cualquier persona, para que pueda acceder de manera inmediata y gratuita a una obra, datos procesados o estadísticas de monitoreo, sin necesidad de registro, suscripción, ni pago, estando autorizada a leerla, descargarla, reproducirla, distribuirla, imprimirla, buscarla y enlazar textos completos (Reglamento de la Ley No 30035).

**\*\* Acceso restringido:** el documento no se visualizará en el Repositorio.

**FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN, CONDUCENTES A OPTAR TÍTULOS PROFESIONALES Y GRADOS ACADÉMICOS EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL**

**1. Datos del autor:**

Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_

Código de alumno: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ D.N.I. n°: \_\_\_\_\_

(En caso haya más autores, llenar un formulario por autor)

**2. Tipo de trabajo de investigación:**

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| Tesis  | Trabajo de Suficiencia Profesional |
| Trabajo Académico  | Trabajo de Investigación           |
| Tesinas (presentadas antes de la publicación de la Nueva Ley Universitaria 30220 – 2014) |                                    |

**3. Título Profesional o Grado obtenido:**

\_\_\_\_\_

**4. Título del trabajo de investigación:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**5. Facultad de:** \_\_\_\_\_

**6. Escuela, Carrera o Programa:** \_\_\_\_\_

**7. Asesor:**

Apellidos y nombres \_\_\_\_\_ D.N.I n°: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ ID ORCID: \_\_\_\_\_

**8. Estilo de Citas:** \_\_\_\_\_

**9. Tipo de acceso al Documento:**

- Acceso público\* al contenido completo. Acceso restringido\*\* al contenido completo

Si el autor eligió el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad Santiago Antúnez de Mayolo una licencia no exclusiva, para que se pueda hacer arreglos de forma en la obra y difundirlo en el Repositorio Institucional, respetando siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo y en el Marco de la Ley 822.

En caso de que el autor elija la segunda opción, es necesario y obligatorio que indique el sustento correspondiente:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 10. Originalidad del archivo digital

Por el presente deixo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad, como parte del proceso conducente a obtener el título profesional o grado académico, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado.



Firma del autor

## 11. Otorgamiento de una licencia *CREATIVE COMMONS*

Para las investigaciones que son de acceso abierto se les otorgó una licencia *Creative Commons*, con la finalidad de que cualquier usuario pueda acceder a la obra, bajo los términos que dicha licencia implica.



*El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Institucional, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento.*

Según el inciso 12.2, del artículo 12º del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales - RENATI "Las universidades, instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los metadatos en sus repositorios institucionales precisando si son de acceso abierto o restringido, los cuales serán posteriormente recolectados por el Recolector Digital RENATI, a través del Repositorio ALICIA".

## 12. Para ser llenado por la Dirección del Repositorio Institucional

Fecha de recepción del documento por el Repositorio Institucional:

Huaraz,

Firma:   
Varillas William Eduardo  
Asesor en Informática y Sistemas  
- UNASAM -




**\*Acceso abierto:** uso lícito que confiere un titular de derechos de propiedad intelectual a cualquier persona, para que pueda acceder de manera inmediata y gratuita a una obra, datos procesados o estadísticas de monitoreo, sin necesidad de registro, suscripción, ni pago, estando autorizada a leerla, descargarla, reproducirla, distribuirla, imprimirla, buscarla y enlazar textos completos (Reglamento de la Ley No 30035).

**\*\* Acceso restringido:** el documento no se visualizará en el Repositorio.

MIEMBROS DEL JURADO



Lic. EMILIO ALEJANDRO GUILLERMO FELIPE  
PRESIDENTE



Q.F. WILLY EDGARDO CORDOVA CASSIA  
SECRETARIO



Mag. ELSA GABRIELA GONZALES TAPIA  
VOCAL

ASESORA DE TESIS



---

Mag. GINA DOMINGA MENDOZA RAMIREZ  
ASESORA

## **DEDICATORIA**

A Dios a mi madre y hermanos por brindarme el apoyo incondicional para ser una persona de bien. A la universidad “Santiago Antúnez de Mayolo” casa superior de estudios que supo acogerme y brindarme toda la sabiduría posible para enrumbar mi camino hacia el éxito. A mis docentes por la dedicación que tuvieron conmigo y con cada uno de los que ya hacen una vida llena de éxitos.

### **Cinthia**

A Dios a mis padres y hermanos quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación, los que confiaron sin dudar ni un solo momento en mi capacidad. Siendo mí apoyo en todo momento. Finalmente, a mis docentes de la universidad “Santiago Antúnez de Mayolo” por sus conocimientos, enseñanzas y la formación de valores durante la carrera.

### **Edith**



## **AGRADECIMIENTO**

A la Universidad Nacional “Santiago Antúnez de Mayolo” por permitir convertirnos en profesionales competitivas y por obtener buenas experiencias dentro de ella; gracias a cada docente que hizo parte de este proceso integral de formación donde recibimos las mejores enseñanzas.

A nuestra asesora Mg. Gina Dominga Mendoza Ramírez, por su apoyo incondicional y su tiempo en la elaboración y culminación satisfactoria de la tesis.

### **Cinthia**

A nuestros jurados, Lic. Emilio Alejandro Guillermo Felipe, Q.F. Willy Edgardo Córdova Cassia, Mg. Elsa Gabriela González Tapia; por sus valiosos aportes y sugerencias en todas las etapas de elaboración, ejecución y culminación de la investigación.

Al Centro de Salud de Palmira y a todo su personal que labora, a las madres de familia quienes han permitido el desarrollo de la presente investigación y a todas las personas que aportaron en la tesis.

### **Edith**

**INDICE**

	<b>Pág.</b>
<b>RESUMEN .....</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>vi</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>7</b>
<b>2. HIPÓTESIS .....</b>	<b>15</b>
<b>3. BASES TEÓRICAS .....</b>	<b>19</b>
<b>4. MATERIALES Y MÉTODOS .....</b>	<b>53</b>
<b>5. RESULTADOS.....</b>	<b>59</b>
<b>6. DISCUSIÓN .....</b>	<b>74</b>
<b>7. CONCLUSIÓN.....</b>	<b>81</b>
<b>8. RECOMENDACIONES.....</b>	<b>82</b>
<b>9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>83</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>89</b>

## RESUMEN

Se planteó el siguiente problema ¿cuáles son los factores asociados a la desnutrición crónica en niños menores de 5 años Centro de Salud Palmira – Huaraz – 2018?; objetivo fue determinar los factores asociados a la desnutrición crónica en niños menores de 5 años, estudio cuantitativo, descriptivo, corte transversal, retrospectivo, de casos y controles, diseño no experimental, muestra estuvo conformada por 68 niños que asistieron a sus controles en el periodo 2018, método fue la encuesta, como instrumento el cuestionario, la información se procesó mediante el programa SPSS V25.0. Resultados: 29,4% de madres son jóvenes; 39,7% son madres de zona urbana marginal; 35,3% son solteras, con instrucción primaria; 33,8% con más de 3 hijos; 32,4% tienen bajo ingreso económico mensual; 29,4% creen que “comer menestras produce gases”; 30,9% familias consumen alimentos tradicionales; 38,2% de niños se alimentan 5 veces al día; 44,1% nacieron con peso regular; 27,9% enfermaron del sistema digestivo; 41,2% recibieron lactancia mixta; 32,4% iniciaron alimentación complementaria a los 4 o 5 meses. Se concluyó que la procedencia de la madre ( $X^2:15,270$  y  $p:0,000$ ); hábitos de alimentación ( $X^2:28,870$  y  $p: 0,000$ ); tipos de lactancia ( $X^2:-34,000$  y  $p: 0,000$ ). Están asociados significativamente con desnutrición crónica de niños < de 5 años, debido a que el valor de (P) fue menor a 0,05 en los tres factores.

**Palabras claves:** factores asociados, desnutrición crónica.

**ABSTRACT**

The following problem was posed: what are the factors associated with chronic malnutrition in children under 5 years of age Centro de Salud Palmira - Huaraz -2018?; The objective was to determine the factors associated with chronic malnutrition in children under 5 years of age, quantitative, descriptive, crosssectional, retrospective, case-control study, non-experimental design, sample consisted of 68 children who attended their controls in the period 2018, method was the survey, as an instrument the questionnaire, the information was processed using the SPSS V25.0 program. Results: 29.4% of mothers are young; 39.7% are mothers from a marginal urban area; 35.3% are single, with primary education; 33.8% with more than 3 children; 32.4% have low monthly income; 29.4% believe that “eating beans produces gas”; 30.9% families consume traditional foods; 38.2% of children eat 5 times a day; 44.1% were born with a regular weight; 27.9% got sick with the digestive system; 41.2% received mixed breastfeeding; 32.4% started complementary feeding at 4 or 5 months. It was concluded that the origin of the mother (X<sup>2</sup>: 15.270 and p: 0.000); eating habits (X<sup>2</sup>: 28.870 and p: 0.000); types of lactation (X<sup>2</sup>: 34,000 and p: 0,000). They are significantly associated with chronic malnutrition in children <5 years of age, because the value of (P) was less than 0.05 in the three factors.

**Keywords:** associated factors, chronic malnutrition

## 1. INTRODUCCIÓN

El fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), según el informe “el estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2019”, demuestra que el número de personas que padecen hambre continúa en aumento; en el año 2017 llegó a 821 millones, es decir 1 de cada 9 personas en el mundo padecen de hambre. Además, se están logrando pocos avances frente a las múltiples formas de malnutrición, que va desde la desnutrición crónica (retraso del crecimiento infantil) hasta la obesidad adulta, amenazando la salud de cientos de millones de personas. <sup>(1)</sup>

El informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) sostiene que más de 700 millones de personas siguen viviendo en condiciones de pobreza extrema, luchan para satisfacer sus necesidades más básicas, como la salud, la educación, y el acceso al agua y el saneamiento, pese a que la tasa de pobreza mundial se ha reducido a la mitad desde el año 2000; en las regiones en desarrollo, aún 1 de cada 10 personas, y sus familias, siguen subsistiendo con 1,90 dólares diarios y hay millones que ganan poco más que esta cantidad diaria. Se han logrado avances significativos en muchos países del Asia Oriental y Sudoriental, pero casi el 42% de la población de África Subsahariana continúa viviendo por debajo del umbral de la pobreza. <sup>(1)</sup>

La pobreza va más allá de la falta de ingresos y recursos para garantizar unos medios de vidas sostenibles. La pobreza es un problema de derechos humanos. Entre las distintas manifestaciones de la pobreza figuran el hambre, la malnutrición, la falta de una vivienda digna y el acceso limitado a otros servicios básicos como la educación o la salud. También se encuentran la discriminación y la exclusión social, que incluye la ausencia de la participación de los pobres en la adopción de decisiones, especialmente de aquellas que les afectan. <sup>(1)</sup>

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) señala que los principales factores que causan el aumento del hambre son los fenómenos meteorológicos extremos, como sequías e inundaciones, la variabilidad climática que afecta a los patrones de lluvia y las temporadas agrícolas, junto con los conflictos y las crisis económicas. <sup>(3)</sup>

“Si queremos alcanzar un mundo sin hambre y malnutrición en cualquiera de sus formas para el 2030”, asegura el prólogo del informe, “es imperativo que aceleremos y amplíemos las medidas para fortalecer la resiliencia y la capacidad de adaptación de los sistemas alimentarios y los medios de subsistencia de la población en respuesta a la variabilidad climática y los fenómenos meteorológicos extremos”. <sup>(2)</sup>

Según el informe de la ONU, se ha avanzado poco en la reducción del retraso del crecimiento infantil, con casi 151 millones de niños menores de 5 años demasiado bajos para su edad debido a la malnutrición en el 2017, en comparación con 165 millones en el 2012. A nivel global, África y Asia contaban con el 39 y el 55% de todos los niños con retraso del crecimiento, respectivamente. <sup>(2)</sup>

Según la Organización Mundial de Salud (OMS, 2010), la mala nutrición es causante de problemas de discapacidad y salud a un largo plazo, lo cual representa un 11% de la carga mundial, teniendo como resultados deficientes problemas educativos y de desarrollo. En el mundo hay cada año 186 millones de niños con deficiencia de crecimiento y 20 millones de niños que sufren de manera mortal por la malnutrición principalmente en los países de bajos ingresos, como producto de la pobreza que se caracteriza por la baja condición social de la familia, la precariedad de la vivienda, las condiciones ambientales inadecuadas, el limitado acceso a los alimentos, el agua salubre y a la atención de la salud. <sup>(3)</sup>

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Perú es uno de los países con índices altos de desnutrición infantil; en el año 1992 la tasa fue de 54,5%, fundamentalmente en el área rural y retrocediendo en 47,3% en el año 2000; también se refleja que 7 de cada 9 departamentos con más del 70% de población en situación de pobreza, aumentaron el porcentaje de niños con desnutrición. La presencia de la desnutrición infantil motiva mucha preocupación en todo los ámbitos y niveles de salud, ya que sus consecuencias repercuten negativamente en el desarrollo de los niños a nivel cognitivo, motor, emocional y social. <sup>(4)</sup> Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en el año 2017, la desnutrición crónica afectó a 12,9% de los niños y niñas menores de 5 años de edad, cifra que disminuyó en el último año en 0,2% y en los últimos 5 años disminuyó en 5,2%. <sup>(5)</sup>

Francisco Costa Aponte, jefe del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) al presentar los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), precisó que la prevalencia de la desnutrición crónica, según el estándar de la Organización Mundial de Salud es mayor en el área rural (25,3%) que en el área urbana (8,2%). Asimismo, dió a conocer que el mayor índice de desnutrición se reportó en los niños con madres sin educación o con estudios de primaria (27,6 %) y en la población infantil menor de 3 años (13,6%). Las tasas más altas de desnutrición crónica en la población menor de 5 años se reportaron en Huancavelica (31,2%), Cajamarca (26,6%), Loreto (23,8%), Pasco (22,8%). Apurímac (20,9%) y Ayacucho (20,0%). <sup>(6)</sup>

La desnutrición crónica infantil en el Perú es un problema grave. Según estándares internacionales, casi el 30% de niños menores de 5 años sufre de este mal. Reconociendo los altos costos sociales y económicos que genera la desnutrición, se

han desarrollado, desde hace varios años, políticas públicas que intentan reducirla y/o erradicarla; sin embargo, estos esfuerzos no han sido suficientes. A pesar de más de 20 años de políticas y programas contra la desnutrición, la prevalencia de la misma sigue siendo elevada, así como lo son también las diferencias en esta materia entre individuos de distintas regiones y de distintos quintiles de riqueza. <sup>(6)</sup>

El factor económico es una situación que se presenta en nuestra realidad teniendo en cuenta que el 50% de la población peruana vive en condición de pobreza y el 20% vive en condición de extrema pobreza y viene a ser uno de los detonantes más resaltantes para un adecuado o inadecuado estado nutricional estable en los niños. <sup>(6)</sup>

Por lo general la pobreza en la región Ancash se encuentra dentro del tercer grupo de regiones que tiene un nivel de pobreza que va entre el 23% y 26,2%. Llama la atención un indicador de pobreza más alto que el promedio nacional, que actualmente llega al 21,7%. En el caso de niveles de pobreza extrema, Ancash, se encuentra en el cuarto grupo de regiones con mayores indicadores de esta situación; está ubicado entre el 2,9% y 4,4% de niveles de pobreza extrema. Es decir, se encuentra por debajo del nivel nacional de pobreza extrema. A pesar de estas reducciones los resultados son nada significativas debido a que la desnutrición crónica constituye uno de los principales y potenciales problemas sociales no resueltos, el 21,6% de niños menores de 5 años presentan desnutrición crónica infantil. <sup>(5)</sup>

El distrito de independencia es uno de los doce distritos que integran la provincia de Huaraz en la región Ancash con una población estimada de 75,190 habitantes de los cuales 5,814 son menores de 5 años. Según el reporte de la Dirección Regional de Salud de Ancash (DIRESA) en el año 2018 la desnutrición crónica alcanzó un total de 18,6%. <sup>(7)</sup>



En el Centro de Salud Palmira, en el año 2018 en el servicio de Crecimiento y Desarrollo se evaluó el estado nutricional a 646 niños, de los cuales 34 niños presentaron desnutrición crónica. Cabe señalar que la estrategia que utiliza el personal de salud para disminuir el índice de desnutrición en el distrito de independencia se centra en las consejerías nutricionales y las sesiones demostrativas.

La desnutrición en niños menores de 5 años se da por múltiples factores, durante las prácticas pre profesionales (externado) se evidenció que los niños menores de 5 años que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo del niño sano presentan desnutrición crónica, alguno de ellos que ya se recuperaron de este cuadro de desnutrición y que algunos niños persisten con desnutrición crónica. Se evidenció que la mayoría de estos niños no tienen una adecuada alimentación, algunos son criados por sus abuelas, otros por la madre, y otros no tienen suficientes medios económicos para solventar la alimentación de sus niños según la edad, todo esto impide que los niños tengan un estado nutricional adecuado.

Frente a la situación problemática descrita, se formuló la siguiente interrogante ¿Cuáles son los factores asociados a la desnutrición crónica en los niños menores de 5 años del Centro de Salud Palmira - Huaraz - 2018? El objetivo general fue determinar los factores asociados a la desnutrición crónica en los niños menores de 5 años del Centro de Salud Palmira - Huaraz - 2018; como objetivos específicos se consideraron los siguientes: identificar los factores socioculturales asociados a la desnutrición crónica en los niños menores de 5 años, analizar los factores biológicos asociados a la desnutrición crónica en los niños menores de 5 años.

Según los resultados obtenidos en la investigación, Resultados: 29,4% de madres son jóvenes; 39,7% son madres de zona urbana marginal; 35,3% son solteras, con

instrucción primaria; 33,8% con más de 3 hijos; 32,4% tienen bajo ingreso económico mensual; 29,4% creen que “comer menestras produce gases”; 30,9% familias consumen alimentos tradicionales; 38,2% de niños se alimentan 5 veces al día; 44,1% nacieron con peso regular; 27,9% enfermaron del sistema digestivo; 41,2% recibieron lactancia mixta; 32,4% iniciaron alimentación complementaria a los 4 o 5 meses. Se concluyó que la procedencia de la madre ( $X^2:15,270$  y  $p:0,000$ ); hábitos de alimentación ( $X^2:28,870$  y  $p: 0,000$ ); tipos de lactancia ( $X^2:34,000$  y  $p: 0,000$ ). Están asociados significativamente con desnutrición crónica de niños < de 5 años, debido a que el valor de (P) fue menor a 0,05 en los tres factores.

La investigación consta de seis partes. En la primera parte, se da a conocer la hipótesis, las variables y operacionalización de las mismas. En la segunda parte, se exponen los fundamentos teóricos y antecedentes del estudio con el contexto internacional y nacional. A continuación, en la tercera parte, se describen los materiales y métodos utilizados en el proceso de recolección, procesamiento y análisis de la información. En la cuarta parte, se exponen los resultados de la investigación de acuerdo al objetivo propuesto en el estudio. En la quinta parte, se discuten los resultados principales. En la sexta parte, se presentan las conclusiones del trabajo y las recomendaciones correspondientes. En el anexo se incluye los instrumentos utilizados para la investigación, también se encuentra la validación firmado por cada juez experto, la matriz correspondiente (anexo N° 06), así como información relevante para la investigación.

La siguiente investigación se justifica debido a que los recientes cambios socioeconómicos de los pobladores del distrito de Independencia objeto de nuestro estudio, se han visto amenazados por los malos hábitos de alimentación; cabe recalcar

que también parte del estudio estuvo centrada en madres jóvenes, ya que son el pilar fundamental, para erradicar la desnutrición crónica en los niños, que son el futuro de nuestro país. Así, el presente trabajo nos permitió mostrar si existen factores asociados a la desnutrición crónica y profundizar nuestros conocimientos teóricos sobre los cuidados de los niños y la seguridad alimenticia que deben tener para llevar una vida sana y saludable, además de ofrecer una mirada integral sobre el daño que hasta la fecha los padres están produciendo en sus niños por las malas costumbres alimenticias y la crisis económica de los padres; mediante este estudio se ayuda a concientizar a la población de los daños que hasta la fecha vienen dando a sus hijos.

Los resultados brindan un aporte significativo al desarrollo de las personas, familias y comunidades, ya que permite adoptar estrategias adecuadas al personal de salud para educar a las madres y/o los responsables del hogar; para contrarrestar los factores asociados a la desnutrición crónica en niños menores de 5 años de edad y por ende tener niños que presenten parámetros adecuados de crecimiento y desarrollo; así la economía de la familia no se verá afectada por tratar de contrarrestar las enfermedades provenientes de una mala nutrición que se puedan presentar en el futuro.

En cuanto al Centro de Salud les sirve a los profesionales de salud tales como enfermeras(os), nutricionistas entre otros, para implementar estrategias de intervención eficaz e integral sobre la difusión del consumo de los alimentos de forma adecuada y precisa, permitiendo aprovechar los beneficios de los nutrientes. Esta investigación tiene un aporte teórico para los profesionales de la salud ya que permitirá ayudar a enriquecer y complementar su conocimiento, con que promoverán las acciones preventivas, así como brindar una adecuada consejería a las madres sobre cuán importante es la intervención de los factores asociados a la desnutrición, como

medida para implementar nuevos estudios relacionados a la desnutrición se recomienda a los profesionales de la salud tener un plan anual capacitaciones permanentes para combatir esta problemáticas.

Su utilidad metodológica de esta investigación se justifica en que los resultados, tipo de estudio, diseño de investigación, se presentaran materiales y métodos utilizados que se fundamenta en la comparación de sus resultados con otros estudios nacionales e internacionales llevados a cabo en realidades diferentes, y se pondrá a disposición de la comunidad científica los instrumentos válidos y confiables para que otros investigadores posteriormente realicen trabajos similares en otros ámbitos.

El trabajo fue viable y factible y se dispuso de recursos humanos y materiales se contó con la participación de las investigadoras, las madres/niños; en los recursos materiales se tuvo el apoyo del Centro de Salud Palmira, con acceso a las historias clínicas, padrón nominal y para la realización de la investigación se contó con un presupuesto establecido.

El presente trabajo de investigación se encuentra enmarcada dentro de las líneas de investigación de la Escuela Profesional de Enfermería, aprobado mediante la Resolución del Consejo de Facultad N°046-2019-UNASAM, se ubica dentro de la línea de investigación: Cuidado de Enfermería en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de las afecciones transmisibles y no transmisibles más frecuentes (individuo, familia y sociedad), y el área de investigación: enfermedades prevalentes de la infancia y la adolescencia; por lo tanto, la investigación es pertinente a la carrera profesional de enfermería.

## **2. HIPÓTESIS**

Hi: Existe asociación significativa de los factores con la desnutrición crónica en los niños menores de 5 años del Centro de Salud Palmira - Huaraz - 2018.

Ho: No existe asociación significativa de los factores con la desnutrición crónica en los niños menores de 5 años del Centro de Salud Palmira - Huaraz - 2018.

### **1.1. Variables:**

- **Variable independiente:**

Factores

- **Variable dependiente:**

Desnutrición crónica.

## 2.1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORÍAS	ESCALA DE MEDICIÓN
<b>Variable Independiente: Factores</b>	Son las causas determinantes o condición necesaria de un acontecimiento o cambio social que produce una consecuencia, volviéndose los causantes de la evolución o transformación de los hechos.	Factores sociales	Edad de la madre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 15 a 19 años</li> <li>• 20 a 24 años</li> <li>• 25 a 29 años</li> <li>• &gt; 30 años</li> </ul>	Ordinal
			Lugar de procedencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zona rural</li> <li>• Zona urbana marginal</li> <li>• Zona urbana</li> </ul>	Nominal
			Estado civil de la madre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soltera</li> <li>• Conviviente</li> <li>• Casada</li> <li>• Divorciada</li> <li>• Viuda</li> </ul>	Nominal
			Grado de instrucción de la madre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analfabeta</li> <li>• Primaria</li> <li>• Secundaria</li> <li>• Superior</li> </ul>	Nominal
			Ocupación de la madre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudiante</li> <li>• Ama de casa</li> <li>• Empleada</li> <li>• Comerciante</li> </ul>	Nominal
			Número de hijos de la madre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 a 2 hijos</li> <li>• 3 a 4 hijos</li> <li>• 5 a más hijos</li> </ul>	Ordinal
			Ingreso económico de la madre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt; 200 soles</li> <li>• 300 a 500 soles</li> <li>• 600 a 750 soles</li> <li>• 750 a más soles</li> </ul>	Ordinal

		Factores culturales	Creencias alimenticias de la familia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tomar gaseosa descalcifica</li> <li>• Tomar hierbas eleva la presión</li> <li>• Comer productos refrigerados genera cáncer</li> <li>• Comer menestras produce gases</li> <li>• Comer ají causa acidez estomacal</li> </ul>	Nominal
			Costumbres de alimentos tradicionales que consume la familia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El cuy frito</li> <li>• Picante de chocho</li> <li>• Mazamorra de tocosh</li> <li>• Caldo de gallina</li> <li>• Picante de zapallo</li> </ul>	Nominal
			Hábitos alimenticios de su niño	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comer 1 vez al día</li> <li>• Comer 2 veces al día</li> <li>• Comer 3 veces al día</li> <li>• Comer 5 veces al día</li> </ul>	Nominal
		Factores Biológicos	Peso del niño al nacer	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Extremadamente bajo peso al nacer (EBPN)</li> <li>• Muy bajo peso al nacer (MBPN)</li> <li>• Bajo peso al nacer (BPN)</li> <li>• Peso normal</li> </ul>	Nominal
			Edad del niño según edad gestacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recién nacido pre termino</li> <li>• Recién nacido a termino</li> <li>• Recién nacido pos término.</li> </ul>	Nominal
			Enfermedades del niño	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema respiratorio</li> <li>• Sistema digestivo</li> <li>• Alergias</li> <li>• Escaldaduras</li> </ul>	Nominal

			Antecedentes de la lactancia del niño	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lactancia materna exclusiva</li> <li>• Lactancia mixta</li> <li>• Lactancia artificial</li> </ul>	Nominal
			Antecedentes del inicio de la alimentación complementaria de su niño	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 o 5 meses</li> <li>• 6 meses</li> <li>• Más de 6 meses</li> </ul>	Nominal
<b>Variable Dependiente</b> <b>Desnutrición Crónica</b>	Es un proceso por el cual las reservas orgánicas se agotan debido a una carencia calórico - proteica. Retrasando el crecimiento de fetos, niños y adolescentes.	Desnutrición crónica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>&gt; + 2</math> D.E.</li> <li>• <math>&lt; - 2</math> a <math>- 3</math> D.E</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peso/talla:</li> <li>• Peso/edad:</li> <li>• Talla/edad:</li> </ul>	Ordinal



### **3. BASES TEÓRICAS**

#### **3.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

CORONADO Zully. (2013). Guatemala. **“Factores asociados a la desnutrición en niños menores de 5 años”**. Tesis de Grado. Objetivo: Analizar los factores que se asocian a la desnutrición en niños menores de 5 años en el puesto de salud del Valle del Palajunoj, durante el período de noviembre 2012 y febrero del 2013. Tipo de estudio: Descriptivo, transversal. Muestra: Fueron 25 madres entrevistadas de los niños menores de 5 años que sufren algún grado de desnutrición y que asisten a control de peso, talla en el servicio. Resultados: La prevalencia de desnutrición crónica encontrada fue del 92% de niños afectados; los factores asociados a la desnutrición fueron: el nivel de escolaridad de la madre con 52% analfabetas, con 40% primaria y 4% superior; el tercer hijo en el hogar son los más afectados con 36%, debido a los problemas económicos, sociales y culturales. Conclusión: El factor sociocultural que muchas familias adoptan en la comunidad, entre ellos, malos hábitos en la alimentación de los niños están asociados a la desnutrición crónica. <sup>(8)</sup>

CHERIGO Valeria. (2014). Ecuador. **“Valoración el estado nutricional y factores que inciden en la desnutrición en niños de 2-5 años que asisten a los Centros Infantiles del Buen Vivir”**. Tesis de especialidad en nutricionista. Objetivo: Identificar el estado nutricional y los factores que inciden en la desnutrición en niños de 2 a 5 años que asisten al Centro Infantil Buen Vivir administrados por la Fundación Semillas de Amor en Bastión Popular de Guayaquil - año 2014. Tipo de estudio: No experimental, de tipo correlacional. Muestra: Fueron 102 niños entre 2 y 5 años. Los resultados dictaminaron que el 54% presentó un estado nutricional normal, el 35% sobrepeso y el 11% desnutrición. Conclusión: El principal factor de

riesgo de desnutrición en esta población se determinó que era el nivel de instrucción de la madre con el 82% de los desnutridos. <sup>(9)</sup>

VALLEJO María, et colab. (2016). Colombia. **“Estado nutricional y determinantes sociales en niños entre 0 y 5 años de la comunidad del Resguardo Yunguillo y de Red Unidos del Municipio de Macoa 2014”**. Artículo de investigación. Objetivo: establecer el estado nutricional de los niños de 0 a 5 años de la comunidad del Resguardo Yunguillo y de Red Unidos del Municipio de Macoa 2014 y su relación con los determinantes sociales. Tipo de estudio: Descriptivo, correlacional con muestreo probabilístico. Resultados: Se evaluaron 117 niños de Yunguillo y 122 de Red Unidos; encontrando desnutrición aguda 1,7% y 1,6%; desnutrición global 23,1% y 14,5%; retraso en la talla 43,6% y 24,2%; obesidad 12,8% y 9,7%, respectivamente. Se encontró relación entre el indicador talla/edad y nivel educativo del padre; y la pertenencia al programa de alimentación complementaria y el indicador peso/edad y el sexo. Conclusión: Los niños de ambas comunidades presentan problemas de malnutrición reflejados en los porcentajes elevados de desnutrición crónica, sobrepeso y desnutrición global. <sup>(10)</sup>

CUEVA Emérita, et colab. (2017). Ecuador. **“La desnutrición en los niños de 1 a 3 años en el Centro Infantil de Buen Vivir de Cochapamba Sur”**. Tesis para optar el título profesional de licenciatura en enfermería. Objetivo: Determinar las principales causas de desnutrición en el Centro Infantil de Buen Vivir Cochapamba Sur en los niños de 1 a 3 años de edad en el periodo de octubre 2016 a febrero 2017. Tipo de estudio: Descriptivo, transversal de corte cuantitativo y cualitativo con una población de 60 cuidadores de los niños de 1 a 3 años del centro infantil de buen vivir de Cochapamba sur. Resultados: Con la revisión de las historias clínicas

verificando peso, talla e índice de masa corporal se pudo evidenciar que existe 1 niño con desnutrición tipo 1; y 3 niños que poseen riesgo de desnutrición, además de 9 niños con peso bajo debido a que se encuentran en el límite. Conclusión: Con la encuesta aplicada a los cuidadores, se pudo evidenciar que 48,3% de ingresos económicos en algunas ocasiones son bajos, que 46,7% del número de comidas no es adecuado y que son factores de riesgo para que exista desnutrición en los niños.

(11)

DÁVILA Nancy, et colab. (2017). Ecuador. **“Factores asociados a la malnutrición en niños menores de 5 años de los Centros del Buen Vivir de la Parroquia san Francisco del Cantón Cotacachi en la provincia de Imbabura, Quito, durante el periodo de septiembre a diciembre de 2016”**. Tesis para optar especialidad en medicina familiar y comunidad. Objetivo: Determinar los factores: tipo de familia, auto identificación étnica, nivel de escolaridad de los padres e ingresos, influyen en la malnutrición en niños que acuden al centro infantil de buen vivir de Cochapamba sur del Cantón Cotacachi. Tipo de estudio: Descriptivo y transversal. Resultados: El estudio se realizó en 158 menores, para el análisis de las variables de estudio se utilizó el Odds Ratio como razón de probabilidades y para establecer la relación de asociación o independencia entre las variables estudiadas el test chi cuadrado. Conclusión: Se observa una alta prevalencia de malnutrición en comparación a cifras nacionales, donde tiene significancia estadística, las variables tipo de familia con 57% y nivel bajo de ingresos con 60,7%.<sup>(12)</sup>

RUIZ Sor. (2014). Lima\_Perú. **“Factores sociodemográficos asociados a desnutrición en niños de 2 a 5 años, Puesto de Salud Túpac Amaru - Ate Vitarte, Lima”**. Tesis para optar el título profesional de licenciatura en enfermería. Objetivo:

Determinar los factores sociodemográficos asociados a desnutrición en niños de 2 a 5 años, Puesto Salud Túpac Amaru - Ate Vitarte. Tipo de estudio: Descriptivo, correlacional y de corte transversal, muestreo probabilístico. Muestra: Fueron 100 madres y 100 niños. Resultados: Las madres de familia tenían actividades ocupacionales no remuneradas en 63%, ingreso familiar fue inadecuado en 92%, vivienda inadecuada en 93%, tenían entre 25-29 años en 37%, de 1 a 2 hijos. en 62%, eran convivientes 71% y proceden de la sierra 64%. La calidad de alimentación que reciben los niños de 2 a 5 años fue inadecuada en 55% y adecuada en 45%. Conclusiones: Los factores sociodemográficos predominantes fueron el factor económico, ingreso familiar reducido y vivienda inadecuada.<sup>(13)</sup>

LLACMA Abigail. (2015). Lima-Perú. **“Relación entre los factores socioeconómicos de las familias y la desnutrición en niños de 3 a 5 años en el Centro de Salud Leonor Saavedra San Juan de Miraflores-2013”**. Tesis para optar el título profesional de licenciatura en enfermería. Objetivo: Determinar la relación entre los factores socioeconómicos de las familias y la desnutrición en niños de 3 a 5 años del Centro de Salud Leonor Saavedra, San Juan de Miraflores -2013. Tipo de estudio: No experimental, de nivel descriptivo, diseño correlacional. Muestra: Fueron 32 familias representadas por padre y/o madre con niños de 3 a 5 años que padecen desnutrición registrados en el centro de salud. Resultados: Existe relación entre los factores socioeconómicos en el 62% que presentan desnutrición y en el 38% son los factores sociales. Entre los factores sociales, se encuentra que el grado de instrucción que más predomina es el nivel primario seguido del nivel secundario y un mínimo porcentaje tiene nivel superior. El mayor porcentaje de los padres tienen de 3 a 4 hijos, y otro grupo considerable tienen más de 5 hijos y solo

un 13% tienen 1 a 2 hijos. Entre los factores económicos, el 28% no trabajan y solo un 25% refieren que a veces trabajan. Asimismo, el 50% refieren recibir menos de 500 soles, el 25% de los padres reciben el sueldo mínimo. El factor social (nivel de instrucción y composición familiar) se relacionan más con los problemas nutricionales de los niños de 3 a 5 años. <sup>(14)</sup>

CASTRO Margarita. (2016). Huacho-Perú. “**Factores asociados a la desnutrición crónica en menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud de Sunampe - Chincha**”. Tesis para optar el grado académico de maestro en salud pública. Objetivo: Determinar la influencia de los factores asociados a la desnutrición crónica en niños menores de cinco años atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo (CRED) del centro de salud de Sunampe-Chincha. Tipo de estudio: Descriptivo de corte transversal. Muestra: Fueron 60 niños de ambos sexos (30 niños y 30 niñas). Resultados: En relación a la talla para la edad se encontró que el 86,67% de niños tienen talla normal, 11,67% son bajos de talla, y el 1,67% son altos, se halló 11,67 % con desnutrición crónica; y en la relación peso para la talla 70,00% de menores tiene peso normal, el 23,33% tienen sobrepeso, y en el 5,00% se presentan entre obesos y desnutridos. Conclusión: los factores asociados a la desnutrición crónica de niños menores de 5 años; es el desconocimiento de los padres sobre alimentación balanceada y el incumplimiento de los padres al uso de micronutrientes. <sup>(15)</sup>

FLORES Marina. (2018). Puno - Perú. “**Factores asociados a la desnutrición crónica en niños menores de 5 años que acuden al Establecimiento de Salud I-3 Simón Bolívar - Puno**”. Tesis para optar el título profesional de enfermería. Objetivo: Determinar los factores asociados a la desnutrición crónica en niños

menores de 5 años - Enero a Junio del 2017. Tipo de estudio: Descriptivo, transversal y analítico. Muestra: 45 niños con desnutrición crónica. Los resultados: en factores socioculturales se encontró el 26,7% eran madres jóvenes, el 64,4% convivientes, el 24,4% tenían grado de instrucción de secundaria completa y el 53,3% de las madres tenía 1 a 3 hijos; el factor económico el 51,1% de las madres tuvieron un ingreso económico bajo; y con respecto al factor biológico se encontró el 46,7% iniciaron alimentación complementaria a los 6 meses, el 62,2% tuvo la consistencia, cantidad, calidad y frecuencia de la comida inadecuada. Conclusión: Las variables asociados a la desnutrición crónica, dependen de los factores económicos y biológicos, encontrándose estadísticamente significativos el ingreso económico de la madre, consistencia de las comidas, Cantidad de alimentos, calidad de alimentos y frecuencia de las comidas. <sup>(16)</sup>

HURTADO Juan. (2019). Lima-Perú. **“prevalencia y factores asociados a desnutrición crónica en niños menores de 5 años en el Perú: Subanálisis ENDES 2016”**. Tesis para optar el título profesional de médico cirujano. Objetivo: Determinar la prevalencia y los factores asociados a desnutrición crónica infantil en el Perú según el ENDES 2016. Tipo de estudio: Observacional, analítico, transversal, retrospectivo. Muestra: Todos los niños menores de 5 años de edad residentes en el Perú durante el periodo de ejecución de la ENDES 2016. Resultados. Se determinó los siguientes valores de proporciones y medidas de asociación: teniendo que la edad de 18 a 23 meses (17% y razón de probabilidad = 1.40), el sexo masculino (14% y razón de probabilidad = 1.08), el nivel de educación de los padres (37% sin nivel de educación y razón de probabilidad = 5.62), el tratamiento del agua (25% sin tratamiento del agua y razón de probabilidad = 2.90), el peso al nacer (33% con muy

bajo peso al nacer y razón de probabilidad de 4.10), el quintil de riqueza (29% ubicado en el quintil inferior y razón de probabilidad = 4.60), el área de residencia (25% son de la zona rural y una razón de probabilidad = 3.02), la región natural (21% son de la sierra del país y razón de probabilidad = 2.41) y la situación nutricional de la madre (21% con sobrepeso y obesidad y razón de probabilidad = 2.68). Conclusión: Las madres que no tienen ningún nivel de educación representó el principal factor de riesgo para el desarrollo de desnutrición crónica en los niños menores de 5 años. <sup>(17)</sup>

ARRUNÁTEGUI Víctor. (2016). San Marcos – Áncash – Perú. **“Estado nutricional en niños menores de 5 años del distrito de San Marcos”**. Artículo de investigación. Objetivo: Evaluar el estado nutricional de niños menores de 5 años evaluados en Carhuayoc y dos barrios pobres de Ayash, Huaripampa y Pujun en el distrito de San Marcos. Tipo de estudio: Descriptivo, de corte transversal. Muestra: Fueron 178 niños, entre mayo y diciembre de 2011. Resultados: Los indicadores mostraron una prevalencia alta de desnutrición moderada o grave en la mayoría de los niños estudiados. El parámetro Talla/Edad (T/E) puntuación <2 (moderada) o (T/E) puntuación <-3 (grave) se observó en 46% de los niños de Carhuayoc, 60% de los niños de Pujun y 62% de los niños de Ayash Huaripampa. Conclusiones: Estos resultados demuestran el alto índice de desnutrición en la población rural de la sierra de Ancash, debido a diferentes factores negativos (tamaño de familia, ingreso económico, educación y vivienda). <sup>(18)</sup>

SOLES Fiorella. (2017). Chimbote - Perú. **“Factores asociados al estado de desnutrición en niños menores de 5 años. Centro de Salud Santa, 2017”**. Tesis para optar el título profesional de enfermería. Objetivo: Determinar los factores

asociados al estado de desnutrición en niños menores de 5 años. Tipo de estudio: Descriptivo, correlacional y de corte transversal. Muestra: 30 niños con desnutrición crónica y 30 niños sanos. Resultados: Según el indicador talla/edad tienen desnutrición global el 26,7%; según el indicador Peso/edad solo el 6,7% de los niños presenta desnutrición aguda. Referente a los factores socioeconómicos el 85% de las madres tienen una edad de 18 a 34 años, el 65% han cursado secundaria y 91,7% son amas de casa. Los factores sociales asociados a la desnutrición fueron el nivel de instrucción [X<sup>2</sup>: 8,879; p: 0,031], el 70% de ingreso económico familiar era regular [X<sup>2</sup>: 14,571; p: 0,002] y 96,7% de las prácticas alimentarias fue inadecuada [X<sup>2</sup>: 39,095; p: 0,000]. Conclusión: Se encontró asociación entre los factores asociados a estado de desnutrición en niños menores de 5 años. <sup>(19)</sup>

NAMUCHE Fernando, et colab. (2007). Ancash-Perú. **“Evaluación del estado nutricional de niños menores de 6 años en 10 comunidades en Jangas, Independencia, Huaraz, enero-febrero”**. Artículo de investigación. Objetivo: Evaluar el estado nutricional en menores de 6 años en 10 comunidades de los distritos de Jangas e Independencia, Huaraz durante los meses de enero-febrero de 2007. Tipo de estudio: Transversal, observacional y prospectivo. Muestra: 198 niños menores de 6 años. El estado nutricional se evaluó mediante indicadores antropométricos como Peso/Edad. Peso/Talla y exámenes de laboratorio. Resultados: la prevalencia de desnutrición aguda fue de 13,1%; desnutrición crónica 35,4%; sobrepeso 12,12%; obesidad 6,56% y anemia 14,8%. <sup>(20)</sup>

MENDOZA Gina. (2016). Huaraz-Perú. **“Creencias y prácticas alimentarias e higiénicas en madres de niños menores de 5 años en el distrito de Anta, Ancash”**. Artículo de investigación. Objetivo: Determinar la asociación entre las creencias y



prácticas alimentarias e higiénicas de las madres con el estado nutricional de sus hijos menores de 5 años, en el distrito de Anta. Tipo de estudio: Descriptivo. Muestra: 290 niños menores de 5 años y su respectiva madre. Resultados: Muestran que, 4 de cada 10 niños menores de cinco años sufre de desnutrición crónica. Creencias perjudiciales como el inicio precoz de la alimentación complementaria, y que este inicio debe hacerse con alimentos ligeros fueron asociadas a la desnutrición crónica. El iniciar la alimentación complementaria antes de los 6 meses, consumir solo 2 comidas principales al día en lugar de 3 y consumir alimentos disminuidos en frecuencia, consistencia y cantidad durante los procesos infecciosos son prácticas asociadas a la aparición de desnutrición crónica, así como la eliminación de excretas al campo abierto en lugar de usar inodoro o letrina. <sup>(21)</sup>

### **3.2. MARCO TEÓRICO**

#### **A) FACTORES**

##### **a) Definición:**

Se entiende por factores a la causa determinante o condición necesaria de un acontecimiento o cambio social que produce una consecuencia. Los factores también se refieren agentes o elementos que contribuye a la población de un resultado, se habla de elementos reales que existen en nuestro mundo y que por su naturaleza son importantes. <sup>(12)</sup>

**a.1. FACTORES ASOCIADOS:** Los factores causantes que tienen un importante valor en la desnutrición son:

- Factores que determinan la disponibilidad de los alimentos: como la producción, transporte, almacenamiento entre otros.
- Factores que determina el consumo de alimentos: económicos, culturales,

psicológicos y religiosos.

- Factores que determinan el aprovechamiento: como el momento fisiológico, condiciones fisiopatológicas presentes, estado previo de nutrición.

Los múltiples factores de la desnutrición infantil se encuentran en los factores socioculturales, económicos y políticos como la pobreza, la desigualdad y una escasa educación de las madres también familias de bajos recursos económicos, que no pueden ofrecer una alimentación balanceada y rica en nutrientes necesarios para el desarrollo normal de los niños; igualmente la falta de acceso a los alimentos, la falta de atención sanitaria, la utilización de sistemas de agua, saneamientos insalubres, las prácticas deficientes de cuidado y alimentación. <sup>(4)</sup>

**a.1.1. FACTORES SOCIALES:** Hace referencia a lo social, a todo aquello que ocurre en una sociedad, o sea en un conjunto de seres humanos relacionados entre sí por algunas cosas que tienen en común. Por lo tanto, factores sociales, son aquellas cosas que afectan a los seres humanos en su conjunto, sea en el lugar y en el espacio en el que se encuentren. <sup>(4)</sup>

- **La edad materna:** es un antecedente biodemográfico que permite identificar factores de riesgo a lo largo del ciclo vital de las personas; en el caso de la mujer adquiere especial importancia el periodo llamado edad fértil. Este periodo caracteriza a la mujer por su capacidad de ovular y embarazarse. <sup>(22)</sup>

- **La edad materna de 18 a 25 años:** Es un factor debido a una deficiencia nutricional, en mujeres muy jóvenes se ha señalado un mayor riesgo de tener hijos con desnutrición fetal, porque han sido concebidos genéticamente pequeños ya sea porque los padres son de talla muy baja o porque tienen malformaciones congénitas asociadas a enanismo; los que han padecido de infecciones crónicas durante el

embarazo, capaces de limitar el crecimiento fetal y los que no se desarrollan normalmente por insuficiente nutrición intrauterina. Por consiguiente, mayor probabilidad de una desnutrición crónica. <sup>(23)</sup>

- **La madre de avanzada edad:** Es un factor de pronóstico reproductivo delicado en mujeres de 35 años o más, que señala el mayor riesgo de muerte materna, perinatal e infantil y de bajo peso al nacer, esto a medida que avanza la edad; las posibilidades de que una mujer quede embarazada disminuyen, motivado por el deterioro en la calidad de sus óvulos sobre todo aquellas que esperan para obtener descendencia, mucho más allá de la edad óptima para tal propósito. <sup>(24)</sup>

• **Ocupación laboral:** Es el empleo, oficio, profesión o cualquier otra actividad que realiza la madre. Las madres que trabajan fuera del hogar dispondrían de menos tiempo para el cuidado de sus hijos. <sup>(22)</sup>

#### **Categorías maternas como consecuencia de la desnutrición:**

- **Madres de oficio:** Son mujeres que no tienen educación primaria y secundaria y por la necesidad realizan trabajos manuales o de esfuerzo físico a cambio de una remuneración básica, para cumplir con las necesidades alimenticias, educativas y de vestimenta, para sus hijos, a raíz de que, la madre constituye, desde el comienzo de la vida de un niño, la figura de un apego más importante. Por eso, la ausencia de la madre puede traer consecuencias importantes. A continuación, mencionamos las más importantes: <sup>(22)</sup>

**Desequilibrio emocional:** Esto se traduce en: irritabilidad, baja autoestima, depresión, ansiedad y falta de motivación.

**Problemas de salud:** Hay niños que, ante la ausencia de la madre, incluso pierden el apetito. Junto con los desequilibrios emocionales, provoca déficit en la salud.

Esto también amerita atención profesional inmediata. <sup>(22)</sup>

- **Madres profesionales:** Esta categoría se ve reflejada en mujeres que cuentan con una profesión y que dan poca importancia al crecimiento saludable de sus hijos, por tener un tiempo muy limitado para el cuidado de sus hijos; estos caen en desnutrición por una mala alimentación, trayendo consigo la pérdida de apetito y desnutrición crónica. <sup>(22)</sup>

- **El Estado Civil:** Es la condición marital inestable de una persona, que se presenta como una variable de riesgo para el niño en sus primeras etapas de crecimiento. <sup>(22)</sup>

#### **Categorías según el estado civil de la madre como consecuencia de la desnutrición:**

- **Madres divorciadas:** Esta categoría refleja la inestabilidad emocional de la madre; y repercute en la vida saludable que debería de llevar el niño en sus primeros años de vida; a raíz de la desatención que tiene el niño surge el problema de la falta de apetito como consecuencia la desnutrición crónica, todo esto por la depresión de la madre. <sup>(22)</sup>
- **Madres abandonadas:** Esta categoría se ve reflejada en madres con edades de 30 a 40 años que por un cambio en el estado gestacional o estado de ánimo llegan a cansar a la pareja; también es un indicador que repercute mucho en el estado nutricional de los niños ya que se ve la necesidad de la madre por conseguir un empleo y descuida la alimentación de sus hijos trayendo consigo la pérdida de apetito y desnutrición crónica. <sup>(22)</sup>
- **Madres viudas:** Esta categoría probabilísticamente comprende en algunos casos a madres jóvenes y de avanzada edad; también refleja la desatención en los niños y como consecuencia la mala alimentación que deberían de tener los hijos, parte de

ello se debe al estado emocional de la madre, requiriendo así la intervención inmediata de una especialista. <sup>(25)</sup>

- **El lugar de procedencia:** Es la indicación geográfica constituida por la denominación de un país, región o algún lugar determinado. La concentración de familias vulnerables en una determinada zona, como: rural, urbana y urbano marginal. <sup>(25)</sup>
- **Familias en zonas rurales:** Las familias en zona rural según las estadísticas, se demuestra que la pobreza se ha reducido del 48% (2004) al 22% (2015), entre la población rural el 45% son pobres; los pobres tienen más hijos, por tanto, hay más niños pobres y la desnutrición se hace más latente y poco combatible en estas zonas <sup>(25)</sup>. En la Sierra y Selva, alrededor de 30% de todos los hogares son pobres.
- **Familias en zonas urbanas:** Las familias en zonas urbanas crecen en un 26% del total. <sup>(25)</sup>.
- **Familias en zona urbana marginal:** La brecha urbana/marginal sigue siendo enorme y el 71,4% de familias se encuentra situados en las zonas rurales. La brecha que hace muy grande persistiendo así la desigualdad. <sup>(25)</sup>
- **El tamaño de la familia:** Es otro factor a tener presente al estudiar la familia. Así existen familias clasificadas como grandes (7 y más miembros), medianas (4-6 miembros) y pequeñas (1,2 y 3 miembros). El tamaño y la composición familiar pueden ser indicadores de la salud de gran importancia a la hora de estudiar a la familia de riesgo, y especialmente a aquellos que no cumplen adecuadamente el desempeño de sus funciones en tanto pueden generar disfunciones hacia su interior.

• **Grado de instrucción de la madre:** El grado de instrucción de la madre se relaciona directamente con la salud, porque ayuda a elegir estilos de vida más sanos, permite comprender mejor la relación el comportamiento y la salud, también se relaciona con algunos factores económicos (mejor salario) o que aumente la eficiencia productiva. <sup>(25)</sup> Finalmente, cabe destacar que no se deben ver por separado estos factores, pues la desnutrición no es el resultado de la acción de sólo uno de ellos, sino de su conjunto, y es así como ha de enfocarse este problema de salud al emprender un programa preventivo. <sup>(26)</sup> El bajo nivel educativo en especial de la madre y la falta de conocimiento sobre salud reproductiva, nutrición y desarrollo infantil inciden negativamente en la desnutrición de los hijos. <sup>(27)</sup>

• **Ingreso económico:** Es la cantidad de dinero que recibe la madre en un periodo determinado (mensual). Son fuentes de ingresos económicos, sueldos, salarios, ingreso por intereses, pagos de transferencia, alquileres y demás. El bajo nivel de ingresos económicos limita el acceso a los alimentos, en cantidad o calidad necesarias, o en ambos casos. <sup>(27)</sup>

La pobreza es la causa de la inseguridad alimentaria ya que ella es la causa del desempleo o ingresos insuficientes que no permiten adquirir los alimentos necesarios; la pobreza existe en donde quiera que haya personas extremadamente pobres desfavorecidas; tanto en los países pobres como en los ricos. El problema de muchos hogares pobres es que la mayor parte o totalidad de su trabajo y de sus ingresos apenas alcanza para cubrir sus necesidades en circunstancias normales. La participación de las mujeres en el ingreso familiar ha crecido sostenidamente en todos los países, lo cual es altamente positivo y debido a que las diferencias, en la actualidad oscilan alrededor del 30% de mujeres que en la actualidad cuentan con un

trabajo y son el soporte económico de muchas familias. <sup>(27)</sup>

- **Gastos en alimentos:** En la comunidad se tiene dos principales formas de adquirir sus alimentos, los que se producen a través de los cultivos en sus biohuertos o chacras y el dinero que adquieren mediante el traspaso de sus frutos: la otra forma es a través de la compra de sus alimentos y lo realizan con el dinero obtenido o a cambio del trabajo dentro o fuera del hogar. <sup>(7)</sup>

#### **a.1.2. FACTORES CULTURALES:**

Los factores culturales tienen una influencia sobre lo que come la gente, como preparan sus alimentos, sus prácticas alimentarias y los alimentos que prefieren. Sin embargo, los hábitos y prácticas alimentarias son la causa principal o importante de la malnutrición. Por el contrario, muchas prácticas son específicamente diseñadas para proteger y promover la salud; un ejemplo es suministrar a las mujeres alimentos abundantes, densos en calorías durante los primeros meses después del parto. Es verdad también, que algunas prácticas alimentarias tradicionales y tabúes de ciertas sociedades pueden contribuir a deficiencias nutricionales en grupos específicos de la población. Los profesionales de salud deben conocer los hábitos y prácticas de alimentación de las comunidades donde trabajan, de manera que puedan ayudar a reforzar los elementos positivos y luchar para cambiar los negativos. <sup>(28)</sup>

- **Los hábitos alimentarios y sus orígenes:**

Las personas tienen sus propias preferencias, rechazos y creencias respecto a los alimentos, y muchas son conservadoras en sus hábitos alimentarios. Se tiene la tendencia a aceptar lo que las madres preparaban, los alimentos que se servían en ocasiones festivas o los que consumían lejos de casa con amigos y familiares durante la infancia. Los alimentos que los adultos comieron durante la infancia raramente no

son aceptados posteriormente. <sup>(28)</sup>

Relativamente pocas personas o sociedades se oponen al consumo de cereales, legumbres, hortalizas o fruta. Pueden tener fuertes preferencias y gustos, pero la mayoría de quienes comen maíz también comen arroz, y casi todo los que comen arroz, comerán productos a base de trigo. <sup>(28)</sup>

Las preferencias alimentarias no se establecen ni se eliminan por caprichos y aficiones. Frecuentemente los ajustes se originan en cambios sociales y económicos que se llevan a cabo en toda la comunidad. El asunto importante no es qué tipo de alimentos se consume sino más bien, cuanto de cada alimento se come y como se distribuye el consumo dentro de la sociedad o de la familia. <sup>(28)</sup>

La persona que controla las finanzas familiares influye (deliberadamente o sin intención) en la dieta de la familia y los alimentos que se dan a los niños. En general, si las madres tuviesen algún control sobre las finanzas, la dieta familiar sería mejor. Cuando la madre tiene poco control sobre los ingresos de la familia, los arreglos alimentarios pueden volverse casuales o inclusive peligrosos. <sup>(28)</sup>

La educación nutricional ha tenido una importante influencia en los hábitos alimentarios, pero no siempre ha sido positiva. Felizmente, ya pasó el momento en que los nutricionistas promovían costosos alimentos ricos en proteínas a personas que no los podían comprar. <sup>(28)</sup>

Desgraciadamente, la tendencia de escoger alimentos o nutrientes sea para promoverlos o para prohibirlos, no ha desaparecido, como tampoco la tendencia a tratar de enseñar mediante el temor y quitando el placer de comer. Sin embargo, el cambio siempre surge en forma lenta y los antiguos hábitos difícilmente terminan; las personas que aprendieron estas antiguas lecciones son aún responsables de



alimentarse a sí mismas y a sus familias, y pueden encontrar que es problemático cambiar de nuevo. <sup>(28)</sup>

• **Ventajas nutricionales de los hábitos alimentarios tradicionales:**

Las dietas tradicionales en la mayoría de las sociedades en los países en desarrollo son buenas. Generalmente se requieren solamente cambios menores para permitir satisfacer las necesidades de nutrientes de todos los miembros de la familia. Aunque la cantidad de alimentos consumidos es un problema más común que la calidad. <sup>(28)</sup>

Una costumbre que se encuentra con frecuencia entre los pastores y otras personas es tomar leche agria o cuajada, en vez de fresca. La leche agria no pierde su valor nutritivo, pero a menudo reduce de modo sustancial el número de organismos patógenos presentes. En comunidades donde el ordeño no se realiza con buena higiene y donde los recipientes en los que se recibe la leche quizá están contaminados, es más seguro tomar leche agria y no leche fresca; la leche hervida es más segura. <sup>(28)</sup>

El uso tradicional de ciertas hojas de color verde oscuro entre comunidades rurales es otra práctica benéfica que se debe estimular. Estas hojas son fuentes ricas de caroteno, ácido ascórbico, hierro y calcio; además, contienen cantidades útiles de proteínas. Las hojas verdes oscuro no cultivados, por ejemplo, calabaza, patata y yuca, son mucho más ricas en vitaminas que las hortalizas de hojas pálidas de origen europeo, como el repollo y la lechuga. <sup>(28)</sup>

> **Tabúes alimentarios:**

Algunas prácticas son el resultado de percepciones tradicionales sobre los alimentos que son susceptibles de cambiar por la influencia de pueblos cercanos, viajes, educación, etc. Otras prácticas alimentarias están ligadas a la existencia de tabúes.

Un tabú puede existir en un país, en un pueblo, en parte de esta, o en ciertos grupos de la población. Dentro de una sociedad puede haber costumbres alimentarias definidas en grupos de mujeres y niños, o mujeres embarazadas y niñas. En algunos casos las costumbres alimentarias tradicionales tienen que ver con un grupo de edad en particular, y en otras ocasiones un tabú puede estar relacionado con una determinada ocupación, como la caza, otras veces, para algunos individuos, el tabú puede haber sido causado por algún suceso particular, como una enfermedad o una ceremonia de iniciación religiosa. <sup>(29)</sup>

Las costumbres que prohíben el consumo de ciertos alimentos que son nutricionalmente indeseables, se han debilitado o han desaparecido como resultado de la educación, la mezcla de las personas de diferentes sociedades y los viajes. Alguno de los tabúes que permanecen puede parecer ilógicos y de origen oscuro, pero no es aconsejable que individuos foráneos traten de alterar los hábitos alimentarios establecidos, sin analizar sus orígenes. No tiene sentido tratar de alterar un hábito que no afecta en forma negativa el estado nutricional. <sup>(29)</sup>

Los hábitos nutricionalmente negativos, como cualquier otro hábito, puede ser cambiado por las personas que los tienen. En este aspecto, los individuos locales influyentes se pueden unir a los nutricionistas y convertirse en una alianza importante dedicada a erradicar la malnutrición. Una conferencia por parte del presidente o un ministro del gabinete, la observación de un líder respetado de la tribu que coma algún alimento prohibido sin que sufra peligro alguno, o el retorno a la ciudad de personas locales educadas e ilustradas, será más efectiva que la predicación o estímulo de un forastero. <sup>(29)</sup>

• **Cambio de los hábitos alimentarios:**

Con frecuencia es difícil descubrir que factores han sido los más importantes en estimular o influir los cambios en los hábitos alimentarios. El rápido aumento en el consumo de pan en muchos países, latinoamericanos y asiáticos donde el trigo no es un alimento básico, es comprensible. Es por lo menos en parte un fenómeno que ahorra mano de obra; el pan es uno de los primeros alimentos “de conveniencia” que ha estado disponible. Antes de salir de casa para ir al trabajo uno puede comer algunas rebanadas de pan en vez de desayuno tradicional del plato de avena con leche, que requiere tiempo de preparación y es desagradable cuando está frío. El pan puede ser llevado en el bolsillo y consumirse durante un descanso de la jornada laboral o cuando se está de viaje. <sup>(30)</sup>

Es evidente que, los cambios en los hábitos alimentarios no son solo accidentales y se pueden iniciar deliberadamente. A nivel comunitario y familiar, los niños de edad escolar pueden ser importantes agentes de cambio, dado que sus gustos y preferencias están en formación, por lo que si prueban un nuevo alimento tal vez les guste y lo acepten con mayor facilidad. Las comidas escolares pueden servir para introducir nuevos alimentos a los niños y por lo tanto influir en sus hábitos alimentarios. Esta ampliación de la experiencia alimentaria en la infancia es sumamente importante. Los niños pueden influir a la familia inmediata y más adelante a sus propios niños para comer alimentos nuevos altamente nutritivos. <sup>(30)</sup>

• **Nuevos hábitos perjudiciales:**

La rápida extensión del uso de fórmulas lácteas infantiles o de leche animal con los biberones, en vez de amamantar a los niños, es una tendencia alimentaria relativamente nueva e indeseable. Menos atención se ha prestado al tema de otros alimentos complementarios disponibles localmente o aquellos para el destete,

preparados y producidos en el hogar y consumidos tradicionalmente, son con frecuencia tan nutritivos o más que los alimentos manufacturados para niños, y son siempre más económicos. En general, se introducen de modo gradual mientras se amamanta y se continúa hasta el segundo año de vida y aún más. Los alimentos manufacturados para niños se deben promover únicamente para quienes están en incapacidad o no están dispuestos a continuar amamantando. Son seguros y nutricionalmente adecuados cuando se preparan higiénicamente y en la dilución correcta. Y son convenientes para quienes los pueden pagar. Sin embargo, los alimentos manufacturados son costosos si se comparan con los alimentos locales, y para la mayoría de las familias en los países en desarrollo, exceptuando a los ricos, pueden ser una pérdida de dinero. Para las familias que tienen poco dinero para gastar en alimentos y otras necesidades básicas, estos alimentos son una forma muy costosa de adquirir los nutrientes que desean tener. <sup>(30)</sup>

Otro tipo, particularmente engañoso de publicidad, se relaciona con producto de glucosa de los que se dice suministran “energía instantánea”. La energía está presente en casi todos los alimentos más económicos en gran cantidad. De modo semejante, las bebidas anunciadas como “ricas en vitamina C” por lo general son innecesarias, pues pocos niños sufren de carencia de vitamina C. La vitamina C se puede obtener igualmente de frutas como guayabas, mangos y cítricos, o de una vasta gama de hortalizas. <sup>(30)</sup>

Los alimentos para el destete denominados ricos en proteína también son muy promocionados. Estos son productos nutricionalmente buenos, pero cuestan mucho más que los alimentos ricos en proteína disponibles en el mercado como frijoles, maní, pescado, carne, huevo o leche. Por lo general, cuesta mucho más suministrar

100 gramos de proteína de estos productos comercialmente promovidos que, por ejemplo, frijoles comprados en el mercado local. La pregunta esencial es como una madre podría mejorar la dieta de su hijo si tuviese un poco de dinero extra para gastar. La respuesta rara vez sería en alimentos manufacturados para niños. <sup>(30)</sup>

• **Como influir para obtener cambios positivos:**

- Proteger, apoyar y ayudar a conservar los numerosos y excelentes hábitos alimentarios que existen y son nutricionalmente valiosos.
- Respetar el conocimiento y las costumbres de la gente en la comunidad donde trabajan.
- Dar buen ejemplo en sus propios hogares, adoptando buenos hábitos alimentarios.
- Influir a líderes locales respetados para que públicamente afirmen que ellos mismos han dejado los tabúes alimentarios negativos, y apoyarlos para que cuando se presente la oportunidad no consuma en público alimentos “prohibidos”.
- Persuadir a la gente para que no abandone sus buenos hábitos alimentarios o se dejen influir por los “sofisticados” que regresan de la ciudad, que tratan de desanimar a los pobladores rurales a comer alimentos nutritivos tradicionales, y los alientan a consumir y producir hortalizas de tipo europeo en lugar de los buenos alimentos tradicionales.
- Explicar las desventajas de las harinas de cereales refinadas si éstas se han vuelto populares en el área, y abogar por el consumo de varios cereales en la dieta local.
- Adoptar los pasos descritos para proteger, apoyar y promover el amamantamiento de los niños y eliminar toda promoción de sustitutos de la leche materna.
- Disuadir a las familias más pobres a comprar productos manufacturados para niños y estimularlos a usar los alimentos complementarios disponibles.

- Producir material informativo que ayude a detener el avance de la alimentación con biberón y la compra innecesaria de alimentos costosos para bebés.
- Luchar, a través del servicio civil u organizaciones oficiales locales, para que se introduzca el pago semanal de salarios a los empleados en vez del sistema mensual, e influir a los trabajadores y líderes de los sindicatos de trabajadores a hacer lo mismo.
- Dar los pasos necesarios para introducir buenas prácticas de alimentación en las escuelas locales y otras instituciones.

### **a.1.3. FACTORES BIOLÓGICOS:**

#### **• Factores internos:**

Son los factores que pueden influir en la desnutrición de los niños menores de 5 años, entre ellos influye el tipo de lactancia materna que estos reciban, ya que las madres no dan lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida de los niños y agregan otros tipos de dietas que no son adecuados, debido a la pobreza que muchas familias se enfrentan y no contienen los nutrientes necesarios para los niños lo cual influye en el crecimiento y desarrollo de los niños. <sup>(31)</sup>

La diarrea, infecciones respiratorias, parasitismo intestinal y anemia son las patologías que más afectan a los niños ya que cada crisis de dichas enfermedades afecta su crecimiento y desarrollo. <sup>(31)</sup>

#### **• Factores externos:**

- **La mala nutrición:** la alimentación en los niños es uno de los aspectos más importantes en su crecimiento y desarrollo. Los padres son responsables de proporcionarles los nutrientes necesarios, además de crear en ellos unos buenos hábitos alimenticios. Una alimentación adecuada en la niñez, con presencia con

todos los grupos alimenticios, evitará consecuencias en la edad adulta. Los malos hábitos que los padres permitan que se formen en la infancia acompañarán al niño durante toda su vida. <sup>(30)</sup>

Si el niño se opone a comer verduras, frutas o pescado se deben buscar alternativas para que estén presentes en su alimentación. De una dieta sana, equilibrada y variada durante los primeros años de vida dependerá el metabolismo del adulto. <sup>(30)</sup>

Menos desarrollo y concentración y más cansancio son algunos de las consecuencias de una mala alimentación en los niños. <sup>(30)</sup>

## **B) DESNUTRICIÓN**

### **b) Definición:**

Según las Organizaciones de las Naciones Unidas para la Alimentación y Agricultura (FAO), la desnutrición se define como una condición fisiológica anormal causada por un consumo insuficiente y desequilibrado de los macronutrientes que aportan energía alimentaria (hidrato de carbono, proteínas y grasas) y los micronutrientes (vitaminas y minerales) que son esenciales para el crecimiento y el desarrollo físico y cognitivo. <sup>(32)</sup>

Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). La desnutrición es el resultado del consumo insuficiente de nutrientes y de la aparición repetida de enfermedades infecciosas. La desnutrición puede ser crónica, global y aguda. <sup>(30)</sup>

Según el artículo médico-científico (luz y vida), la desnutrición infantil, es una patología de etiología multicausal, que afecta a todo el organismo humano en forma sistémica, con complicaciones inmediatas, mediatas y secuelas a largo plazo insospechadas, además de ser potencialmente reversible con un manejo oportuno, integral, multidisciplinario y mantenido en el tiempo con apoyo intersectorial. <sup>(33)</sup>

La prevalencia y el número de personas con desnutrición tienden a ser más elevados en países muy expuestos a fenómenos climáticos extremos. La desnutrición es también mayor cuando la exposición a estos fenómenos se ve agravada debido a que un alto porcentaje de población depende de sistemas agrícolas muy sensibles a la variabilidad de lluvias y temperaturas. <sup>(33)</sup>

La desnutrición es una alteración sistémica, potencialmente reversible, con diversos grados de intensidad; se reconocen distintos factores de riesgo y su alta prevalencia en una comunidad determinada, está íntimamente ligada al subdesarrollo económico, a la injusticia social, al analfabetismo entre otros. Los estudios prospectivos de los factores de riesgo de crecimiento infantil de países de bajos ingresos son relativamente escasos, pero vitales para guiar los esfuerzos de intervención. En niños menores de cinco años se han señalado diversos factores de riesgo nutricional relacionados con el individuo, los padres, el medio familiar, el ambiente en general entre otros. Ante estos hechos es necesario explorar acerca de los factores de riesgo ligados a la desnutrición crónica en niños menores de cinco años para poder crear programas que superen estos problemas y lograr disminuir el número de pacientes con desnutrición crónica. <sup>(33)</sup>

De acuerdo con los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la desnutrición es un tipo de la llamada malnutrición. La desnutrición tiene numerosas consecuencias adversas:

- **El retraso en el crecimiento:** La estatura es inferior a la que corresponde según la edad del niño o de la persona que sufre desnutrición.

- **La emaciación:** El peso es el inferior al que corresponde según la edad.

**La carencia o insuficiencia de micronutrientes, vitaminas y minerales.**



En el mundo hay muchas familias que no tienen la capacidad de adquirir alimentos como frutas, verduras o leche y, por lo tanto, la alimentación de los niños no es sana ni equilibrada. <sup>(4)</sup>

### **b.1. TIPOS DE DESNUTRICIÓN:**

**b.1.1. DESNUTRICIÓN AGUDA:** viene a ser el déficit de peso para la talla, que radica en el descenso de la masa corporal, mayormente es originado por un episodio agudo de enfermedades infecciosas o severos descensos de ingesta de calorías. <sup>(34)</sup> la desnutrición aguda se evalúa mediante los indicadores de peso para la talla (P/T) cuando el punto de corte se ubica por debajo de -2DS. <sup>(30)</sup> Un niño con desnutrición aguda pesa menos de lo que le corresponde con relación a su altura. Altera todos los procesos vitales del niño y conlleva un alto riesgo de mortalidad. <sup>(34)</sup> Según los datos de OMS, hoy en día, los fallecimientos de menores de 5 años en el mundo se deben directa o indirectamente a la desnutrición aguda. Sus síntomas externos son un peso muy bajo para la estatura y una delgadez extrema conocida como emaciación. <sup>(4)</sup>

### **Índices nutricionales derivados del peso y de la talla. Cálculo y clasificación.**

Relación o índice	Cálculo
Peso/Talla Z	curva percentilada/Puntuación

#### **Índice de masa corporal (IMC) peso (Kg)**

Talla (m)

Valor resultado según:

Curva percentilada/Puntuación Z

#### **Relación Peso/Talla. Se clasifica según percentil y/o puntuación Z:**

- **Normal:** P15 - P85 ( $Z > -1$  y  $< +1$ )

- **Subnutrición** (tres niveles)

- Leve:  $<P15$  y  $>P3$  ( $Z < -1$  y  $> -2$ )
- Moderada: ( $Z < -2$  y  $> -3$ )
- Grave: ( $Z < -3$ )

**- Sobre nutrición (tres niveles)**

- Leve (sobrepeso):  $>P85$  y  $<P97$  ( $> +1$  y  $< +2$ )
- Obesidad:  $>P97$  ( $Z > +2$  y  $< +3$ )
- Obesidad intensa:  $Z > +3$

**IMC (OMS, coles): Hasta 5 años se clasifica igual que la relación Peso/Talla.**

**• En mayores de 5 años:**

- **Normal:**  $P15$ -  $P85$  ( $Z > -1$  y  $< +1$ )
- **Sobrepeso:**  $>P85$  (puntuación  $Z > +1$ ), equivalente a un IMC de 25 kg/m<sup>2</sup> a los 19 años.
- **Obesidad:**  $>P98$  (puntuación  $Z > +2$ ), equivalente a un IMC de 30 kg/m<sup>2</sup> a los 19 años. Sobrepeso y obesidad deben valorarse junto al perímetro braquial y pliegue tricípital para distinguir exceso de grasa o masa muscular.
- **Subnutrición:**  $<P3$  ( $Z < -2$ )

**Características en medición en niños que se presentan desnutrición aguda:**

- **Peso del niño (a) para la edad:** También definida como el peso global del infante que comprende a niños de 29 días de nacidos a niños de 5 años. Así mismo es la relación que existe entre el peso corporal y la edad del niño; juega un papel fundamental en el desarrollo integral de las edades comprendidas de los niños de 0 a 5 años, siendo la medida más sensible para juzgar su condición alimenticia, traduciendo el volumen de masa corporal a una edad determinada. <sup>(35)</sup> Se utiliza

para diagnosticar y cuantificar la desnutrición actual o global y el sobrepeso. <sup>(36)</sup> Es sensible, fácil de obtener y susceptible de modificarse rápidamente en situaciones de déficit nutricional; el indicador puede ser interpretado de forma errónea cuando existen causas que producen fluctuaciones de peso como visceromegalia, amputación. <sup>(37)</sup>

**b.1.2. DESNUTRICIÓN GLOBAL:** Es la forma de desnutrición más grave. Es cuando un niño tiene el peso disminuido con relación a su edad actual; dicho índice se obtiene de acuerdo al indicador (P/E) cuando el punto de corte se ubica por debajo de -2DS. <sup>(32)</sup> El riesgo de muerte para un niño con desnutrición global es 9 veces superior que para un niño en condiciones normales. <sup>(34)</sup>

**b. 1.3. DESNUTRICIÓN CRÓNICA:** Se obtiene de acuerdo al indicador (T/E) cuando el punto de corte se ubica por debajo de -2DS. La desnutrición crónica se debe, principalmente, a la falta de nutrientes como la vitamina A, ácido fólico, yodo, proteínas o hierro; pero también inciden otros factores, como por ejemplo la falta de acceso al agua potable: Esto provoca diarreas constantes que impiden una asimilación correcta de los nutrientes, dificultando más la nutrición de los niños y niñas. Los efectos de este tipo de desnutrición se muestran en el largo plazo: Principalmente, porque el niño o niña tiene un retraso de crecimiento, es decir, que no alcanzado las medidas previstas para los menores de su edad. Esto se produce cuando el cuerpo no recibe todos los nutrientes que se necesita especialmente durante los primeros dos años de vida y, también, durante el embarazo. Es decir, en la desnutrición crónica de los niños también afecta el nivel de nutrición de la madre. <sup>(36)</sup>

Este periodo que incluye la gestación y los dos primeros años se conoce como los

“1000 días críticos para la vida”: Durante esta etapa es cuando se produce el desarrollo básico de los niños y, por tanto, una buena nutrición es crucial. Pasados los dos años, la desnutrición crónica puede tener consecuencias irreversibles tanto a nivel físico como psicológico, perpetuando así la desigualdad de las personas que la padecen. <sup>(34)</sup>

El desarrollo físico de un niño afectado por desnutrición crónica se ve alterado, provoca que no alcance los estándares establecidos para su edad. Además, también causa otros problemas como un sistema inmunológico más débil y más propenso a desarrollar diferentes tipos de enfermedades. <sup>(36)</sup>

- **Marasmo:** Es un tipo de malnutrición energética y proteica severa acompañada de emaciación. Se caracteriza por irritabilidad, pérdida de peso y apatía hasta llegar a la emaciación. La piel pierde turgencia, se arruga y se torna flácida a medida que desaparece la grasa subcutánea. Los ojos se hundén, la cara se hace pequeña y adquiere al aspecto de “cara de viejo”. <sup>(1)</sup>

- **Kwashiorkor:** Enfermedad debida a la ausencia de proteínas en la dieta, se caracteriza por: <sup>(1)</sup>

- Crecimiento inadecuado

- Falta de energía.

- **Características de medición en niños que presentan desnutrición crónica:**

- **Talla del niño (a) para la edad:** Llamado también como el crecimiento longitudinal. Es la relación que existe entre la talla obtenida en un niño determinado y la referencia para su misma edad y sexo. Es indicador que se modifica a largo plazo y se usa a nivel poblacional para el diagnóstico de la nutrición pasada o crónica, señalando una talla alta o baja. <sup>(37)</sup>

• **Estado nutricional:** Es el resultado del balance entre la disponibilidad de los alimentos y la utilización de nutrientes por el organismo, siendo la nutrición un proceso complejo que aborda la digestión, absorción, asimilación y excreción. <sup>(33)</sup> Además influyen elementos que modifican ambos componentes como la genética, y otros factores aún no suficientemente aclarados; el desequilibrio de esta puede causar una mala nutrición; la misma que en intensidad y duración afectará el crecimiento y desarrollo del niño <sup>(34)</sup>.

• **Mediciones antropométricas:** La antropometría mide la forma y el tamaño del cuerpo y brinda información sobre las dimensiones de algunos elementos relacionados con la composición corporal. <sup>(34)</sup> De todas las mediciones corporales posibles, cabe destacar por su importancia en la valoración de la nutrición, el peso, la estatura y los perímetros para estimar la composición corporal. <sup>(35)</sup> En la niñez, los percentiles de crecimiento en peso y estatura valoran los cambios que ocurren en estas mediciones a lo largo del proceso evolutivo, para conocer la estatura para la edad, el peso para la edad, así como también la relación del peso con respecto a la estatura. Aunque durante la evolución estas mediciones mantienen entre ellas cierta relación, su significado es diferente: Según que el crecimiento haya ocurrido de manera normal o haya habido alguna causa que da lugar a una disminución en la velocidad del crecimiento corporal. <sup>(35)</sup> Según indicadores antropométricos en el niño, los parámetros antropométricos básicos son: el peso y la talla.

#### **b.1.4. CAUSAS DE LA DESNUTRICIÓN:**

Las principales causas de la desnutrición son:

- La falta de conocimiento e información.
- La falta de recursos como es el sustento económico y también depende en qué

lugares viven.

- Disminución de la ingesta dietética.
- Mala absorción.
- Aumento de los requerimientos, como ocurre por ejemplo en los lactantes prematuros, en infecciones, traumatismo importante o cirugía. <sup>(1)</sup>

## **b.2. CLASIFICACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL:**

**b.2.1. Alto:** Se obtiene de acuerdo al indicador T/E cuando el punto de corte se ubica por encima de +2DS. <sup>(30)</sup> La talla de un niño influye en gran medida sus potencialidades genéticas, siempre que sea posible en especial en los casos con talla elevada, será importante relacionar la talla con la de sus padres. <sup>(37)</sup>

**b.2.2. Obesidad:** Se obtiene de acuerdo al indicador P/T cuando el punto de corte se ubica por encima de +3DS. <sup>(35)</sup> La obesidad es un trastorno nutricional consistente en un incremento excesivo del peso corporal, realizado a expensas del tejido adiposo y en menor proporción del tejido muscular y masa esquelética. <sup>(36)</sup> El depósito de grasa en exceso es multifactorial se clasifica la obesidad como una forma de malnutrición por exceso, básicamente cuantitativa (con un balance energético positivo) y de causa que puede ser primaria: en el caso que el desequilibrio nutricional obedezca a factores ajenos al individuo; secundaria: si el desequilibrio está determinado por una enfermedad de base; y mixta: si ambos factores están presentes. El mecanismo mediante el cual se produce el exceso o acumulación de grasa en el cuerpo es el desbalance energético, es decir un ingreso excesivo de energía en relación con el gasto, lo que se produce por 3 mecanismos diferentes: aumento en el ingreso, reducción del gasto y afectación de la regulación del balance energético. <sup>(37)</sup>

**b.2.3. Sobrepeso:** El sobrepeso es el exceso de peso en relación a su altura y a la edad del niño, que se encuentra por encima de los parámetros normales, pero por debajo de +3DS y por encima de +2DS. <sup>(35)</sup>

**b.2.4. Normal:** Es cuando el niño (a) tiene el estado nutricional dentro de los parámetros normales, se obtiene cuando el punto de corte se ubica entre de -2DS a +2DS. <sup>(35)</sup>

<b>Clasificación del estado nutricional en niñas y niños de 29 días a</b>			
<b>Puntos de</b>	<b>Peso/Edad</b>	<b>Peso/Talla</b>	<b>Talla/Edad</b>
Desviación	Clasificación	Clasificación	Clasificación
> +3	—	Obesidad	—
> +2	Sobrepeso	Sobrepeso	Alto
+2 a -2	Normal	Normal	Normal
< -2 a > -3	Desnutrición	Desnutrición	Talla Baja
< -2	Desnutrición	—	Desnutrición
< -3	—	Desnutrición	Talla Baja Severa

**Fuente:** adoptado de Organización Mundial de Salud (OMS 2006)

### **B.3. CLASIFICACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN LA EDAD**

#### **GESTACIONAL:**

**b.3.1. Recién nacido pretérmino:** Todo recién nacido de menos de 37 semanas completas (menos de 259 días) de gestación. <sup>(38)</sup>

**b.3.2. Recién nacido término:** todo recién nacido de 37 - 41 semanas completas (259 a 293 días) de gestación. <sup>(38)</sup>

**b.3.3. Recién nacido postérmino:** Todo recién nacido => 42 semanas (mayor de 293 días) de gestación. <sup>(38)</sup>

#### **B.4. ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS:**

##### **• NIÑO DE 6 A 8 MESES:**

- **Leche materna:** Dar de lactar todas las veces que el niño quiera, por lo menos ocho veces durante el día y la noche. <sup>(39)</sup>
- **Consistencia:** Iniciar la introducción de alimentos diferentes a la leche materna, con comidas espesas como papillas, purés, mazamorras, utilizando alimentos de la olla familiar. <sup>(40)</sup>
- **Cantidad:** Iniciar con dos o tres cucharadas hasta llegar a cinco. <sup>(39)</sup>
- **Calidad:** Agregar diariamente a sus comidas, por lo menos, una porción de alimentos de origen animal: huevo, queso, pescado, hígado y sangre de aves domésticos o de animales vacunos, porcinos principalmente, carne de pollo, etc. <sup>(39)</sup>
- **Frecuencia:** A los seis meses; dar dos comidas al día, más leche materna. A los siete u ocho meses; dar tres comidas al día, además leche materna. <sup>(40)</sup>

##### **• NIÑO DE 9 A 11 MESES:**

- **Leche materna:** Continuar con la lactancia materna todas las veces que el niño quiera, por lo menos seis veces durante el día y la noche. <sup>(39)</sup>
- **Consistencia:** Continuar dando comidas espesas, incluir preparaciones sólidas (picado o pequeños trocitos). <sup>(40)</sup>
- **Cantidad:** Cinco a siete cucharadas. <sup>(39)</sup>
- **Calidad:** Agregar diariamente en sus comidas, una porción de alimento de origen animal: huevo, queso, pescado, cuy, hígado y sangre de aves domésticos o de animales vacunos, porcinos principalmente, carne de pollo, etc. <sup>(39)</sup>
- **Frecuencia:** Dar tres comidas al día, más un refrigerio. <sup>(40)</sup>



• **NIÑO DE 1 A MENOS DE 2 AÑOS:**

- **Leche materna:** Continuar dando de lactar las veces que el niño quiera, después de las comidas. <sup>(39)</sup>
- **Consistencia:** Dar comidas sólidas y variadas incorporándose a la alimentación familiar. <sup>(40)</sup>
- **Cantidad:** Siete a diez cucharadas. <sup>(39)</sup>
- **Calidad:** Agregar a sus comidas, una porción de alimentos de origen animal: huevo, queso, pescado, hígado, cuy y sangre de aves domésticos o de animales vacunos, porcinos principalmente, carne de pollo, etc. <sup>(39)</sup>
- **Frecuencia:** Dar tres comidas al día, más dos refrigerios. <sup>(40)</sup>

• **NIÑO DE 2 A MENOS DE 5 AÑOS:**

- **Consistencia:** Darle comidas sólidas y variadas incorporándose la alimentación familiar. <sup>(40)</sup>
- **Cantidad:** Darle un plato grande, de acuerdo con su edad, actividad física y estado nutricional. <sup>(39)</sup>
- **Calidad:** Agregar diariamente a sus comidas, una porción de alimentos de origen animal: huevo, queso, pescado, cuy, hígado, y sangre de aves domésticos o de animales vacunos, porcinos principalmente, carne de pollo, etc. <sup>(39)</sup>
- **Frecuencia:** Dar tres comidas al día más dos de refrigerios que incluyan lácteos. <sup>(40)</sup>

**3.3. DEFINICIÓN DE TERMINOS:**

a) **Factores:** Son todas las circunstancias o situaciones que aumentan las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud. Los factores de riesgo implican que las personas afectadas por dicho factor

de riesgo, presenten un riesgo sanitario mayor al de las personas sin este factor. <sup>(35)</sup>

**b) Factores socioculturales:** Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. <sup>(4)</sup>

Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables; observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria. <sup>(5)</sup> Los factores culturales es el conjunto de modos de vida y costumbres, conocimientos y grado de desarrollo artístico, científico, industrial, en una época de un grupo social, teniendo mayor impacto en la comunicación, en la forma de vestir, el estilo de vida y entre otros.

**c) Factores biológicos:** Constituyen los determinantes básicos de la elección que hacemos de los alimentos. Para sobrevivir, el ser humano necesita energía y nutrientes y, por lo tanto, responderá ante las sensaciones de hambre y saciedad (satisfacción del apetito y ausencia de sensación de hambre entre dos ingestiones de alimentos) <sup>(39)</sup>

**d) Desnutrición:** Es el resultado del consumo insuficiente de alimentos y de la aparición repetida de enfermedades infecciosas. La desnutrición puede ser crónica, aguda y desnutrición según el peso para la edad. La desnutrición implica tener un peso corporal menor a lo normal para la edad, tener una estatura inferior a la que corresponde a la edad (retraso en el crecimiento), estar peligrosamente delgado o presentar carencia de vitaminas y/o minerales (malnutrición por carencia de micronutrientes o mejor conocida como hambre oculta). <sup>(39)</sup>

**e) Desnutrición crónica infantil:** Es un estado patológico provocado por la falta de ingesta o absorción de alimentos o por estados de exceso de gasto metabólico; la misma que implica tener un peso corporal o una estatura inferior a la que corresponde a la edad conocido como retraso en el crecimiento, esto es estar peligrosamente delgado o en su defecto presentar carencia de vitaminas o minerales, es decir, malnutrición por carencia de micronutrientes, mejor conocida como “hambre oculta”.<sup>(40)</sup>

**f) Estado nutricional:** Es la situación de salud y bienestar que determina la nutrición en una persona o colectivo. Asumiendo que las personas tienen necesidades nutricionales concretas y que estas deben ser satisfechas, un estado nutricional óptimo se alcanza cuando los requerimientos fisiológicos, bioquímicos y metabólicos están adecuadamente cubiertos de la ingestión de nutrientes a través de los alimentos.<sup>(41)</sup>

**g) Malnutrición:** Es un estado patológico debido a la deficiencia, el exceso y pérdida o mala asimilación de los alimentos.<sup>(42)</sup>

## **4. MATERIALES Y MÉTODOS**

### **3.3. TIPO DE ESTUDIO**

Según su Propósito: fue descriptivo, por que describió las características fundamentales de las variables; según su enfoque cuantitativo por que se usó la recolección de datos para probar la hipótesis, en base a la medición numérica y el análisis estadístico.<sup>(43)</sup>

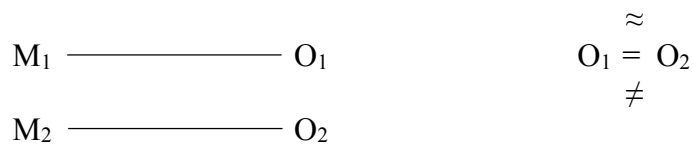
Según el Tiempo de Ocurrencia, fue retrospectivo debido a que se recopiló información de la Historia Clínica (H.Cl) sobre los casos de desnutrición crónica

ocurridos en el pasado (período 2018). Fue correlacional, porque se buscó determinar la asociación entre las variables de estudio.

### 3.4. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación fue no experimental de caso – control. Asimismo, el estudio fue transversal, porque se obtuvieron en un solo momento, siendo considerado como un estudio epidemiológico de casos y controles, debido a que se pretendió determinar los factores asociados a la desnutrición crónica. <sup>(43)</sup> Permitiendo el análisis comparativo de un grupo de sujetos que desarrollaron una enfermedad o evento de interés (denominado “Casos”), con un grupo de individuos que no la presentaron (denominado “Controles”). Por lo tanto, se trató de estudios cuyo objetivo fue determinar si la exposición a ciertos factores o características de interés genere asociación o desencadena el evento. <sup>(19)</sup>

El diagrama es el siguiente:



**Donde:**

M<sub>1</sub>: Niños con desnutrición

M<sub>2</sub>: Niños Eutróficos

O<sub>1</sub> =; ≠; ≈ O<sub>2</sub>: Corresponde a las comparaciones entre las muestras, que pueden ser: iguales (=), diferentes (≠) o semejantes (≈)

### 3.5. POBLACIÓN O UNIVERSO

El estudio se llevó a cabo en Centro de Salud Palmira, establecimiento de salud de Nivel I-3, ubicado en el distrito de Independencia, provincia de Huaraz, región Ancash.

La población estuvo constituida por 646 niños menores de 5 años que asistieron al servicio de Crecimiento y Desarrollo (CRED) de Centro de Salud Palmira.

**Criterio de inclusión:**

- Niños menores de 5 años con diagnóstico de desnutrición crónica.
- Niños con estado nutricional normal.
- Niños menores de 5 años que asistieron regularmente a sus controles de crecimiento y desarrollo.
- Niños menores de 5 años con historia clínica disponible y/o con información requerida completa.

**Criterio de exclusión:**

- Niños menores de 5 años que estuvieron hospitalizados.
- Niños menores de 5 años que migran.
- Niños menores de 5 años con trastorno de desarrollo (retardomental).

### **3.6. UNIDAD DE ANÁLISIS Y MUESTRA**

#### **3.6.1. Unidad de análisis:**

Historia Clínica de niños menores de 5 años que asistieron al servicio de Crecimiento y Desarrollo (CRED) de Centro de Salud Palmira – Huaraz.

**3.6.2. Muestra:** Para el presente estudio se consideró a 68 historias clínicas de niños menores de 5 años; de los cuales 34 historias clínicas fueron de niños con desnutrición crónica (casos) y, se realizó un muestro probabilístico aleatoria al azar para 34 historias clínicas de niños sanos o eutróficos (controles).

**3.6.3. Muestreo:** como muestreo se usó el tipo no probabilístico por conveniencia.

### **3.7. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

**3.7.1. Técnica de recolección de datos:** la técnica que se utilizó para el presente trabajo de investigación fue la observación (variable dependiente) y encuesta directa a los padres de familia de niños menores de 5 años. (Variable independiente).

**3.7.2. Instrumento de recolección de datos:** en la presente investigación, se utilizaron como instrumentos:

**a) Cuestionario:** fue utilizado para identificar la variable independiente y fue dividido en dos partes:

**Parte I:** en este se consideró los datos del niño; como género, fecha de nacimiento, consta de 5 ítems, mencionando las edades por grupos etareos (<1 año, 1 año, 2 años, 3 años y 4 años), peso y talla.

**Parte II:** consto de 15 preguntas dividido por factores asociados: los factores socioculturales con 10 preguntas y los factores biológicos con 5 preguntas dieron conocer los factores de la desnutrición con respuestas abiertas.

**b) La ficha de evaluación nutricional:** fue usado para la variable dependiente donde se recolectó el peso y la talla del niño; el instrumento fue clasificado por cada dimensión peso/edad, talla/edad y peso/talla. Para apoyar la clasificación se usó las gráficas del crecimiento infantil de la OMS 2006.

**c) Validez y Confiabilidad:**

**Validez:** el instrumento fue sometido a una evaluación por 3 jueces de expertos como se puede ver el anexo 3; con una puntuación de 4. Se solicitó la opinión de una profesional de enfermería en CRED, una enfermera con especialidad en nutrición y un profesional de enfermería con especialidad en salud comunitaria.

**Confiabilidad:** el instrumento fue sometido a un estudio piloto, con una población y un lugar similar al de la investigación. Se determinó la confiabilidad del instrumento empleado con la prueba de Alfa de Crombach, para ello se obtuvo un puntaje 0,82 con una fiabilidad buena.

### **3.8. Análisis estadístico e interpretación de la información**

**a) El análisis procedimental:** el procesamiento de los datos se llevó a cabo con el software Excel y el programa estadístico SPSS versión 25.0

**b) Análisis Descriptivo:** se utilizó el análisis descriptivo de interés en la posición y dispersión de la medida de los datos, de acuerdo a la necesidad del estudio; determinando medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas y de proporciones para las variables categóricas. Los resultados se presentaron en tablas estadísticas, se analizó las variables en tablas bidimensionales y tablas de frecuencias.

**c) Contrastación de la hipótesis:** Para demostrar la relación de la variable del presente estudio, se realizó un análisis bivariado a través de la prueba no paramétrica de Chi Cuadrado. Esta prueba se usó con datos medibles en una escala nominal.

### **3.9. ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN**

En todo momento de la investigación se tuvo en cuenta la práctica de los siguientes principios éticos básicos, planteados en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM) <sup>(44)</sup>:

- Durante el desarrollo de la investigación se consideró el respeto a la autonomía, con la finalidad de salvaguardar la integridad del niño, orientada hacia el bienestar del mismo que debe tener primacía sobre todo los demás intereses (principio 6). <sup>(44)</sup>

- Los participantes de la investigación tuvieron derecho a tomar decisiones informadas, lo cual implicó que el investigador describa detalladamente la naturaleza del mismo, puntualizando costos y beneficios potenciales que los guiaron a tomar una decisión razonada sobre su participación (Principio 24).<sup>(44)</sup>
- Se tomó en cuenta toda clase de preocupaciones para resguardar la intimidad de la información personal, confidencialidad, estableciendo el compromiso que los datos recolectados no fueran divulgados a personas ajenas o a expertos de valoración y calificación, siendo utilizados solo para la finalidad de la investigación. (Principio 23).<sup>(44)</sup>

Para fines de la investigación se considerará los principios de la bioética:

- **El principio de beneficencia:** los niños y las madres en este estudio fueron beneficiados capacitándolos con talleres de orientación nutricional y atenciones en los servicios de CRED; este estudio se realizó para plantear algunas soluciones a la asociación entre los factores asociados y la desnutrición.<sup>(44)</sup>
- **La no maleficencia:** se estableció que la propiedad en toda la investigación es no cometer daño o perjuicio a los sujetos en estudio. En el desarrollo del estudio se respetó el principio con la reserva de las identidades de las madres y niños.<sup>(44)</sup>
- **El principio de autonomía:** se tomó en cuenta el consentimiento de la institución para hacer la revisión de las historias clínicas sin interferencias externas y limitaciones personales que puedan controlar e impidan hacer una elección.<sup>(44)</sup>
- **El principio de justicia:** Se aplicó en el sentido de que todas las madres tuvieron las mismas oportunidades de participar en el estudio.<sup>(44)</sup>



## 5. RESULTADOS

### 5.1. Factores sociales asociados a la desnutrición crónica en los niños menores de 5 años - Centro de Salud Palmira – Huaraz – 2018.

**Tabla 01. Edad de las madres asociado a la desnutrición crónica en los niños menores de 5 años - Centro de Salud Palmira – Huaraz – 2018.**

EDAD DE LAS MADRES	Niños Con Desnutrición Crónica		Niños Sin Desnutrición Crónica		Total	
	N	%	N	%	N	%
	Madres jóvenes	20	29,4	4	5,9	24
Madres adultas	14	20,6	30	44,1	44	64,7
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>50,0</b>	<b>34</b>	<b>50,0</b>	<b>68</b>	<b>100,0</b>

**X<sup>2</sup>: 16,485 P: 0,000(P:0.05) OR: 10,714 IC: 3,079-37,283**

En la tabla se muestra que del 100,0% de las madres con hijos menores de 5 años que asistieron al consultorio (CRED), del Centro de Salud Palmira, el 64,7% fueron madres adultas, de los cuales el 44,1% tuvieron hijos sin desnutrición crónica, y 20,6% restantes tuvieron hijos con desnutrición crónica; el 35,3% fueron madres jóvenes de los cuales el 29,4% tuvieron hijos con desnutrición crónica, y 5,9% restantes tuvieron hijos sin desnutrición crónica. Al realizar los cálculos y el análisis estadístico se obtiene un valor de X<sup>2</sup>: 16,485, P: 0,000 (< a: 0,05), OR: 10,714 (IC95%: 3,079-37,283), según los datos estadísticos se puede deducir que un niño de madre joven tiene 11 veces más riesgo de presentar desnutrición crónica que el niño de madre adulta.

**Tabla 02. Lugar de procedencia de las madres asociado a la desnutrición crónica en los niños menores de 5 años - Centro de Salud Palmira – Huaraz – 2018.**

PROCEDENCIA DE LAS MADRES	Niños Con Desnutrición Crónica		Niños Sin Desnutrición Crónica		Total	
	N	%	N	%	N	%
	Zona urbana marginal	27	39,7	11	16,2	<b>38</b>
Zona urbana	7	10,3	23	33,8	<b>30</b>	<b>44,1</b>
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>50,0</b>	<b>34</b>	<b>50,0</b>	<b>68</b>	<b>100,0</b>

**X<sup>2</sup>: 15,270 P: 0,000(P:0.05) OR: 8,065 IC: 2,688-24,199**

Según la presente tabla, el 55,9% de las madres viven en la zona urbana marginal, de los cuales el 39,7% tuvieron hijos con desnutrición, y los 16,2% restantes sin desnutrición crónica; el 44,1% de las madres viven en la zona urbana, de los cuales el 33,8% tuvieron hijos sin desnutrición crónica, y los 10,3% restantes tuvieron hijos con desnutrición crónica. Al realizar los cálculos estadística se obtiene un valor de X<sup>2</sup>: 15,270, P: 0,000 (< a: 0,05), OR: 8,065 (IC95%: 2,688-24,199), por tanto, se acepta la hipótesis alternativa y se puede deducir que un niño de madre de procedencia urbana marginal tiene 8 veces más riesgo de presentar desnutrición crónica que el niño de madre de zona urbana.

**Tabla 03. Estado Civil de las madres asociado a la desnutrición crónica en los niños menores de 5 años - Centro de Salud Palmira – Huaraz – 2018.**

ESTADO CIVIL DE LAS MADRES	Niños Con Desnutrición Crónica		Niños Sin Desnutrición Crónica		Total	
	N	%	N	%	N	%
	Soltera	24	35,3	3	4,4	27
Casada/Conviviente	10	14,7	31	45,6	41	60,3
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>50,0</b>	<b>34</b>	<b>50,0</b>	<b>68</b>	<b>100,0</b>

**X<sup>2</sup>: 27,089 P: 0,000(P:0.05) OR: 24,800 IC: 6,141-100,160**

Según el cuadro se observa que el 60,3% de las madres fueron convivientes, de los cuales el 45,6% tuvieron hijos sin desnutrición crónica y el 14,7% con desnutrición crónica; el 39,7% de las madres fueron solteras, de las cuales el 35,3% tuvieron hijos con desnutrición crónica y el 4,4% sin desnutrición crónica. Al realizar los cálculos y el análisis estadística se obtiene un valor de X<sup>2</sup>: 27,089, P: 0,000 (< a: 0,05), OR: 24,800 (IC95%: 6,141-100,160), por tanto, se acepta la hipótesis alternativa y se puede afirmar que un niño de madre soltera tiene 25 veces más probabilidades de presentar desnutrición crónica que el niño de madre casada/ conviviente.

**Tabla 04. Grado de instrucción de las madres asociado a la desnutrición crónica en los niños menores de 5 años - Centro de Salud Palmira – Huaraz – 2018.**

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES	Niños Con Desnutrición Crónica		Niños Sin Desnutrición Crónica		Total	
	N	%	N	%	N	%
Primaria o sin estudio	24	35,3	3	4,4	27	39,7
Superior o secundaria	10	14,7	31	45,6	41	60,3
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>50,0</b>	<b>34</b>	<b>50,0</b>	<b>68</b>	<b>100,0</b>

**X<sup>2</sup>: 27,089 P: 0,000(P:0.05) OR: 24,800 IC: 6,141-100,160**

En la tabla se observa que el 60,3% de las madres tuvieron grado de instrucción de superior o secundaria, de los cuales el 45,6% tuvieron hijos sin desnutrición crónica y el 14,7% hijos con desnutrición crónica; el 39,7% de las madres tuvieron grado de instrucción primaria o sin estudio, de los cuales el 35,3% de ellas tuvieron hijos con desnutrición crónica, mientras que el 4,4% tuvieron hijos sin desnutrición crónica. Al realizar los cálculos y el análisis estadística se obtiene un valor de X<sup>2</sup>: 27,089, P: 0,000 (< a: 0,05), OR: 24,800 (IC95%: 6,141-100,160), se puede confirmar que un niño de madre que tiene grado de instrucción primaria o sin estudios tiene 25 veces más riesgo de presentar desnutrición crónica que el niño de madre que tiene grado de instrucción superior o secundaria.

**Tabla 05. Ocupación de las madres asociado a la desnutrición crónica en los niños menores de 5 años - Centro de Salud Palmira – Huaraz – 2018.**

OCUPACIÓN DE LAS MADRES	Niños Con Desnutrición Crónica		Niños Sin Desnutrición Crónica		Total	
	N	%	N	%	N	%
	Comerciante/empleada	9	13,2	5	7,4	14
Ama de casa/estudiante	25	36,8	29	42,6	54	79,4
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>50,0</b>	<b>34</b>	<b>50,0</b>	<b>68</b>	<b>100,0</b>

**X<sup>2</sup>: 1,439 P: 0,230(P:0.05) OR: 2,088 IC: 0,618-7,052**

Se observa que el 79,4% de las madres fueron ama de casa y/o estudiante, de los cuales el 42,6% tuvieron hijos sin desnutrición crónica y el 36,8% tuvieron hijos con desnutrición crónica, el 20,6% de las madres fueron comerciantes y/o empleadas, de los cuales el 13,2% tuvieron hijos con desnutrición crónica, 7,4% tuvieron hijos sin desnutrición crónica. Al realizar los cálculos estadísticos se obtiene un valor de X<sup>2</sup>: 1,439, P: 0,230 (>a: 0,05), OR: 2,088 (IC95%: 0,618-7,052), al realizar el análisis estadístico se rechaza la hipótesis alternativa ya que el P valor es > a: 0,05 y se puede confirmar que un niño de madre comerciante o empleada tiene 2 veces más posibilidad de no presentar desnutrición crónica que el niño de madre ama de casa o estudiante.

**Tabla 06. Número de hijos de las madres asociado a la desnutrición crónica en los niños menores de 5 años - Centro de Salud Palmira – Huaraz – 2018.**

NÚMERO DE HIJOS DE LAS MADRES	Niños Con Desnutrición Crónica		Niños Sin Desnutrición Crónica		Total	
	N	%	N	%	N	%
3 a 4 hijos	23	33,8	1	1,5	<b>24</b>	<b>35,3</b>
1 a 2 hijos	11	16,2	33	48,5	<b>44</b>	<b>64,7</b>
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>50,0</b>	<b>34</b>	<b>50,0</b>	<b>68</b>	<b>100,0</b>

**X<sup>2</sup>: 31,167 P: 0,00(P:0.05) OR: 69,000 IC: 8,322-572,101**

Se observa que 64,7% de las madres tuvieron de 1 a 2 hijos, de los cuales el 48,5% tuvieron hijos sin desnutrición crónica y el 16,2% tuvieron hijos con desnutrición crónica; el 35,3% de las madres tuvieron de 3 a 4 hijos, de los cuales el 33,8% tuvieron hijos con desnutrición crónica y el 1,5% tuvieron hijos sin desnutrición crónica. Al realizar los cálculos y el análisis estadístico se obtiene un valor de X<sup>2</sup>: 31,167, P: 0,000 (< a:0,05), OR: 69,000 (IC95%: 8,322-572,101), lo que nos permite aceptar la hipótesis alternativa de investigación, y poder deducir que un niño de madre con 3 a 4 hijos tiene 69 veces más riesgo de presentar desnutrición crónica que el niño de madre con 1 a 2 hijos.

**Tabla 07. Ingreso económico de las madres asociado a la desnutrición crónica en los niños menores de 5 años - Centro de Salud Palmira – Huaraz – 2018.**

INGRESO ECONÓMICO DE LAS MADRES	Niños Con Desnutrición Crónica		Niños Sin Desnutrición Crónica		Total	
	N	%	N	%	N	%
	Menor ingreso (<S/600)	22	32,4	1	1,5	<b>23</b>
Mayor ingreso (>S/600)	12	17,6	33	48,5	<b>45</b>	<b>66,2</b>
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>50,0</b>	<b>34</b>	<b>50,0</b>	<b>68</b>	<b>100,0</b>

**X<sup>2</sup>: 24,974 P: 0,000(P:0.05) OR: 60,500 IC: 7,334-499,078**

En la tabla se observa que 66,2% de las madres de los niños menores de 5 años tuvieron un mayor ingreso económico (>S/.600 soles) al mes, de los cuales el 48,5% tuvieron hijos sin desnutrición crónica, mientras que 17,6% tuvieron hijos con desnutrición crónica; el 33,8% de las madres tuvieron un menor ingreso económico (<S/.600 soles) al mes, de los cuales el 32,4% tuvieron hijos con desnutrición crónica, mientras que 1,5% tuvieron hijos sin desnutrición crónica. Al realizar el análisis estadístico de chi cuadrado se obtiene un valor de X<sup>2</sup>: 24,974, y un P= 0,000 (< a=0,05), por tanto, se acepta la hipótesis alternativa, al mismo tiempo se realizó la fuerza de asociación a través de Odds Ratio donde se obtiene un valor de OR: 60,500 (IC95%: 7,334-499,078), por lo que se puede deducir que un niño de madre que tiene menor ingreso económico al mes tiene 61 veces más posibilidades de presentar desnutrición crónica que el niño de madre que tiene mayor ingreso económico al mes.

**5.2. Factores culturales asociados a la desnutrición crónica en los niños menores de 5 años - Centro de Salud Palmira – Huaraz – 2018.**

**Tabla 08. Creencias alimenticias de las madres asociado a la desnutrición crónica en los niños menores de 5 años - Centro de Salud Palmira – Huaraz – 2018.**

CREENCIAS ALIMENTICIAS DE LAS MADRES	Niños Con Desnutrición Crónica		Niños Sin Desnutrición Crónica		Total	
	N	%	N	%	N	%
	Comer menestras produce gases	20	29,4	3	4,4	23
Tomar gaseosa descalcifica	14	20,6	31	45,6	45	66,2
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>50,0</b>	<b>34</b>	<b>50,0</b>	<b>68</b>	<b>100,0</b>

**X<sup>2</sup>: 18,987 P: 0,000(P:0.05) OR: 14,762 IC: 3,759-57,965**

En la tabla se observa que 66,2% de las madres de los niños menores de 5 años creen que tomar gaseosa descalcifica los huesos, de los cuales el 45,6% tuvieron hijos sin desnutrición crónica, y el 20,6% tuvieron hijos con desnutrición crónica; el 33,8% de las madres creen que comer menestras produce gases, de los cuales el 29,4% tuvieron hijos con desnutrición crónica, y el 4,4% tuvieron hijos sin desnutrición crónica. Al realizar el análisis estadístico de chi cuadrado se obtiene un valor de X<sup>2</sup>: 18,987, y un P: 0,000 (< a:0,05), por tanto, se acepta la hipótesis alternativa, al realizar el análisis de Odds Ratio se obtiene un valor de OR: 14,762 (IC95%: 3,75957,965), se puede confirmar que un niño de madre que tiene la creencia que comer menestras produce gases, tiene 15 veces más riesgo de presentar desnutrición crónica que el niño de madre que tiene la creencia que tomar gaseosa descalcifica los huesos.



**Tabla 09. Alimentos tradicionales que acostumbran consumir las familias asociado a la desnutrición crónica en los niños menores de 5 años - Centro de Salud Palmira – Huaraz – 2018.**

ALIMENTOS TRADICIONALES QUE ACOSTUMBRAN CONSUMIR LAS FAMILIAS	Niños Con Desnutrición Crónica		Niños Sin Desnutrición Crónica		Total	
	N	%	N	%	N	%
	Caldo de gallina	21	30,9	12	17,6	33
Cuy frito	13	19,1	22	32,4	35	51,5
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>50,0</b>	<b>34</b>	<b>50,0</b>	<b>68</b>	<b>100,0</b>

**X<sup>2</sup>: 4,769 P: 0,029(P:0.05) OR: 2,962 IC: 1,104-7,942**

La tabla nos muestra que del 100% de las familias con niños menores de 5 años, el 51,5% consumieron cuy frito, de los cuales el 32,4% tuvieron hijos sin desnutrición crónica, mientras que 19,1% tuvieron hijos con desnutrición crónica; el 48,5% consumieron caldo de gallina, de los cuales el 30,9% tuvieron hijos con desnutrición crónica, mientras que 17,6% tuvieron hijos sin desnutrición crónica. Al realizar los cálculos y el análisis estadístico se obtiene un valor de X<sup>2</sup>: 4,769, P: 0,029 (< a: 0,05), OR: 2,962 (IC95%: 1,104-7,942), según los datos estadísticos se puede deducir que un niño de familias que consumen caldo de gallina tiene 3 veces más posibilidades de presentar desnutrición crónica que el niño de familias que consumen cuy frito.

**Tabla 10. Hábitos de alimentación de las familias asociado a la desnutrición crónica en los niños menores de 5 años del Centro de Salud Palmira – Huaraz – 2018.**

<b>HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN DE LAS FAMILIAS</b>	<b>Niños Con Desnutrición Crónica</b>		<b>Niños Sin Desnutrición Crónica</b>		<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
	Comer 3 veces al día	26	38,2	4	5,9	<b>30</b>
Comer 5 veces al día	8	11,8	30	44,1	<b>38</b>	<b>55,9</b>
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>50,0</b>	<b>34</b>	<b>50,0</b>	<b>68</b>	<b>100,0</b>

**X<sup>2</sup>: 28,870 P: 0,000(P:0.05) OR: 24,375 IC: 6,576-90,346**

En la tabla se muestra que el 55,9% de las familias, tienen el hábito que sus hijos menores de 5 años comen 5 veces al día, de los cuales el 44,1% no presentaron desnutrición crónica, mientras que 11,8% presentaron desnutrición crónica; el 41,1% de las familias, tienen el hábito que sus hijos menores de 5 años comen 3 veces al día, de los cuales el 38,2% presentaron desnutrición crónica, mientras que 5,9% no presentaron desnutrición crónica. Al realizar el análisis estadístico de chi cuadrado se obtiene un valor de X<sup>2</sup>: 28,870, y un P: 0,000 (< a:0,05) por tanto, se acepta la hipótesis alternativa; al calcular y analizar el Odds Ratio se obtiene un valor OR: 24,375 (IC95%: 6,576-90,346), de los datos se puede deducir que un niño que come 3 veces al día tiene 24 veces más riesgo de presentar desnutrición crónica que el niño que come 5 veces al día.

**5.3. Factores biológicos asociados a la desnutrición crónica en los niños menores de 5 años - Centro de Salud Palmira – Huaraz – 2018.**

**Tabla 11. Peso de los niños menores de 5 años al nacer asociado a la desnutrición crónica - Centro de Salud Palmira – Huaraz – 2018.**

PESO DE LOS NIÑOS DE 5a AL NACER	Niños Con Desnutrición Crónica		Niños Sin Desnutrición Crónica		Total	
	N	%	N	%	N	%
Bajo peso	30	44,1	2	2,9	32	47,1
Peso normal	4	5,9	32	47,1	36	52,9
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>50,0</b>	<b>34</b>	<b>50,0</b>	<b>68</b>	<b>100,0</b>

**X<sup>2</sup>: 46,278 P: 0,000(P:0.05) OR: 120,000 IC: 20,461-703,764**

La tabla nos muestra que 52,9% de niños nacieron con peso normal, de los cuales el 47,1% no presentaron desnutrición crónica, mientras que 5,9% presentaron desnutrición crónica; el 47,1% de niños nacieron con bajo peso de los cuales el 44,1% presentaron desnutrición crónica, mientras que 2,9% no presentaron desnutrición crónica. Al realizar el análisis del Chi cuadrado X<sup>2</sup>: 46,278 y un P: 0,000 a:0,05) por tanto, se acepta la hipótesis alternativa, al calcular y analizar el Odds Ratio se obtiene un valor OR: 120,000 (IC95%: 20,461-703,764), según los datos estadísticos se puede deducir que el niño con bajo peso al nacer tiene 120 veces más riesgo de presentar desnutrición crónica que el niño de peso normal al nacer.

**Tabla 12. Edad gestacional al nacer asociado a la desnutrición crónica en los niños menores de 5 años - Centro de Salud Palmira – Huaraz – 2018.**

EDAD GESTACIONAL AL NACER	Niños Con Desnutrición Crónica		Niños Sin Desnutrición Crónica		Total	
	N	%	N	%	N	%
Recién nacido pretérmino	2	2,9	2	2,9	4	5,9
Recién nacido a término	32	47,1	32	47,1	64	94,1
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>50,0</b>	<b>34</b>	<b>50,0</b>	<b>68</b>	<b>100,0</b>

**X<sup>2</sup>: 0,000 P: 1,000(P:0.05) OR: 1,000 IC: 0,133-7,540**

La tabla nos muestra que 94,1% de niños nacieron a término, de los cuales el 47,1% presentaron desnutrición crónica, mientras que 47,1% no presentaron desnutrición crónica; el 5,9% de niños nacieron pre término, de los cuales el 2,9% presentaron desnutrición crónica, mientras que 2,9% no presentaron desnutrición crónica. Al realizar el análisis del Chi cuadrado X<sup>2</sup>: 0,000 y un P: 1,000 (> a:0,05) por tanto, se re-chaza la hipótesis alternativa, al calcular y analizar el Odds Ratio se obtiene un valor OR: 1,000 (IC95%: 0,133-7,540), de los datos se puede deducir que el factor edad gestacional al nacer no es un factor asociado a la desnutrición crónica para nuestro estudio.

**Tabla 13. Enfermedades frecuentes de los niños menores de 5 años asociado a la desnutrición crónica - Centro de Salud Palmira – Huaraz – 2018.**

ENFERMEDADES FRECUENTES DE LOS NIÑOS < DE 5a	Niños Con Desnutrición Crónica		Niños Sin Desnutrición Crónica		Total	
	N	%	N	%	N	%
	Sistema digestivo	19	27,9	5	7,4	13
Sistema respiratorio	15	22,1	29	42,6	44	64,7
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>50,0</b>	<b>34</b>	<b>50,0</b>	<b>68</b>	<b>100,0</b>

**X<sup>2</sup>: 12,621 P: 0,000(P: 0.05) OR: 7,347 IC: 2,290-23,571**

Se observa que el 64,7% de niños se enfermaron del sistema respiratorio, de los cuales el 22,1% tuvieron desnutrición crónica y el 42,6% no tuvieron desnutrición crónica; el 35,3% de los niños se enfermaron del sistema digestivo, de los cuales el 27,9% tuvieron desnutrición crónica y el 7,4% no tuvieron desnutrición crónica. Al realizar los cálculos y el análisis estadístico se obtiene un valor de X<sup>2</sup>: 12,621, P: 0,000 (< a: 0,05), OR: 7,347 (IC95%: 2,290-23,571), por lo que se puede confirmar que el niño que se enferma del sistema digestivo tiene 7 veces más posibilidades de presentar desnutrición crónica que el niño que se enferma del sistema respiratorio.

**Tabla 14. Tipos de lactancia que recibieron los niños menores de 5 años asociado a la desnutrición crónica - Centro de Salud Palmira – Huaraz – 2018.**

TIPOS DE LA LACTANCIA QUE RECIBIERON LOS NIÑOS < DE 5a	Niños Con Desnutrición Crónica		Niños Sin Desnutrición Crónica		Total	
	N	%	N	%	N	%
	Lactancia mixta	28	41,2	4	5,9	32
Lactancia materna exclusiva	6	8,8	30	44,1	36	52,9
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>50,0</b>	<b>34</b>	<b>50,0</b>	<b>68</b>	<b>100,0</b>

**X<sup>2</sup>: 34,000 P: 0,000(P:0.05) OR: 35,000 IC: 8,930-137,182**

Se observa que 52,9% de niños recibieron lactancia materna exclusiva, de los cuales el 44,1% no tuvieron desnutrición crónica, y 8,8% tuvieron desnutrición crónica; el 47,1% de niños recibieron lactancia materna mixta, de los cuales el 41,2% tuvieron desnutrición crónica, y los 5,9% no tuvieron desnutrición crónica. Al realizar el análisis estadístico de chi cuadrado se obtiene un valor de X<sup>2</sup>: 34,000, y un P: 0,000 (< a:0,05) por tanto, se acepta la hipótesis alternativa, al calcular y analizar el Odds Ratio se obtiene un valor OR: 35,000 (IC95%: 8,930-137,182), de los datos se puede deducir que el niño que tuvo lactancia mixta tiene 35 veces más posibilidades de presentar desnutrición crónica que el niño que tuvo lactancia materna exclusiva.

**Tabla 15. Edad de inicio de la alimentación complementaria de los niños menores de 5 años asociado a la desnutrición crónica - Centro de Salud Palmira – Huaraz – 2018.**

EDAD DE INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DE LOS NIÑOS < DE 5a	Niños Con Desnutrición Crónica		Niños Sin Desnutrición Crónica		Total	
	N	%	N	%	N	%
	4 o 5 meses	22	32,4	1	1,5	23
6 meses	12	17,6	33	48,5	45	66,2
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>50,0</b>	<b>34</b>	<b>50,0</b>	<b>68</b>	<b>100,0</b>

**X<sup>2</sup>: 28,974 P: 0,000(P:0.05) OR: 60,500 IC: 7,334-499,078**

En la tabla muestra que el 66,2% de niños iniciaron su alimentación complementaria a los 6 meses de edad, de los cuales el 48,5% no tuvieron desnutrición crónica, y los 17,6% tuvieron desnutrición crónica; el 33,8% de niños iniciaron su alimentación complementaria a los 4 o 5 meses de edad, de los cuales el 32,4% tuvieron desnutrición crónica y el 1,5% no tuvieron desnutrición crónica. Al realizar el análisis estadístico de chi cuadrado se obtiene un valor de X<sup>2</sup>: 28,974, y un P: 0,000 (< a:0,05) por tanto, se acepta la hipótesis alternativa, al calcular y analizar el Odds Ratio se obtiene un valor OR: 60,500 (IC95%: 7,334-499,078), por lo tanto se puede confirmar que un niño que inició su alimentación complementaria a los 4 o 5 meses de edad tiene 61 veces más riesgo de presentar desnutrición crónica que el niño que inició su alimentación complementaria a los 6 meses de edad.

## 6. DISCUSIÓN

De los factores asociados a la desnutrición crónica en los niños menores de 5 años atendidos en el centro de salud Palmira, el 44,1% de las madres adultas tiene mayor índice de casos sin desnutrición crónica en niño menor de 5 años (**tabla N°01**), mientras que el 29.4% de madres jóvenes se asocian a los casos de niños menores de 5 años con desnutrición crónica; esto nos demuestra que la edad de la madre es un factor asociado a la desnutrición crónica; estos resultados guardan similitud con Flores Marina, quien en su investigación: Factores asociados a la desnutrición crónica en niños menores de 5 años que acuden al Establecimiento de Salud I-3 Simón Bolívar-Puno <sup>(16)</sup>, en la que el 26,7% de madres jóvenes son consideradas un factor social, las madres jóvenes son las que tienen mayor problema con la alimentación de sus hijos ya sea por falta de interés, tiempo o dinero, siendo el factor social importante en la desnutrición crónica.

Según el estudio, el 39,7% de madres que tienen procedencia urbana marginal se asocia a la desnutrición crónica en niños menores de 5 años (**tabla N°2**), mientras que el 33.8% de las madres que viven en zonas urbanas no presentan desnutrición crónica, estos resultados se asemejan con el trabajo de investigación de Hurtado Juan <sup>(17)</sup>, donde encontró que el 25% de madres de las zonas rurales tienen carencias económicas y acceso a los servicios básicos principales y esto determina que los resultados se asocian al factor socioeconómico.

Se evidencia la asociación entre el estado civil de las madres y la desnutrición crónica en los niños debido a que el 45,6% de las madres casadas y convivientes tuvieron hijos sin desnutrición crónica (**tabla N°3**); mientras que el 35.3% de las madres solteras mostraron resultados de niños menores de 5 años con desnutrición crónica;



estos resultados tienen similitud con Ruiz Sor quien en su investigación: Factores sociodemográficos asociados a desnutrición en niños de 2 a 5 años, Puesto de Salud Túpac Amaru - Ate Vitarte, Lima <sup>(13)</sup>, obtuvo como resultado que el 71% de las madres solteras son un factor sociodemográfico asociados a desnutrición en niños de 2 a 5 años, por lo tanto, es un factor social que predispone a la desnutrición crónica de los niños menores de 5 años.

El 45,6% de las madres que tienen educación superior o secundaria completa no es un factor asociado a la desnutrición crónica (**tabla N°4**), mientras que el 35,3% de las madres con grado de instrucción Primaria o sin estudio es un factor que se asocia a la desnutrición crónica en niños menores de 5 años; coincide con Coronado (2013), quien a través de su estudio: Factores asociados a la desnutrición en niños menores de 5 años, obtuvo, que el 52% de las madres son analfabetas, 40% cursaron primaria y solo el 4% superior. Por otro lado, Hurtado (2019), en su estudio: prevalencia y factores asociados a desnutrición crónica en niños menores de 5 años en el Perú: Subanálisis ENDES 2016-Lima, obtuvo, que el 37% de los padres no tenían educación.

El 36,8% de las madres que son ama de casa y/o estudiante es un factor que se asocia a la desnutrición crónica (**tabla N°5**), el 13,2% de las madres que son comerciantes y/o empleadas es el factor que menos se asocia a la desnutrición crónica; los resultados se asemejan con Ruiz Sor quien en su estudio: Factores asociados al estado de desnutrición en niños menores de 5 años. Centro de Salud Santa, 2017 <sup>(13)</sup>, determinó que el 63% de las madres tienen ocupación no remunerada, que la mayoría de las madres son amas de casa mientras que las madres con ocupación de empleadas y estudiantes son las que están fuera de casa y lejos de sus hijos, dejando a cargo a

los padres, hermanos mayores, abuelos o cuidadoras, el bienestar y la atención de sus hijos, por ende, estas acciones no reemplazan a la madre.

El 64,7% de las madres tuvieron de 1 a 2 hijos (**tabla N°6**), de los cuales el 48,5% de las madres tuvieron de 1 a 2 hijos sin desnutrición crónica y el 16,2% tuvieron hijos con desnutrición crónica; el 35,3% de las madres tuvieron de 3 a 4 hijos, de los cuales el 33,8% tuvieron hijos con desnutrición crónica y el 1,5% tuvieron hijos sin desnutrición crónica; los resultados obtenidos se asemejan con Coronado Zully quien en su investigación: factores asociados a la desnutrición en niños menores de 5 años <sup>(13)</sup>, obtuvo que el 36% de las madres tuvieron de 3 a más hijos, lo cual hace que genere una sobrecarga familiar e inadecuada alimentación, salud, vivienda y educación que le puedan brindar a sus niños por la baja solvencia económica que presenta la familia. Por otro lado, Llacma Abigail en su estudio: relación entre los factores socioeconómicos de las familias y la desnutrición en niños de 3 a 5 años en el Centro de Salud Leonor Saavedra San Juan de Miraflores – 2013 <sup>(14)</sup>, evidenció un mayor porcentaje de los padres tienen de 3 a 4 hijos y Flores Marina en su investigación: Factores asociados a la desnutrición crónica en niños menores de 5 años que acuden al Establecimiento de Salud I-3 Simón Bolívar – Puno <sup>(16)</sup>, evidenció que 53,3% de las madres tuvieron de 1 a 3 hijos y no tuvieron desnutrición crónica, donde no se encuentra similitud con lo investigado.

El 66,2% de las madres de los niños menores de 5 años tuvieron un mayor ingreso económico (>S/.600 soles) al mes (**tabla N°7**), de los cuales el 17,6% tuvieron hijos con desnutrición crónica; el 33,8% de las madres de los niños menores de 5 años tuvieron un menor ingreso económico (< S/.600 soles) al mes, de las cuales el 32,4% tuvieron hijos con desnutrición crónica; por ende, consideramos que el factor

económico medio o bajo, está asociado a la desnutrición crónica. Estos resultados guardan similitud con Dávila Nancy, et colab. (2017), en su investigación: la desnutrición en los niños de 1 a 3 años en el Centro Infantil de Buen Vivir de Cochabamba Sur, obtuvo, 60,7% de familias tenían nivel bajo de ingreso económico<sup>(12)</sup>, también hay cierta similitud con Cueva Emérita <sup>(11)</sup> quien pudo evidenciar que 48,3% de ingresos económicos en algunas ocasiones son bajos; existe concordancia con Ruiz Sor <sup>(13)</sup> quien pudo evidenciar en su estudio, que el ingreso económico familiar fue inadecuado en 92%; hay semejanza con el estudio de Llacma Abigail <sup>(14)</sup> quien encontró entre los factores económicos, el 28% de madres no trabajan y solo el 25% refieren que a veces trabajan. Asimismo, el 50%, refieren recibir menos de 500 soles, el 25% de los padres reciben el sueldo mínimo. Flores Marina <sup>(16)</sup> en su estudio encontró que el 51,1% de las madres tuvieron un ingreso económico bajo; Arrunátegui Víctor <sup>(18)</sup>, Soles Fiorella <sup>(19)</sup> en su investigación tuvieron como resultado a diferentes factores negativos, como principal el bajo ingreso económico, guardando similitud con nuestros resultados obtenidos.

En lo que respecta a la asociación entre las creencias alimenticias de las madres y la desnutrición crónica en los niños menores de 5 años (**tabla N°8**), se pudo evidenciar que el 66,2% de las madres de los niños menores de 5 años creen que tomar gaseosa descalcifica los huesos, de las cuales 20,6% tuvieron hijos con desnutrición crónica; el 33,8% de las madres creen que comer menestras producen gases, de los cuales el 29,4% tuvieron hijos con desnutrición crónica; los resultados obtenidos en nuestro estudio tienen cierta similitud con el artículo de investigación de Gina Mendoza <sup>(21)</sup> quien define que consumir mayor cantidad de alimentos que solo contengan

proteínas o carbohidratos no es bueno para los niños ya que ellos necesitan una alimentación balanceada.

El 32,4% de las familias tienen la costumbre de comer cuy frito ya que consideran que su valor nutricional es más alto que otras comidas (**tabla N°9**), mientras que el 30,9% de las familias tienen la costumbre de comer caldo de gallina y pese al esfuerzo que hacen por alimentarlos sus hijos todavía presentan rasgo de desnutrición crónica, los resultados obtenidos guardan relación con Marina Flores <sup>(16)</sup> quien pudo evidenciar que el 62,2% tuvo la consistencia, cantidad, calidad y frecuencia de la comida inadecuada.

El 55,9% de las familias, tienen el hábito que sus hijos menores de 5 años comen 5 veces al día, pese a ello el 11,8% presentaron desnutrición crónica (**tabla N°10**), el 44,1% de las familias tienen el hábito que sus hijos menores de 5 años comen 3 veces al día, de los cuales el 38,2% presentaron desnutrición crónica, el niño que consume la cantidad insuficiente de alimentos (macronutrientes y micronutrientes) que aportan energía para su crecimiento y desarrollo físico y cognitivo está más propenso a presentar la desnutrición crónica, los resultados obtenidos guardan cierta similitud con los resultados de la investigadora Gina Mendoza <sup>(21)</sup> quien demostró que el organismo de los niños necesita mayor cantidad de nutrientes y el solo comer 3 veces al día no es suficiente para cubrir las necesidades del cuerpo y/o organismo.

El 52,9% de niños menores de 5 años nacieron con peso normal (**tabla N°11**), de los cuales el 5,9% presentaron desnutrición crónica; el 47,1% de niños nacieron con bajo peso de los cuales el 44,1% presentaron desnutrición crónica; los resultados son concordantes con Hurtado (2019) quien en su estudio sobre prevalencia y factores

asociados a desnutrición crónica en niños menores de 5 años en el Perú: Subanálisis ENDES 2016 obtuvo que el 33% de niños nacieron con bajo pesos.

El 94,1% de niños nacieron a término (**tabla N°12**), de los cuales el 47,1% presentaron desnutrición crónica, siendo considerados como un factor que se asocia a la desnutrición crónica en los niños ya que la madre en el transcurso de su gestación tuvo una alimentación deficiente de nutrientes, mientras que 47,1% no presentaron desnutrición crónica, mientras que el 5,9% de niños nacieron pre término, de los cuales el 2,9% presentaron desnutrición crónica. Los resultados obtenidos no tuvieron similitud con ninguno de los autores del estudio.

En lo que respecta a la asociación entre las enfermedades frecuentes de los niños menores de 5 años y la desnutrición crónica, el 64,7% de niños se enfermaron del sistema respiratorio, de los cuales el 22,1% tuvieron desnutrición crónica (**tabla N°13**), mientras que el 35,3% de niños se enfermaron del sistema digestivo, de los cuales el 27,9% tuvieron desnutrición crónica, esto nos da a entender que estas enfermedades en los niños son un factor muy importante que se asocia la desnutrición crónica; los resultados que obtuvimos en nuestro estudio tuvieron concordancia con el artículo de investigación de Mendoza Gina titulado: Creencias y prácticas alimentarias e higiénicas en madres de niños menores de 5 años en el distrito de Anta, Ancash <sup>(21)</sup>, tuvo como resultado que consumir alimentos disminuidos en frecuencia, consistencia y cantidad durante los procesos infecciosos son prácticas asociadas a la aparición de desnutrición crónica.

Se evidencia que 52,9% de niños menores de 5 años recibieron lactancia materna exclusiva (**tabla N°14**), de los cuales el 8,8% tuvieron desnutrición crónica; el 47,1% de niños recibieron lactancia materna mixta, de los cuales el 41,2% tuvieron

desnutrición crónica siendo el factor biológico predisponente a la desnutrición crónica en niños menores de 5 años; el trabajo de investigación de Mendoza Gina <sup>(21)</sup>, se asemeja con los resultados obtenidos, quien demostró que los niños alimentados con lactancia mixta son los que tienden a tener talla baja, siendo un factor biológico asociado a la desnutrición crónica en los niños menores de 5 años.

En lo que respecta a la asociación entre el inicio de la alimentación complementaria de los niños menores de 5 años y la desnutrición crónica, se obtuvo que el 48,5% de los niños iniciaron su alimentación complementaria a los 6 meses de edad y todos ellos no tuvieron desnutrición crónica (**tabla N°15**), mientras que el 32.4% de niños que iniciaron su alimentación complementaria entre los 4 a 5 meses tuvieron desnutrición crónica , nuestro trabajo de investigación guarda relación con los resultados de la investigadora Mendoza Gina <sup>(21)</sup> quien demostró que las creencias perjudiciales, como el 51.3% de niños iniciaron su alimentación complementaria a los 4 o 5 meses. El iniciar la alimentación complementaria antes de los 6 meses demuestra que son prácticas asociadas a la aparición de la desnutrición crónica en niños menos de 5 años.

## **7. CONCLUSIÓN**

- 1.** La desnutrición crónica infantil en centro salud Palmira es un problema grave. El 5,3% de niños menores de 5 años presentan este mal.
- 2.** Se identificaron los factores socioculturales asociados a la desnutrición crónica en los niños menores de 5 años como: madres solteras, jóvenes, con 3 a más hijos, con grado de instrucción de primario o sin estudio y con ingreso económico < de 600 soles al mes, las mismas que viven en zona urbano marginal teniendo limitación al acceso de alimentos en cantidad y calidad necesaria. Asimismo, la mayoría de las familias tienen el mal hábito de que sus hijos coman 3 veces al día en lugar de 5 disminuido en frecuencia, consistencia y cantidad son factores asociados a la aparición de desnutrición crónica.
- 3.** Los factores biológicos resultaron, el bajo peso al nacer, las enfermedades frecuentes que padece el niño durante su crecimiento, lactancia mixta e inicio precoz de la alimentación complementaria de consistencia líquida o semilíquida; están asociados a la desnutrición crónica.
- 4.** Por lo tanto, los factores socioculturales y biológicos están asociados significativamente a la desnutrición crónica en los niños menores de 5 años del centro de salud Palmira – Huaraz; con lo que se acepta la hipótesis de la investigación.

## **8. RECOMENDACIONES**

- 1.** Al centro de salud de Palmira, utilizar metodologías de aprendizaje durante las orientaciones, consejerías nutricionales y se realice capacitaciones a todo el personal de salud, en especial a las enfermeras que trabajan en el área de crecimiento y desarrollo del niño para despertar en las madres el interés y la importancia de la buena nutrición que deben tener sus niños, así mismo deberán brindar un trato cordial, respetuoso y oportuno a las madres durante la asistencia al centro de salud.
- 2.** Al profesional de enfermería del centro de salud Palmira diseñe y/o implemente sesiones educativas dirigidas exclusivamente a las madres o encargadas del cuidado de niños menores de 5 años de edad sobre la alimentación complementaria, con la finalidad de garantizar la consistencia, cantidad, calidad y la frecuencia de las comidas y evitar problemas nutricionales en el niño.
- 3.** A los estudiantes y/o autoridades de la carrera profesional de enfermería de la facultad de ciencias médicas UNASAM realizar estudios similares, tomar como antecedentes para las futuras investigaciones sobre la desnutrición infantil.
- 4.** A los profesionales de enfermería crear equipos de trabajo voluntarios para el despistaje de enfermedades crónicas en niños menores de 5 años para asegurar el buen crecimiento de ellos y motivar a las madres que practiquen hábitos alimenticios sanos y saludable.



## 9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. UNICEF. La desnutrición infantil. España; 2009. Fecha de acceso: 20/01/19. Disponible en: <http://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/Dossierdesnutricion.-pdf>
2. ONU. El hambre en el mundo sigue aumentando. Roma; 2018. Fecha de acceso: 30/06/19. Disponible en: <http://www.fao.org/news/story/es/item/1152167/icode>
3. OMS. Nutrición: departamento de nutrición. Ginebra; 2016.
4. OPS. Desnutrición crónica disminuyó en niñas y niños menores de 5 años. Lima; 2012. Disponible en: <https://www.paho.org/per/index.php?option=com-content&view=article&id=1766:desnutricioncronica-disminuyoninas-ninos-menores-5-anos edad&Itemid-=900>
5. INEI. Construcción de Indicadores Demográficos a partir de Censos y Encuestas. Perú; 2017. Disponible en: <http://andina.pe/agencia/noticia-inei-desnutricion-infantil-disminuyo-52los-ultimos-5-años-el-peru-711991.aspx>.
6. ENDES. Informe principal. Perú; 2017. Disponible en: <https://proyectos.inei.gob.pe/endes/>
7. SIEN-VIN. Indicadores nutricionales en niños. Perú; 2018. Disponible en: <http://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/cenan/van/informes/Indicadores/Niños/junio/2018-V4.xls>.
8. Coronado Z. Factores asociados a la desnutrición en niños menores de 5 años en el Puesto de Salud del valle de Palalunoj, Quetzaltenango. [tesis de grado]. Guatemala: Universidad Rafael Landívar, Facultad Ciencias de la Salud; 2013.
9. Chérigo V. Valoración del estado nutricional y factores que inciden en la desnutrición en niños de 2-5 años que asisten a los Centros Infantiles del Buen

Vivir administrados por la fundación Semillas de Amor en Bastión Popular de Guayaquil. [tesis de licenciatura]. Ecuador: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Facultad de Medicina; 2014.

10. Vallejo M, Castro L, Cerezo P. Estado nutricional y determinantes sociales en niños entre 0 y 5 de la comunidad de Yunguillo y de Red Unidos. Macoa, Colombia. Rev Uni Salud. 2016; 18(1):113-125.
11. Cueva E, Gancio J. La desnutrición en los niños de 1 a 3 años en el Centro Infantil del Buen Vivir de Cochapamba Sur (CIBV). [tesis de licenciatura]. Ecuador: Universidad Central de Ecuador, Facultad de Ciencias Médicas, carrera de Enfermería; 2017.
12. Dávila N. Factores asociados a la malnutrición en niños menores de 5 años de los Centros del Buen Vivir de la Parroquia San Francisco del Cantón Cotacachi en la provincia de Imbabura. [tesis de especialidad]. Ecuador: Universidad Pontificia Católica del Ecuador, Facultad de Medicina; 2017.
13. Ruiz S. Factores sociodemográficos asociados a desnutrición en niños de 2 a 5 años de edad del Puesto de Salud Tupa Amaru Ate Vitarte. [tesis de licenciatura]. Perú: Universidad Ricardo Palma, Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza; 2014.
14. Llacma A. Relación entre los factores socioeconómicos de las familias y la desnutrición en niños de 3 a 5 años en el Centro de Salud Leonor Saavedra San Juan de Miraflores – 2013. [tesis de licenciatura]. Perú: Universidad Alas Peruanas, Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud, Escuela Académico Profesional de Enfermería; 2015.

- 15.** Castro M. Factores asociados a la desnutrición crónica en menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud de Sunampe – Chincha. [tesis de grado]. Perú. Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión, Escuela de Posgrado; 2016.
- 16.** Flores M. Factores asociados a la desnutrición crónica en niños menores de 5 años que acuden al Establecimiento de Salud I-3 Simón Bolívar. [tesis de licenciatura]. Perú: Universidad Privada San Carlos, Facultad de Ciencias, Escuela Profesional de Enfermería; 2018.
- 17.** Hurtado J. Prevalencia y factores asociados a desnutrición crónica en niños menores de 5 años en el Perú: Subanálisis ENDES2016. [tesis de doctorado]. Perú: Universidad Nacional Federico Villareal, Facultad de Medicina Hipólito Unanue, Escuela Profesional de Medicina; 2019.
- 18.** Arrunátegui V. Estado nutricional en niños menores de 5 años del distrito de San Marcos, Ancash. [artículo de investigación]. Perú. Rev Chil Nutr. 2016; Vol. 43, N°2.
- 19.** Soles F. Factores asociados a estado de desnutrición en niños menores de 5 años. Centro de Salud Santa, 2017. [artículo de licenciatura]. Perú. Universidad San Pedro, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela profesional de Enfermería: 2017.
- 20.** Namuche F, Narvaja M, Noriega A, Pérez V, Pini S. Evaluación del estado nutricional de niños menores de 6 años en 10 comunidades en Jangas/Independencia – Huaraz, Ancash, enero – febrero. [tesis de licenciatura]. Perú: Universidad San Martín de Porras, Facultad de Medicina Humana; 2007.

21. Mendoza G. Creencias y prácticas alimentarias e higiénicas en madres de niños menores de 5 años en el distrito de Anta. [artículo de investigación]. Ancash-Perú. Aporte Santiaguino.9(2), 2016: 339-352 ISSN 2070-836X
22. Dugas B. Tratado de enfermería práctica. 5ta. Ed. México: Interamericana; 1995.
23. Malnutrición Fetal. Disponible en: <http://scielo.conicyt/pdf/rep/v44n3/art09.-pdf>
24. La edad materna avanzada como elemento favorecedor de complicaciones obstétricas y del nacimiento. Perú; 2015. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=S156131942015000500004>
25. Reeder M. Enfermería Materno Infantil. 17ava. Ed. España: Interamericana; 1995.
26. Calderón G. y otros. Educación familiar y sexual para la formación Magistral Medellín Lima – Perú: reservado; 1995.
27. Ortiz M. La Salud Familiar. Medicina General Integral. 1999 julio – agosto: pág. (4-445).
28. FEN. Hábitos alimentarios. España; 2014. Disponible en: <http://www.fen.org.es/blog/habitos-alimentarios/>
29. zapata O. Desnutrición en niños menores de 5 años en el distrito de Bellavista – Sullana – Piura. [tesis de licenciatura]. Perú: Universidad Nacional de Piura; 1994.
30. UNICEF. Desnutrición Infantil en América Latina y el Caribe; 2006. Citado: 15/05/19. Disponible en: <http://www.lingue.com/spanish/alimentos-complementarios+de+leche+materna>

31. Beltrán A, Seinfeld J. Desnutrición Crónica Infantil en el Perú un problema persistente. [Artículo de Investigación]. Perú. Universidad del Pacífico, Centro de investigación; 2009.
32. FAO. Segunda Conferencia Internacional sobre nutrición. Italia, noviembre; 2014. Disponible en: <http://www.fao.org/3/a-i4436s.pdf>
33. Sevilla R. Manejo Integral “clapsen” de la desnutrición infantil. Rev. Méd Cient “Luz Vida”; 2011: 2(1):87-9.
34. MINSA. Norma técnica de control y desarrollo del niño y la niña menor de 5 años. Perú; 2018. Fecha de acceso: 17/01/19.
35. Posada Á, Gómez J, Ramírez H. El niño sano. 3ra. Ed. Colombia; 2005. Editorial Medico Panamericana.
36. Colectivo de autores. Evaluación pediatría. Tomo I. La Habana; 2006. Editorial Ciencias médicas. Fecha de acceso: 06/11/18. Disponible en: <https://medicina-cuartoano.files.-wordpress.com/2017/03/ped-tomo-i.pdf>
37. Vega L, Iñarritu M. Fundamentos de nutrición y dietética. 1ra. Ed. México; 2010. Editorial Pearson Educación. Fecha de acceso: 06/11/18. Disponible en: <http://-wwwfile://C:Users/PC5/Downloads/Fundamentos.de.Nutricion.yDieto.terapia-pdf>
38. MINSA. Norma técnica de atención integral de la salud neonatal. Perú; 2013. Fecha de acceso: 07/03/2020.
39. AEP. Manual Práctico de Nutrición en Pediatría. Fecha de acceso: 11/12/18. Disponible en: <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/manual/-nutricion.pdf>

40. Sociedad Venezolana de Puericultura y pediatría. Nutrición Pediátrica. 1ra. Ed. Venezuela; 2009. Editorial Médica Panamericana. Fecha de acceso: 13/08/19. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=MouniMMFRl4C&pg=PA75&dq=estado+nutricional+pediatrica&hl=es419&sa=X&ved=0ahUKEwiD36BsOrcAhVBtFMKHb6dCrIQ6AEIJjAA#v=onepage&q&f=false>
41. Valencia P. Estado nutricional de la población menor de 5 años adscrita al puesto de Salud Aynaca. Perú – Lima; 2014.
42. Quispe A. Estado Nutricional de los niños menores de 5 años de la Institución Educativa Inicial 608 de Tinta – Cusco. [tesis de licenciatura]. Perú: Universidad San Martín de Porras; 2015.
43. Behar D. Metodología de investigación. Ed. Shalom. Sanabria. (2008). Fecha de acceso. 21/12/2019. Disponible en: <http://rdigital.unicv.edu.cv/bitstream/123456789/106/3/Libro%20metodologia%20investigacion%20este.pdf>
44. Asamblea Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2013. [Internet]. [Citado el 03 de enero de 2019] Recuperado de: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-investigacion/fdeva-luacion/fd-evaluacion-etica-investigacion/Declaracion-Helsinki-2013-Esp.pdf>

# **ANEXOS**

## ANEXO 1

UNIVERSIDAD NACIONAL  
SANTIAGO ANTÚNEZ DE MAYOLO

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL  
DE ENFERMERÍA

### DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO VOLUNTARIO

**Yo**, por medio del presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado **FACTORES ASOCIADOS A LA DESNUTRICION CRONICA EN LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL CENTRO DE SALUD PALMIRA – HUARAZ – 2018.**

**Que tiene como objetivo:** determinar los factores asociados a la desnutrición crónica en los niños menores de 5 años del centro de salud Palmira – Huaraz – 2018.

**Se me explico que** mi participación consistirá: en los factores asociados a la desnutrición crónica en los niños menores de 5 años del centro de salud Palmira – Huaraz – 2018.

**Declaro que se me ha explicado minuciosamente** respecto al procedimiento a realizar que no presenta molestias ni inconvenientes que beneficia el aspecto físico, psicológico y social, en caso se requiera el investigador aclarara mis dudas respecto a cada cuidado de enfermería.

**Tiene alguna duda:**

---

---

**También he sido informado** que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento que crea conveniente.

**Las investigadoras nos comprometemos** que en todo momento se mantendrá el principio de la confidencialidad.

**El beneficio del estudio será:** determinar e identificar la relación que existe entre los factores asociados a la desnutrición crónica en los niños menores de 5 años del centro de salud Palmira en el 2019. En los factores socioculturales y biológicos.

Por la presente autorizo al grupo investigador para que se me efectúe las preguntas necesarias.

\_\_\_\_\_  
**Firma y DNI de la madre o cuidadora**



**Huella digital**



## ANEXO 2

UNIVERSIDAD NACIONAL  
SANTIAGO ANTUNEZ DE MAYOLO

ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL  
DE ENFERMERIA

### “FACTORES ASOCIADOS A LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL CENTRO DE SALUD PALMIRA – HUARAZ - 2018”

#### CUESTIONARIO

##### I. Ficha de Identificación

Nombre del niño(a): .....

Fecha de Nacimiento: .....

Sexo del Niño (a): .....Peso: ..... Talla: .....N° HCL: .....

##### II. Variable Independiente: Factores Asociados

###### Factores Socioculturales:

###### 1. Edad de la madre:

- a) 15 a 19 años
- b) 20 a 24 años
- c) 25 a 29 años
- d) > 30 años

###### 2. Lugar de procedencia de la madre:

- a) Zona rural
- b) Zona urbana marginal
- c) Zona urbana

###### 3. Estado civil de la madre:

- a) Soltera
- b) Conviviente
- c) Casada
- d) Divorciada
- e) Viuda

###### 4. Grado de instrucción de la madre:

- a) Analfabeta
- b) primaria

- c) Secundaria
- d) superior

**5. Ocupación laboral de la madre:**

- a) Estudiante
- b) Ama de casa
- c) Empleada
- d) Comerciante

**6. Número de hijos de la madre:**

- a) 1 a 2 hijos
- b) 3 a 4 a más hijos
- c) 5 a más hijos

**7. Nivel de ingreso económico de la madre:**

- a) < 200 soles
- b) 300 a 500 soles
- c) 600 a 750 soles
- d) 750 a más soles

**8. Creencias alimenticias de la familia**

- a) Tomar gaseosa descalcifica
- b) Tomar hierbas eleva la presión
- c) Comer productos refrigerados genera cáncer
- d) Comer menestras produce gases
- e) Comer ají causa acidez estomacal

**9. Los alimentos tradicionales que consume la familia**

- a) El cuy frito
- b) Picante de chocho
- c) Mazamorra de tocosh
- d) Caldo de gallina
- e) Picante de zapallo

**10. Los hábitos alimenticios de su niño**

- a) Comer 1 vez al día
- b) Comer 2 veces al día
- c) Comer 3 veces al día

- d) Comer 5 veces al día

**Factores Biológicos:**

**11. Pesos de su niño al nacer:**

- a) Extremadamente bajo peso al nacer (EBPN)
- b) Muy bajo peso al nacer (MBPN)
- c) Bajo peso al nacer (BPN)
- d) Peso adecuado
- e) Macrosómico

**12. Edad gestacional de su niño:**

- a) Recién nacido pre termino
- b) Recién nacido a termino
- c) Recién nacido pos término.

**13. Enfermedades frecuentes de su niño:**

- a) Sistema respiratorio
- b) Sistema digestivo
- c) Alergias
- d) Escaldaduras

**14. Antecedentes de la lactancia de su niño**

- a) Lactancia materna exclusiva
- b) Lactancia mixta

**15. Antecedentes del inicio de la alimentación complementaria de su niño:**

- a) 4 o 5 meses
- b) 6 meses

**III. Variable Dependiente: Desnutrición Crónica**

**16. Clasificación del estado nutricional en niños menores de 5 años según la tabla de valoración nutricional antropométrica**

- a)  $> + 2$  D.E.
- b)  $< - 2$  a  $- 3$  D.E

### ANEXO 3

UNIVERSIDAD NACIONAL  
SANTIAGO ANTUNEZ DE MAYOLO

ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL  
DE ENFERMERIA

#### FORMATO DE VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS POR JUICIO DE EXPERTOS

A continuación, le presentamos siete aspectos relacionados al proyecto, en él se clasificará con la puntuación de uno a cinco de acuerdo a su criterio.

1. Ud. Considera que la formulación del problema de investigación es concordante con el objetivo general
2. Ud. Considera que los objetivos dan respuesta al problema de investigación.
3. Ud. Considera que la metodología guarda concordancia con técnica de recolección y procesamiento de datos
4. Ud. Considera que el tipo de estudio guarda concordancia con los objetivos de investigación.
5. Ud. Considera que los ítems de las dimensiones y sus indicadores guardan concordancia con el problema de investigación.
6. Ud. Considera que la hipótesis responde a la formulación del problema.
7. Ud. Considera que la técnica de recolección de datos es adecuada para la investigación.

Leyenda:	Puntuación
TA: Totalmente de Acuerdo.	5
A: De Acuerdo.	4
I: Indeciso.	3
D: En Desacuerdo.	2
TD: Totalmente En Desacuerdo.	1

JUEZ	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6	Ítem 7	TOTAL
I	5	5	4	5	5	5	4	33
II	5	5	3	5	4	5	5	32
III	4	5	5	4	3	4	4	29
TOTAL								94

  
María J. Castillo Ortiz  
Lic. Enfermería  
CEP 44769

  
DRA. MARIA VECINO  
31619295

  
Lic. Apoliza E. Winyaya Sama  
Lic. Enfermería  
CEP N° 30927

## CÁLCULO DEL COEFICIENTE DE VALIDEZ DE CONTENIDO

**Coefficiente de Validez de Contenido Inesgado (CVCi)**

$$CVCi = \frac{\text{Promedio de valoración de expertos}}{\text{Valoración máxima posible de la escala}} = \frac{Mx}{Vmx}$$

**Coefficiente de Validez de Contenido Inesgado Corregido (CVCic)**

$$CVCic = \frac{Mx}{Vmx} - Pe = \frac{Mx}{Vmx} - \left(\frac{1}{J}\right)^J$$

Siendo:

Pe: Probabilidad de error.

J: Número de jueces o expertos

**Coefficiente de Validez de Contenido Total (CVCt)**

$$CVCt = \frac{\sum CVCic}{\text{Nº de ítems}}$$

**Coefficiente de Validez de Contenido Total Corregido (CVCtc)**

$$CVCtc = CVCt - Pe = CVCt - \left(\frac{1}{J}\right)^J$$

## PROCEDIMIENTO DE CÁLCULO DE LA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

**Escala de valoración:** Del 1 al 5

ítem	Nº Jueces (J)			$\sum x_{ij}$	Promedio (Mx)	$CVCic = \frac{Mx}{Vmx}$	$Pei = \left(\frac{1}{J}\right)^J$	$CVCic = CVCi - Pei$
	1	2	3					
1	5	5	4	14	4.6	0.92	0.03594	0.8841
2	5	5	5	15	5	1	0.03594	0.9641
3	4	3	5	12	4	0.8	0.03594	0.7641
4	5	5	4	14	4.6	0.92	0.03594	0.8841
5	5	4	3	12	4	0.8	0.03594	0.7641
6	5	5	4	14	4.6	0.92	0.03594	0.8841
7	4	5	4	13	4.3	0.86	0.03594	0.8241
							$\Sigma$	<b>5.9687</b>

$$CVCt = \frac{\sum CVCic}{\text{Nº de ítems}} = \frac{5.9687}{7} = 0.85267$$

$$CVCtc = CVCt - Pe = CVCt - \left(\frac{1}{J}\right)^J = 0.85267 - 0.03594 = 0.81673$$

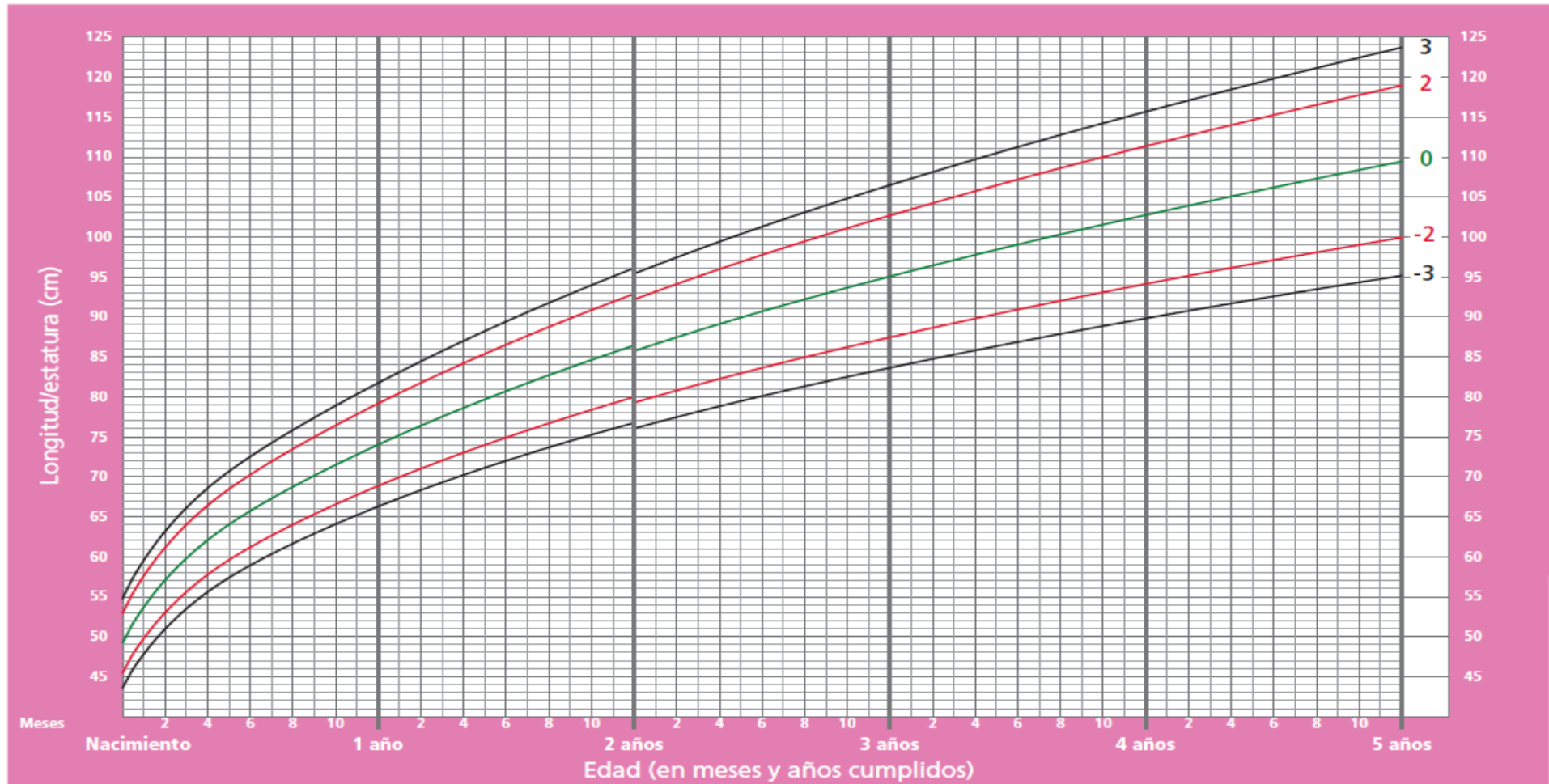
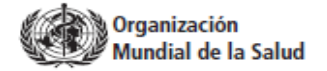
**= 0.82**

Por lo tanto, la validez y concordancia del instrumento es buena según Hernández-Nieto (2011).

## ANEXO 4

# Longitud/estatura para las Niñas

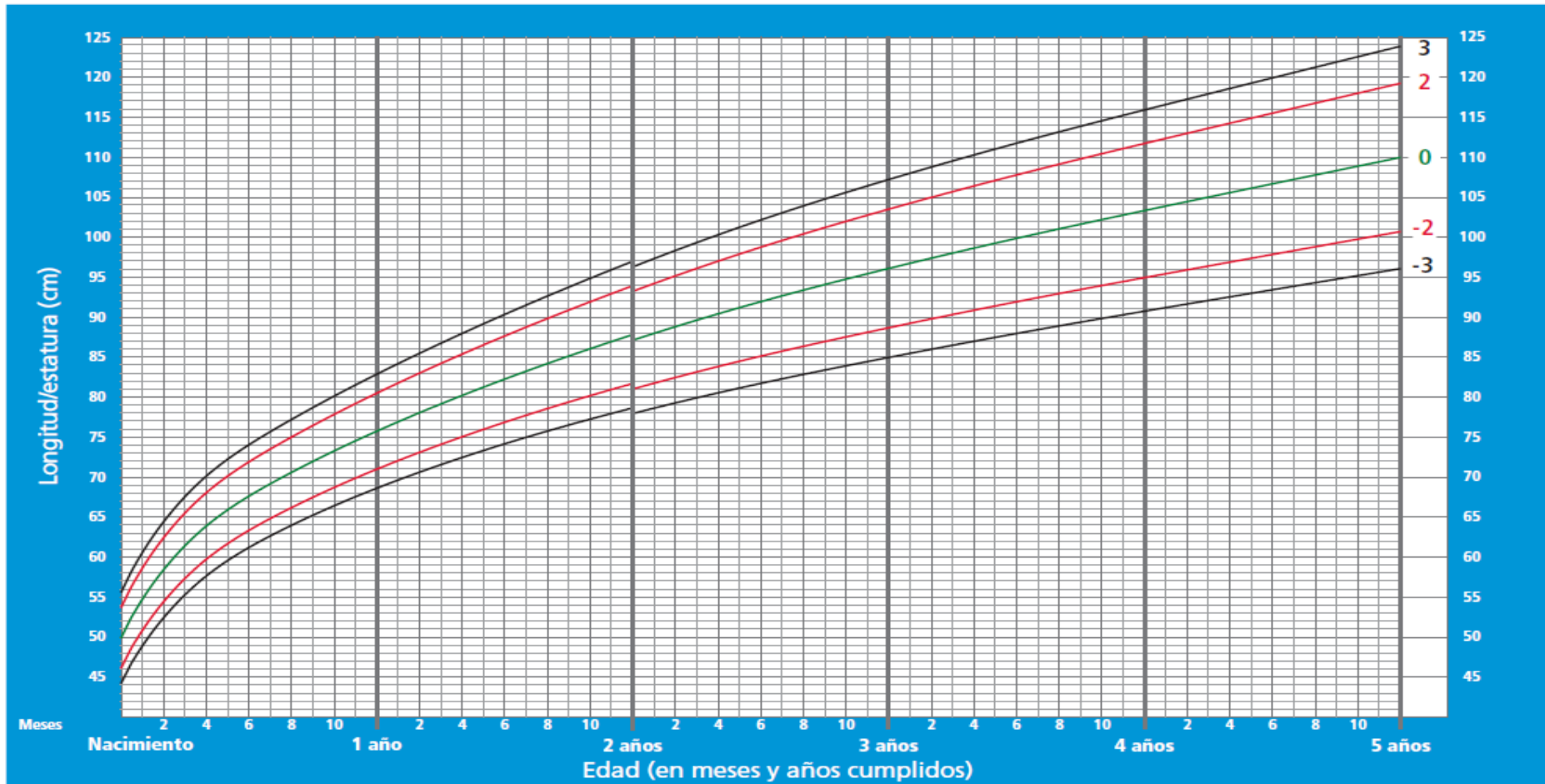
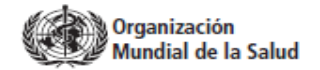
Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



Patrones de Crecimiento infantil de la OMS

# Longitud/estatura para la edad Niños

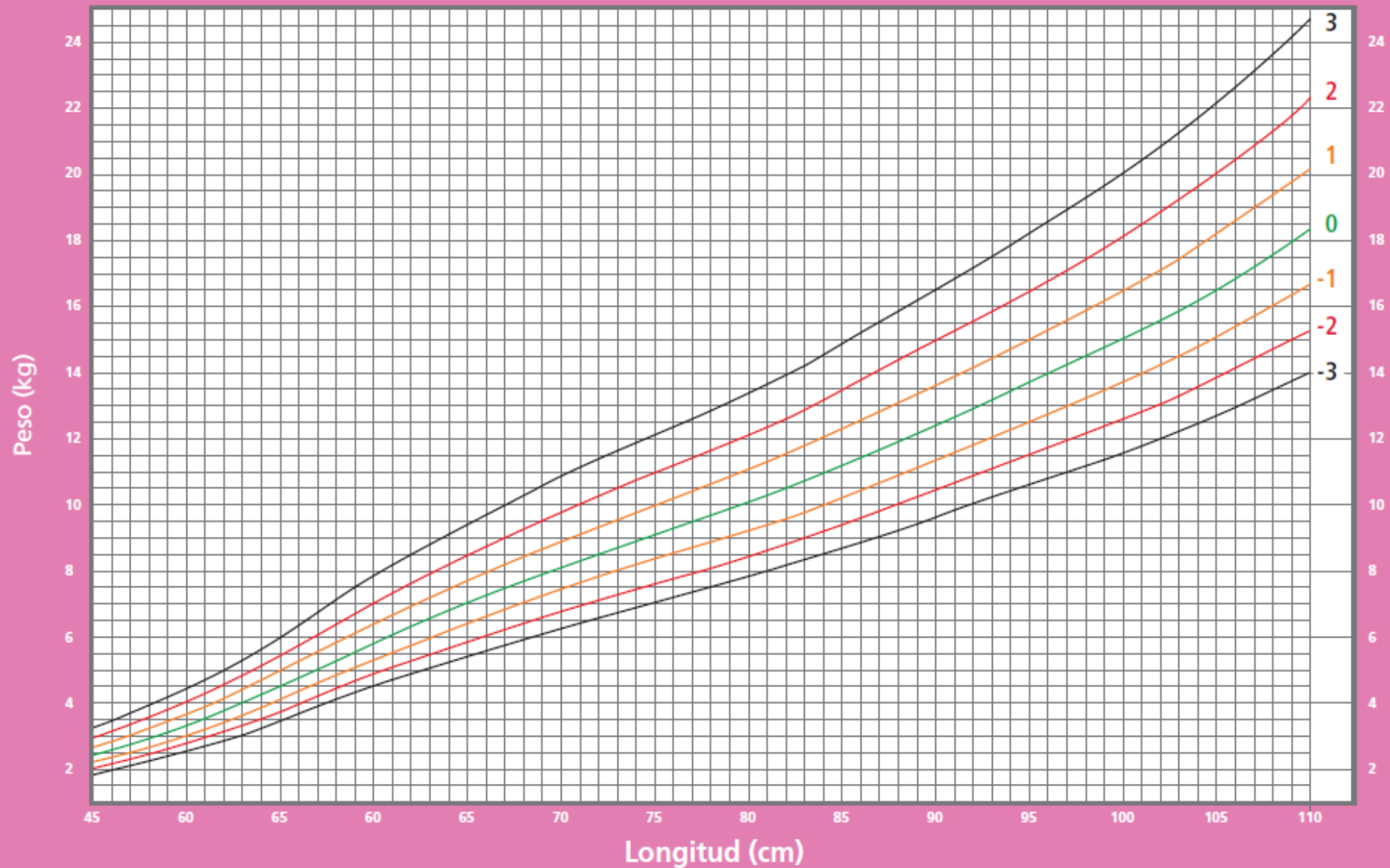
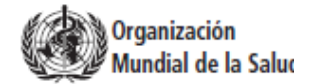
Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



Patrones de Crecimiento infantil de la OMS

# Peso para la longitud Niñas

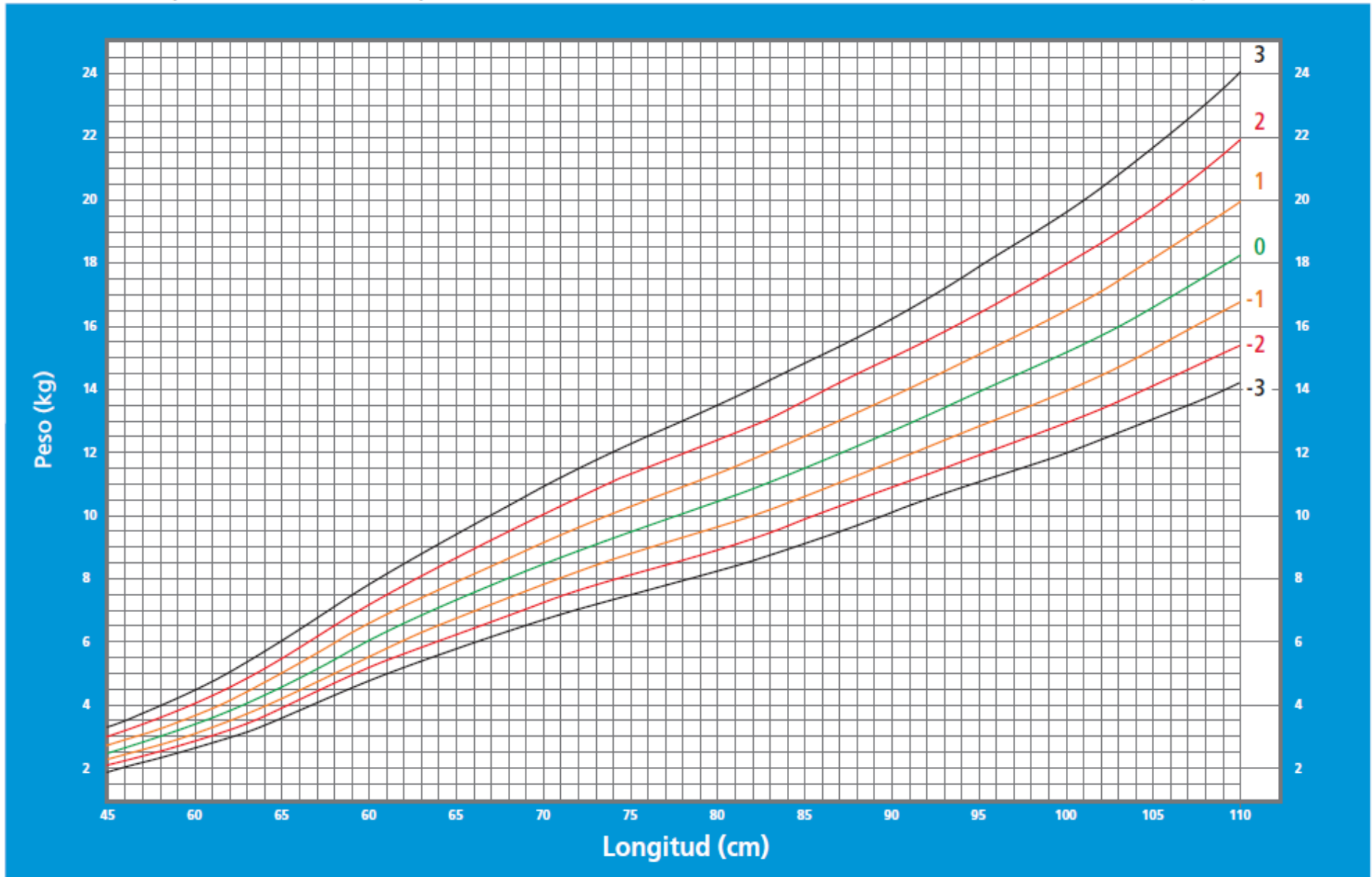
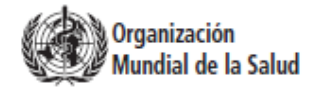
Puntuación Z (Nacimiento a 2 años)





# Peso para la longitud - Niños

Puntuación Z (Nacimiento a 2 años)



**ANEXO 6**

**Matriz de Consistencia**

**TÍTULO:** “FACTORES ASOCIADOS A LA DESNUTRICION CRÓNICA EN LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL CENTRO DE SALUD PALMIRA – HUARAZ – 2018”

<b>PROBLEMA</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>HIPÓTESIS</b>	<b>MARCO TEÓRICO</b>	<b>VARIABLE</b>	<b>METODOLOGÍA</b>
<p>¿Cuáles son los factores asociados a la desnutrición crónica en los niños menores de 5 años del Centro de Salud Palmira Huaraz - 2018?</p>	<p><b>Objetivo General:</b></p> <p>Determinar la relación que existe entre los factores asociados a la desnutrición crónica en niños menores de 5 años del Centro de Salud Palmira, Huaraz 2018.</p> <p><b>Objetivos Específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar los factores socioculturales asociados a la desnutrición crónica en niños menores de 5 años del Centro de Salud Pal-mira, Huaraz 2018.</li> <li>• Analizar los factores biológicos asociados a la desnutrición crónica en niños menores de 5 años del Centro de Salud Pal-mira, Huaraz 2018.</li> </ul>	<p><b>H1:</b> Existe asociación significativa entre los factores asociados con la desnutrición crónica en los niños menores de 5 años del centro de salud Palmira – Huaraz – 2018.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NAMUCHE Fernando, et colab. (2007).</li> <li>• CORONADO Zully. (2013).</li> <li>• RUIZ Sor. (2014).</li> <li>• CHÉRIGO Valeria. (2014).</li> <li>• LLACMA Abigail. (2015).</li> <li>• VALLEJO María, et colab. (2016).</li> <li>• CASTRO Margarita. (2016).</li> <li>• ARRUNATEGUI Víctor. (2016).</li> <li>• MENDOZA Gina. (2016).</li> <li>• CUEVA Emérita, et colab. (2017).</li> <li>• DÁVILA Nancy, et colab. (2017).</li> <li>• SOLES Fiorella. (2017).</li> <li>• FLORES Marina. (2018).</li> <li>• HURTADO Juan. (2019).</li> </ul> <p><b>Bases Teóricas:</b></p> <p>A) Factores Asociados            B) Desnutrición Crónica en niños menores de 5 años            C) Evaluación del crecimiento del niño</p>	<p>VARIABLE INDEPENDIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Factores Asociados</li> </ul> <p>VARIABLE DEPENDIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desnutrición Crónica.</li> </ul>	<p>TIPO DE ESTUDIO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Descriptivo</li> <li>• Cuantitativo</li> <li>• Retrospectivo y de corte transversal</li> </ul> <p>DISEÑO DE ESTUDIO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No Experimental, caso-control</li> </ul> <p>POBLACIÓN:</p> <p>Niños menores de 5 años que asistieron a sus controles (CRED)</p> <p>MUESTRA:</p> <p>68 niños menores de 5 años, de los cuales 34 con desnutrición crónica y 34 sin ella.</p> <p>TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:</p> <p><b>Técnica:</b> la observación.</p> <p><b>Instrumentos:</b> el cuestionario y la ficha de evaluación nutricional.</p>