

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
VICERRECTORADO ACADÉMICO



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**Factores asociados a estado de desnutrición en niños
menores de 5 años. Centro de Salud Santa, 2017.**

Informe de tesis para obtener el título profesional de Licenciada en
enfermería

Autora

Soles Hernández, Fiorella Nataly

Asesora:

Mg. Córdova Alva, Flor María

Chimbote- Perú

2017

Palabras clave:

Tema	Desnutrición , factores maternos
Especialidad	Enfermería

Theme	Malnutrition, maternal factors
specialty	Nursing

Línea de investigación

Línea
Salud Pública

DEDICATORIA

A mis Padres: Rosa Hernández Rodríguez y Luis Soles Pulido; son un ejemplo para mí que sin dudar me dieron su apoyo constante; inmenso cariño; confianza y ayudaron emocionalmente y financieramente en mi presente trabajo concluyéndolo con satisfacción.

A mis Hermanos Olga, Luz María, José, Jesús, Luis, Ada por darme palabras de aliento a seguir logrando lo anhelado.

En Honor a mi abuela Florinda Rodríguez porque gracias a ella, tengo a una madre muy buena con buenos valores y principios que supo sacarme adelante a pesar de las dificultades de la vida.

A mi novio Anthony Encinas, por su paciencia, inmenso amor, confianza y apoyo incondicional al ayudarme durante el desarrollo de mi proyecto. Siempre aconsejándome y valorando el esfuerzo de mi presente trabajo.

La Autora

AGRADECIMIENTO

Esta tesis se la dedico ante todo a Dios que con su poder infinito supo guiarme por el camino correcto dándome la fuerza para seguir adelante y no desfallecer en las adversidades que se me presento durante el desarrollo del proyecto, enfrentando las adversidades sin perder el control y paciencia hasta lograr lo anhelado.

A las docentes por su apoyo incondicional durante el desarrollo del presente trabajo de investigación y por inculcarnos el amor hacia la carrera.

A mis asesoras de mi proyecto de tesis por el valioso tiempo, dedicación y ayuda en asesorar y llegar al final de la meta.

A los jurados por las constantes evaluaciones y observaciones que me dieron durante el desarrollo de mi proyecto de tesis y poder concluirla con satisfacción.

La Autora

DERECHO DE AUTORIA

Se reserva esta propiedad intelectual y la información de los derechos de los autores en el DECRETO LEGISLATIVO 822 de la República del Perú. El presente informe no puede ser reproducido ya sea para venta o publicaciones comerciales, sólo puede ser usado total o parcialmente por la Universidad San Pedro para fines didácticos. Cualquier uso para fines diferentes deberá ir con la autorización previa de las autoras.

La Escuela Académico Profesional de Enfermería de la facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad San Pedro, ha tomado las precauciones razonables para verificar la información contenida en esta publicación.

La Autora

PRESENTACIÓN

En el desarrollo de las actividades académicas para la formación profesional de los alumnos de la carrera Profesional de Enfermería, se encuentra la de realizar trabajos de investigación a nivel de pre grado con el propósito de obtener el título Profesional, en tal sentido, ponemos a disposición de todos los miembros de la comunidad universitaria y extrauniversitaria el presente informe de investigación titulado: *“Factores asociados a Estado de Desnutrición en niños menores de 5 años. Centro de Salud Santa, 2017”*,

El presente informe de investigación cumple con los requisitos exigidos por el reglamento de grados y títulos de la facultad de ciencias de la salud de la Universidad San Pedro.

En este informe, el **primer capítulo** corresponde a la introducción, en donde se muestra antecedentes de investigaciones a nivel internacional, nacional y local, incluye la justificación, el problema, la hipótesis, los objetivos y la definición y operacionalización de las variables, en el **segundo capítulo** se presenta la metodología desarrollada durante el estudio donde se manifiesta el tipo diseño, población y muestra, instrumentos así como las limitaciones del estudio, en el **tercer capítulo** se presenta el análisis de los resultados, los cuales fueron tabulados estadísticamente y agrupados en tablas de doble entrada, con el propósito de poder analizarlos posteriormente, así como presentamos su respectivas expresiones gráficas con el propósito de visualizar las tendencias obtenidas es este estudio; se presenta también la discusión de los resultados y como **cuarto capítulo** las conclusiones y recomendaciones, en el **quinto capítulo** se presenta las referencias bibliográficas y anexos correspondientes.

INDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
PRELIMINARES	
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Derecho de autoría	v
Presentación	vi
Índice de contenidos	vii
Índice de tablas	viii
Índice de figuras	ix
Resumen	x
Abstrac	xi
Capítulo I: Introducción	1
1.1. Antecedentes y fundamentación científica	6
1.2. Justificación	24
1.3. Problema	26
1.4. Conceptuación y operacionalización de las variables	30
1.5. Hipótesis	31
1.6. Objetivos	31
Capítulo II: Metodología	32
2.1. Tipo y Diseño de investigación	32
2.1.1. Tipo de estudio	33
2.1.2. Diseño de estudio	33
2.2. Población y muestra	34
2.3. Técnicas e instrumentos	35
2.4. Procedimiento de recolección de información	36
2.5. Procesamiento y análisis de la información	36
2.6. Protección de los derechos humanos	37
Capítulo III: Análisis y Discusión de Resultados	38
3.1. Análisis de resultados	38
3.2. Discusión de resultados	48
Capítulo IV: Conclusiones y recomendación	49
4.1. Conclusiones	49
4.2 Recomendaciones	50
Capítulo V: Referencias bibliográficas	51
Anexos	63

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1.	
Tipo desnutrición en niños menores de 5 años del Centro de Salud Santa.2017	38
Tabla 2.	
Asociación de los factores sociales al estado de desnutrición en niños menores de 5 años del Centro de Salud Santa. 2017	39
Tabla 3.	
Asociación de los factores económicos al estado de desnutrición en niños menores de 5 años del Centro de Salud Santa.2017	40
Tabla 4	
Asociación de los factores de alimentación al estado de desnutrición en niños menores de 5 años del Centro de Salud Santa.	41

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Tipo desnutrición en niños menores de 5 años del Centro de Salud Santa.2017	65
Figura 2. Asociación del factor social edad materna al estado de desnutrición en niños menores de 5 años del Centro de Salud Santa. 2017	66
Figura 3. Asociación del factor social nivel de instrucción materno al estado de desnutrición en niños menores de 5 años del Centro de Salud Santa. 2017	66
Figura 4 Asociación del factor social ocupación materna al estado de desnutrición en niños menores de 5 años del Centro de Salud Santa. 2017	66
Figura 5. Asociación del factor ingreso económico familiar al estado de desnutrición en niños menores de 5 años del Centro de Salud Santa. 2017	67
Figura 6. Asociación del factor económico servicios básicos al estado de desnutrición en niños menores de 5 años del Centro de Salud Santa. 2017	67
Figura 7. Asociación del factor práctica alimentaria al estado de desnutrición en niños menores de 5 años del Centro de Salud Santa. 2017	68

RESUMEN

El presente trabajo de investigación es tipo descriptivo correlacional y de corte transversal, tiene por objetivo general, determinar los factores asociados a estado de desnutrición en niños menores de 5 años. La muestra estuvo constituida por 30 niños con desnutrición crónica y 30 niños sanos que reunieron los criterios de inclusión. Para la recolección de datos se utilizaron como instrumentos: Cuestionario de factores socioeconómico maternos-alimentarios y la ficha de diagnóstico del estado nutricional del niño. La significancia estadística se realizó mediante la prueba de chi cuadrado para la relación de las variables en estudio ($p < 0.05$), llegándose a las siguientes conclusiones: La desnutrición crónica es tipo de desnutrición más predominante (100%) según el indicador talla/edad, seguido desnutrición global (26,7%) según el indicador Peso/edad, solo el 6,7% de los niños presenta desnutrición aguda. Referente a los factores socioeconómicos la mayoría de las madres en estudio tiene una edad fluctuante de 18 a 34 años, ha cursado secundaria y son amas de casa. Los factores sociales asociados a la desnutrición fueron el nivel de instrucción [X^2 : 8,879; p : 0,031], el ingreso económico familiar [X^2 : 14,571; p : 0,002] y las practicas alimentarias [X^2 : 39,095; p : 0,000]. No habiendo asociación con la edad materna, ni la ocupación.

Palabra Clave: Desnutrición, factores maternos

ABSTRAC

The present research work is descriptive type correlational and cross-sectional, its general objective is to determine the factors associated with malnutrition status in children under 5 years. The sample consisted of 30 children with chronic malnutrition and 30 healthy children who met the inclusion criteria. For the collection of data, the following instruments were used: Questionnaire of maternal-alimentary socioeconomic factors and the diagnostic record of the nutritional status of the child. Statistical significance was determined using the chi-squared test for the relationship of the variables under study ($p < 0.05$), reaching the following conclusions: Chronic malnutrition is the most predominant type of malnutrition (100%) according to the size / age indicator, followed by global malnutrition (26.7%) according to the Weight / Age indicator, only 6.7% of children suffer from acute malnutrition. Regarding socioeconomic factors most of the mothers in the study have a fluctuating age of 18 to 34 years, have studied secondary school and are housewives. The social factors associated with malnutrition were the level of instruction [X^2 : 8,879; p : 0.031], the family economic income [X^2 : 14,571; p : 0.002] and food practices [X^2 : 39.095; p : 0.000]. There is no association with maternal age or occupation.

Keyword: Malnutrition, maternal factors

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. ANTECEDENTES Y FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

1.1.1. Antecedentes

A nivel internacional, estudios que relacionen nuestras variables, tenemos:

En Quito – Ecuador, Dávila y Jara (2017) realizaron el estudio intitulado: “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 durante el período de septiembre a diciembre de 2016”, cuya finalidad fue determinar si los factores: tipo de familia, auto identificación étnica, nivel de escolaridad de los padres e ingresos, influyen en la malnutrición en niños que acuden a los CIBV del cantón Cotacachi. Concluyendo que se observa una alta prevalencia de malnutrición en comparación a cifras nacionales, donde tiene significancia estadística las variables tipo de familia y nivel de ingresos (Dávila & Jara, 2017).

En Cuba, Acevedo, Paéz y Abull (2016), realizan el estudio intitulado: “Factores de riesgo de desnutrición en menores de cinco años del municipio de Manatí”. Cuyo objetivo fue identificar factores de riesgo, asociados a la desnutrición en niños menores de cinco años, pertenecientes al área de salud del policlínico universitario “Mártires de Manatí”, municipio de Manatí, Las Tunas, desde enero de 2013 hasta febrero de 2016. Tuvieron como resultados que las malas condiciones higiénico-sanitarias aumentaron en 6,2 el riesgo de malnutrición en los infantes. Los niños con ablactación inadecuada incrementaron este riesgo en 5,8 veces y la lactancia artificial en 1,8. La baja per cápita familiar, la baja escolaridad de la madre, y las enfermedades asociadas fueron otros factores de riesgo de malnutrición. No se demostró asociación causal entre el bajo peso al nacer y la desnutrición al quinto año de vida. Concluyen que con su estudio se identificaron los factores de riesgo asociados a la malnutrición. Las malas

condiciones higiénico-sanitarias, la ablactación inadecuada y la lactancia artificial resultaron los de mayor incidencia (Acevedo, Páez, & Abull, 2016).

En Colombia, González y Díaz (2015) en su estudio titulado: “Características familiares relacionadas con el estado nutricional en escolares de la ciudad de Cartagena, tuvo como objetivo determinar las características familiares asociadas al estado nutricional de los niños escolarizados de la ciudad de Cartagena”. Y tuvieron como resultados que el 53,9 % de los escolares presentó un adecuado estado nutricional mientras que el 46,1 % estaban malnutridos. Las características familiares asociadas a la malnutrición infantil por exceso fueron el número de integrantes OR 0.65 (IC: 0,4-0,9) y los ingresos familiares OR 0,53 (IC: 0,3-0,7). Por su parte a la malnutrición por déficit se asoció el ingreso familiar OR 2,08 (IC: 1,1-3,9). Concluyen que las variables que mostraron asociación con el estado nutricional fueron: ingresos económicos menores/iguales al salario mínimo y número de integrantes de la familia (González & Díaz, 2015).

En Ecuador, Chérigo y Cobo (2014), realizaron el estudio: “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- año 2014”. Cuyo objetivo fue identificar el estado nutricional y los factores que inciden en la desnutrición en niños de 2 a 5 años que asisten a los Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV), tuvieron como resultados que el 54% presentó un estado nutricional normal, el 35% sobrepeso y el 11% desnutrición; 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 (Chérigo & Cobo, 2014).

En el ámbito nacional tenemos las siguientes investigaciones:

En Iquitos, Delgado, Tuesta y Valqui (2015), realizaron el estudio intitulado “Factores maternos asociados al riesgo de desnutrición en niños de 6 a 36 meses del Centro de Salud Morona Cocha I-4, 2015”. El estudio tuvo como objetivo determinar los factores maternos (edad, trabajo, nivel educativo, ingresos

económicos, espacio intergenésico) asociados al riesgo de desnutrición en niños de 6 a 36 meses atendidos en el consultorio CREDE del Centro de Salud Morona Cocha I-4, 2015. Obteniendo lo siguiente: el 100.0% (123) de madres con niños(as) 6 a 36 meses, el 20.3% (25) tienen menor edad y el 79.7% (98) tienen mayor edad, el 26.8% (33) de ellas presentan trabajo remunerado, mientras que el 73.2% (90) no tienen trabajo remunerado, el nivel educativo el 27.6% (34) tienen menor nivel educativo y el 72.4% (89) manifiestan tener mayor nivel educativo, con menor ingreso económico son el 52.8% (65) y con mayor ingreso el 47.2% (58), con menor espacio intergenésico el 48.0% (59) de las madres, mientras que el 52.0% (64) tienen mayor espacio intergenésico. Asimismo, se determinó que del 100% (123) el 93.5% es decir 115 presentan riesgo de desnutrición mientras que el 6.5% no presentan riesgo de desnutrición. En su estudio concluyen que existe relación estadísticamente significativa entre el riesgo de desnutrición y las variables trabajo $p = 0.001$, $< \alpha = 0.05$, ingresos económicos $p = 0.018$, $< \alpha = 0.05$ y espacio intergenésico $p = 0.038$, $< \alpha = 0.05$; al mismo tiempo se logró determinar que no existe relación estadísticamente significativa entre el riesgo de desnutrición y las variables edad $p = 0.140$, $> \alpha = 0.05$ y nivel educativo $p = 0.071$, $> \alpha = 0.05$ (Delgado, Tuesta, & Valqui, 2015).

En Loreto, Ampuero, Martínez y Torres (2014) desarrollaron el estudio “Factores socioeconómicos, demográficos y culturales relacionados con el estado nutricional en niños de 3 a 5 años”, tuvieron como objetivo determinar la relación entre los factores socioeconómicos, demográficos y culturales, y el estado nutricional en los niños de 3 a 5 años. Tuvieron como resultados que el 72,8% de madres tuvieron trabajos independientes, 61,2% con educación secundaria, 68,7% con pareja estable, 68,0% manifestó tener ingreso económico familiar bajo, 67,3% con edad adulta joven, 73,5% con conocimientos inadecuados, 26,5% con conocimientos adecuados sobre la alimentación del niño. En cuanto al estado nutricional de los niños: 59,9% presenta malnutrición, 40,1% tiene estado nutricional normal. Y concluyeron que existe relación entre el estado nutricional y los factores socioeconómicos, demográficos y culturales: ocupación de la madre ($p = 0,000$), grado de instrucción de la madre ($p = 0,013$), estado civil de la madre

($p = 0,000$), ingreso económico de la madre ($p = 0,000$), edad de la madre ($p = 0,007$), nivel de conocimiento de la madre ($p = 0,001$) (Ampuero, Martínez, Torres, & Vílchez, 2014).

Un estudio a nivel nacional realizado por Sobrino, Gutiérrez, Cunha, Dávila y Alarcón (2014), denominado “Desnutrición Infantil en menores de cinco años en Perú. Tendencias y Factores determinantes”, tuvieron como objetivo analizar las tendencias en materia de desnutrición y anemia en menores de 5 años peruanos y su asociación con algunos factores determinantes en el período 2000–2011. Se analizaron indicadores nutricionales de menores de 5 años de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2011 y su evolución a partir de datos de las ENDES 2000, 2005 y 2008. Se estimaron las tendencias de desnutrición crónica (DC) (talla/edad $\leq 2DS$), de desnutrición aguda (DA) (peso/talla $\leq 2DS$) y de anemia. Se encontraron asociaciones con factores como sexo del niño, edad del niño, zona de residencia (urbana o rural), región de residencia, educación de la madre, quintil de riqueza, disponibilidad de red pública de agua, disponibilidad de cloacas, nivel de altitud, presencia de otros niños en el hogar, orden de los nacimientos, presencia de diarrea en los 15 días previos y presencia de tos en los 15 días previos (Sobrino, Gutiérrez, Cunha, Dávila, & Alarcón, 2014).

En el mismo año, Ojeda (2014) realiza el estudio titulado “Factores asociados a la desnutrición infantil en niños de 2 a 5 años en los distritos de Yanque y Chivay Cañón del Colca, Provincia de Caylloma, Arequipa 2013” tuvo como objetivo determinar los factores asociados a la desnutrición infantil en niños de 2 a 5 años en los distritos de Yanque y Chivay Provincia de Caylloma Arequipa, y como resultados tuvieron lo siguiente: desnutridos de la edad de 2 años el 28.8%, desnutridos de la edad de 3 años fueron el 21.2%; desnutridos de la edad de 4 años fueron el 21.2%; desnutridos de la edad de 5 años fueron el 28.8%; el estado nutricional según nivel de instrucción de la madre donde fueron del grupo de los desnutridos en primaria 29 con el 55.8% y no desnutridos 36 con el 50%, haciendo un total de 65 con el 52.4%; del grupo de los desnutridos en secundaria fueron 23 con el 44.2% y no desnutridos de fueron 36 con el 50%, haciendo un total de 59

con el 47.6%; el estado nutricional según el número de habitaciones donde fueron del grupo de los desnutridos tuvieron de 1 a 2 habitaciones fueron 51 con el 98.1% del grupo de los desnutridos de 3 a 4 habitaciones fueron 1 con el 1.9%; el estado nutricional y la duración del tiempo de lactancia donde fueron del grupo de los desnutridos tuvieron 1 a 3 meses 44 con el 84.6%, del grupo de los desnutridos de 4 a 6 meses fueron 7 con el 13.5%.; el estado nutricional y los servicios básicos de agua, desagüe y luz eléctrica donde en el grupo de los desnutridos si tenían agua 51 con el 98.1%, no tenía agua 1 con el 1.9% y los no desnutridos 72 con el 100% y no tenían agua 0 con el 0%; el grupo de los desnutridos si tenían desagüe 19 con el 36.5%, no tenía desagüe 33 con el 63.5% y los no desnutridos 51 con el 70.8% y no tenían desagüe 21 con el 29.2%; el grupo de los desnutridos si tenían luz 30 con el 57.7%, no tenía luz 33 con el 42.3% y los no desnutridos 40 con el 55.6% y no tenían agua 32 con el 44.4%. Concluyendo que los factores básicos no influyen en el estado de desnutrición del niño (Ojeda, 2013).

Estudios en el ámbito local, con nuestras variables de estudio, tenemos:

En el año 2016, Ascate y Varas realizaron el estudio intitulado “Factores socioeconómicos maternos y estado nutricional de los niños de 1 a 3 años, puesto de Salud Clas “La Unión”. Chimbote 2014. Donde tuvieron como objetivo determinar la relación de los factores socioeconómicos maternos y el estado nutricional del niño de 1 a 3 años del Puesto de Salud – CLAS “La Unión”. Donde concluyen que el 86.7% de las madres tienen edades entre 18 a 34 años, el 71.7% han cursado secundaria, el 60% de madres son convivientes, el 76.7% es ama de casa, el 46.7% tiene un solo hijo, el 65.5% tiene un ingreso mensual de 750 a 1100 soles, el 78.3% presenta un estado nutricional eutrófico y 21.7% un estado nutricional no eutrófico. Así mismo encuentran que existe una relación significativa en los factores socioeconómicos grado de instrucción, estado civil, número de hijos, tipo de familia, ingreso económico y presupuesto diario para la alimentación con el estado nutricional, sin embargo factores como procedencia, religión, ocupación no tiene relación estadísticamente significativa (Ascate & Varas, 2016).

Espinoza y Mestanza (2014) realizaron un estudio sobre “Factores socioeconómicos-Culturales materno y su relación con el estado nutricional de los niños menores de 5 años del centro de salud de la mujer”, donde obtuvieron que el 85.5% de las madres tienen edades entre 18 a 34 años, el 62.1% tiene grado de instrucción secundaria, el 56.9% de esta población femenina no trabaja y el 46.6% de las familias tienen un ingreso económico entre 1200 a 1999 nuevos soles. El estado nutricional de los niños menores de 5 años, se obtuvo que mapas del 89% de los niños en los tres indicadores (P/T, T/E, P/E) obtuvieron un diagnóstico nutricional normal. Existe relación significativa en los factores socioeconómicos y culturales: edad de la madre, grado de instrucción y tipo de familia con el estado nutricional, sin embargo los factores ocupación, ingreso económico y número de hijos no tienen relación significativa con el estado nutricional (Espinoza & Mestanza, 2014).

1.1.2. Fundamentación Científica

La presente investigación está basada en dos constructos: La desnutrición infantil y los factores asociados a la desnutrición los cuales estarán respaldados en la teoría transcultural de Leininger

Desnutrición infantil

Para comprender de manera conceptual la desnutrición infantil en el Perú es necesario revisar dos conceptos claves que se encuentran estrechamente vinculados entre sí, como son la alimentación y la nutrición; el primer concepto hace referencia al proceso biológico de ingestión de alimentos con la finalidad de obtener energía y elementos indispensables para el desarrollo corporal, y el segundo es el conjunto de fenómenos involuntarios que se llevan a cabo en el organismo luego de la ingestión de alimentos como la digestión, absorción y asimilación de nutrientes (Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, 2013).

Para una persona que no recibe suficientes alimentos o suficientes alimentos adecuados, la desnutrición está a la vuelta de la esquina. Por más que la persona coma lo suficiente, estará desnutrido si los alimentos que come no proporcionan la cantidad de micronutrientes – vitaminas y minerales – apropiada para cumplir con los requerimientos nutricionales diarios. La desnutrición y las enfermedades están estrechamente relacionadas. A veces, una enfermedad se da por desnutrición, otras veces es una causa contribuyente. De hecho, la desnutrición es el mayor contribuyente a enfermedades en el mundo, según el Comité de Coordinación sobre Nutrición de la ONU

El término desnutrición, etimológicamente viene del latín dis, separación o negación y Trophiso Trophs, Nutrición. Así la Organización Mundial de la Salud refiere que la «desnutrición» comprende el retraso del crecimiento (estatura inferior a la que corresponde a la edad), la emaciación (peso inferior al que corresponde a la estatura), la insuficiencia ponderal (peso inferior al que corresponde a la edad) y las carencias o insuficiencias de micronutrientes (falta de vitaminas y minerales importantes) (Organización Mundial de la Salud, 2016) (Unicef, 2016).

Desnutrición: Estado patológico resultante de una dieta deficiente en uno o varios nutrientes esenciales o de una mala asimilación de los alimentos. Hay 3 tipos de desnutrición: 1. Desnutrición aguda: Deficiencia de peso para altura (P/A). Delgadez extrema. Resulta de una pérdida de peso asociada con periodos recientes de hambruna o enfermedad que se desarrolla muy rápidamente y es limitada en el tiempo. 2. Desnutrición crónica: Retardo de altura para la edad (A/E). Asociada normalmente a situaciones de pobreza, con consecuencias para el aprendizaje y menos desempeño económico. 3. Desnutrición global: Deficiencia de peso para la edad. Insuficiencia ponderal. Índice compuesto de los anteriores ($P/A \times A/E = P/E$) que se usa para dar seguimiento a los Objetivos del Milenio (FAO, Agencia Española de Cooperación Internacional., 2017).

La desnutrición infantil ha sido catalogada por UNICEF (2006) como una emergencia silenciosa: genera efectos muy dañinos que se manifiestan a lo largo de la vida de la persona, y que no se detectan de inmediato. La primera señal es el bajo peso, seguido por la baja altura; sin embargo, ellas son solo las manifestaciones más superficiales del problema. Según UNICEF, hasta el 50% de la mortalidad infantil se origina, directa o indirectamente, por un pobre estado nutricional.

Camejo y Quintania (2015), refieren que la nutrición es un fenómeno peculiar y activo de los seres vivientes en su proceso de intercambio con el medio ambiente. Con el término nutrición se define el conjunto de procesos biológicos mediante los cuales, el organismo obtiene y transforma los nutrientes obtenidos en los alimentos que son necesarios para su mantenimiento, crecimiento, reproducción, la prevención de enfermedades y el establecimiento de hábitos alimenticios adecuado. Incluye la ingestión de alimentos, la liberación de energía, la eliminación de desechos y todos los procesos de síntesis esenciales para el desarrollo normal de las funciones vitales del organismo. La alimentación está influenciada por factores de tipo ambiental, económico y cultural, mientras que la ingestión comprende la digestión, absorción de nutrientes, transformación de energía y otros compuestos, es un proceso involuntario (Camejo & Quintania, 2015).

Condori y Ticona (2012) precisan que desnutrición puede definirse como un desbalance entre los aportes y requerimientos de uno o varios nutrientes, a la que el organismo responde con un proceso de adaptación, en la medida que ésta situación se prolongue en el tiempo. Un déficit de nutrientes de corta duración sólo compromete las reservas del organismo, sin alteraciones funcionales importantes, en cambio una desnutrición de larga duración puede llegar a comprometer funciones vitales (Condori & Ticona, 2012).

La desnutrición infantil no es sólo el producto de una insuficiente ingesta alimentaria, sino el resultado de una combinación de factores socio-ambientales,

tales como la pobreza extrema, falta de trabajo, analfabetismo, baja cobertura de saneamiento ambiental, malas condiciones de vivienda, medio ambiente contaminado, inequidades sociales, políticas sanitarias ineficaces, etc.

Todos estos factores son particularmente prevalentes en países que se encuentran en vías de desarrollo, en donde se observa un sostenido incremento de niños que viven en forma indigente (Roggiero & Di, 2013).

Evaluación del Estado nutricional (Minsa, 2014)

La evaluación del estado nutricional a través de las mediciones del peso y la talla es la base del monitoreo del crecimiento del niño y la niña.

La valoración antropométrica: peso, longitud/talla, perímetro cefálico se realiza a todo niño o niña desde el nacimiento hasta los 4 años 11 meses 29 días, en cada control o contacto con los servicios de salud, tanto si éste se da a través de la oferta fija (establecimientos de salud u otros escenarios de la comunidad) y oferta móvil (brigadas o equipos itinerantes) y de acuerdo a criterios establecidos

Las medidas de talla y peso en niños se comparan con diversas normas; se registran en percentiles, lo que refleja el porcentaje de la población total de niños del mismo género (sexo) que tienen la talla o el peso en esa edad o con cifras menores. Esto permite conocer y vigilar el crecimiento de los niños en todas las edades se llama “curva de crecimiento”, así tenemos:

Indicador Talla/Edad (T/E): Es un indicador del crecimiento, detecta la desnutrición crónica. Al restringirse la alimentación, la velocidad de crecimiento, tanto el peso como la talla, disminuyen, el peso puede recuperarse rápidamente al reanudarse una buena alimentación, pero la talla es lenta de recuperar.

Indicador Peso / Edad (P/E): Es un indicador del crecimiento de la masa corporal, detecta la desnutrición global; permite diferenciar entre el niño adelgazado o de escasa estatura o casos combinados de adelgazamiento y retardo en el crecimiento. Tiene validez limitada en los niños de bajo peso al nacer y en

desnutridos recuperados que muchas veces el bajo peso se arrastra hasta llegar a adulto.

Indicador Peso/talla (P/T): Es un indicador del crecimiento actual, relaciona el peso que tiene el niño con su talla en un momento determinado; detecta la desnutrición aguda o el sobrepeso.

Clasificación del Desnutrición (Ministerio de Salud, 2015)

Un niño o niña se encuentra en un estado nutricional normal cuando se sitúa entre ± 2 desviaciones estándar (DE), los niños que se encuentran por debajo de -2 DE o por encima de $+2$ DE se encuentran con malnutrición por déficit o por exceso. La OMS define como desnutrido a aquel niño que se encuentra por debajo de dos desviaciones estándar de la mediana de las curvas de referencia (NCHS u OMS). En los niños es importante realizar la vigilancia de los indicadores antropométricos de peso y talla, así tenemos que desnutrición aguda se define cuando el peso para la talla (P/T) es inferior a -2 DE de la mediana. En forma similar, el retardo del crecimiento o desnutrición crónica se define cuando la talla para la edad (T/E) es menor a -2 DE de la mediana (WHO Multicentre Growth Reference Study Group. , 2006)

Valores de referencia para la interpretación de los coeficientes z en niños/as menores de 5 años de edad			
Estado Nutricional de niños y niñas < 5 años			
Diagnóstico	Z T/E	Z P/E	ZP/T
Desnutrición Crónica	< -2	----	----
Desnutrición Global	----	< -2	----
Desnutrición Aguda	----	----	< -2
Sobrepeso	----	----	> 2

Según Norma técnica N° 317 para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la niña y el niño Menor de Cinco Años. La clasificación del estado nutricional en niñas y niños de 29 días a menores de 5 años, se realizará en base a la comparación de indicadores: P/E, T/E y P/T con los valores de los Patrones de Referencia vigentes (MINSa, 2017).

CLASIFICACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑAS Y NIÑOS DE 29 DÍAS A MENORES DE 5 AÑOS			
Puntos de corte	Peso para Edad [Peso Global]	Peso para Talla [Estado nutricional actual]	Talla para Edad [Crecimiento Longitudinal]
Desviación Estándar	Clasificación	Clasificación	Clasificación
> + 3		Obesidad	Muy alto
> +2	Sobrepeso	Sobrepeso	Alto
+ 2 a -2	Normal	Normal	Normal
< -2 a -3	Bajo peso	Desnutrición aguda	Talla Baja
< -3	Bajo peso severo	Desnutrición severa	Talla baja Severa

El parámetro del crecimiento se evalúa y anota tomando dos o más puntos de referencia de los parámetros de crecimiento y graficándolos como puntos unidos por una línea denominada curva o carril de crecimiento, que representa el mejor patrón de referencia para el seguimiento individual de la niña o el niño. El crecimiento de la niña o niño considerando la tendencia se clasifica en:

- a) Crecimiento adecuado: Condición en la niña o niño que evidencia ganancia de peso e incremento de longitud o talla de acuerdo a los rangos de normalidad esperados para su edad (± 2 DE). La tendencia de la curva es paralela a las curvas de crecimiento del patrón de referencia vigente (MINSA, 2017).
- b) Crecimiento inadecuado: Condición en la niña o niño que evidencia no ganancia (aplanamiento de la curva), o ganancia mínima de longitud o talla, y en el caso del peso incluye pérdida o ganancia mínima o excesiva; por lo tanto, la tendencia de la curva no es paralela a las curvas del patrón de referencia vigente, aun cuando los indicadores P/E o T/E se encuentran dentro de los puntos de corte de normalidad (± 2 DE) (MINSA, 2017).

Factores asociados a desnutrición

A. Factores socioeconómicos, son las experiencias sociales y económicas y las realidades que te ayudan a moldear la personalidad, las actitudes y la

forma de vida. También pueden estar definidos por las regiones y los vecindarios (Chase, 2014). En la presente investigación se subdividirán en factores sociales y económicos.

a.1. Los factores sociales son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan 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. Entre los factores sociales, encontramos los siguientes:

Edad de la madre, es un factor predisponente que determina a cumplir su rol dentro del hogar considerando que si la madre se encuentra atravesando la etapa de adultez puede asumir su papel con suficiente satisfacción y aceptación de su rol favoreciendo un adecuado desarrollo de su hijo, a diferencia de la madre que atraviesa la etapa de adolescencia. La edad esta conceptualizada como el tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo hasta el número de años cumplidos de la persona en el momento del estudio.

Otro factor, es el **grado de instrucción de la madre**, es considerado un indicador del nivel de vida, que opera como un factor de cambio en las creencias, actitudes y conducta de la madre. Un mayor grado de instrucción de la madre convierte su inteligencia en una protección activa, modificando su comportamiento frente a actividades de salud que favorecen el adecuado estado nutricional. El grado de instrucción se asocia con el nivel de conocimiento que tiene la madre sobre los aspectos de alimentación, donde madres que tienen un adecuado conocimiento del mismo, mantienen a sus hijos dentro de un adecuado estado nutricional, porque cuentan con conocimientos adquiridos, de lo que les proporciona una personalidad propia y permite asumir con responsabilidad el cuidado de sus hijos (Yupanqui, 2012).

La educación constituye una variable relevante por ser un determinante social muy vinculado al aspecto preventivo promocional, debido a que la población bien informada y con mayor nivel educativo, en su mayoría puede adoptar estilos de vida saludables (Ministerio de Salud, 2009).

El grado de instrucción de la madre, es considerado un indicador del nivel de vida, que opera como un factor de cambio en las creencias, actitudes y conducta de la madre; siendo un elemento facilitador que permite adquirir información y actuar para su propio cuidado o el del su futuro hijo (Abreu, Nolvía, León, & Fonseca, 2007). El grado de instrucción refleja el grado de preparación de la madre tiene para desempeñar con responsabilidad su función reproductiva y los consiguientes cuidados de ella y su niño (Abreu, Nolvía, León, & Fonseca, 2007). (León, Minassian, & Borgoño, 2008).

La ocupación de la madre, ella realiza un trabajo de gran valor cuidando a la familia y criando a los hijos ya que la madre que desempeña una actividad por lo general fuera de casa, realiza una función agregada a su rol en el hogar, mostrando mayor interés a su entorno laboral restándole tiempo y atención en el cuidado de su menor hijo en los periodos más tempranos y críticos para el adecuado crecimiento y desarrollo del niño (Yupanqui, 2012).

Según Gonzales (2011) En su investigación Lactancia materna exclusiva factores de riesgo y/o fracaso sustentan que en un 42% la ocupación influye en el cuidado del lactante; tanto como en el abandono de la lactancia materna exclusiva, ya que es un factor condicionante a que su hijo se quede largas horas a cargo de sus hermanos, parientes o vecinos que no podrían brindar el cuidado y afecto materno necesario. Sin embargo la madre que no trabaja juega un rol muy importante como protagonista de la crianza de su hijo, constituyen el elemento básico en la protección y supervivencia infantil, es la encargada de brindar los mejores cuidados por permanecer más tiempo con él (Gonzales, 2011).

a.2. Económico

El factor económico, lo constituyen actividades que tienden a incrementar la capacidad socialmente humanas. Cuanto menor sea el ingreso monetario, tanto menor será el poder adquisitivo y la disponibilidad de recursos no sólo para la alimentación sino también para las condiciones higiénico-sanitarias, lo cual lleva implícito un mayor riesgo de adquirir enfermedades infectocontagiosas en un niño que, por lo general, está rodeadas por un medio familiar y social adverso (Ascate & Varas, 2016). Entre los factores económicos tenemos:

Ingreso promedio mensual, Se entiende por ingreso económico familiar a la suma de todos los ingresos de la familia, incluye el sueldo todos los integrantes del grupo, todos los ingresos extras (trabajos ocasionales). Es el dinero promedio con que cuenta la familia para cubrir todos sus gastos y vivir mensualmente (APEIM/ENAH0, 2012), fluctúa según se detalla lo siguiente:

- Ingreso familiar mayor S/. 6000 mensuales
- Ingreso familiar de S/. 2000 a 6000 mensuales.
- Ingreso familiar de S/. 1200 a 1999 mensuales.
- Ingreso familiar de S/. 800 a 1200 mensuales.
- Ingreso familiar de menor de 800 mensuales.

Cuando el individuo, la familia o la comunidad, no tiene acceso a los alimentos en cantidades suficientes por estar marginada social o geográficamente; o cuando se carece de los medios mínimos de saneamiento ambiental, sobre todo de agua y eliminación de excretas. En este sentido la experiencia de muchos países en vías de desarrollo demuestra que la reducción de la pobreza tiene un impacto significativo en los índices de desnutrición. Sin embargo, las medidas económicas por sí solas, como única variable de control, no alcanzan para optimizar las condiciones de vida de las poblaciones. La mayor parte de las veces, los mejores ingresos no generan reducciones importantes de los indicadores sanitarios debido a que

la pobreza es sólo una de muchas caras de un problema que se debe abordar en forma multidisciplinaria.

a.3. Servicios básicos

Servicios básicos. El acceso a los servicios básicos hace posible tener vivienda digna para la población, es un indicador de las condiciones favorables en el bienestar social y por tanto en el nivel relativo de desarrollo. Comprende servicios tales como: servicio de energía eléctrica, agua y desagüe, entre otros. Para el presente estudio consideraremos agua potable, saneamiento básico y energía eléctrica.

Agua potable es el agua utilizada para los fines domésticos y la higiene personal, así como para beber y cocinar (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Uno tiene acceso al agua potable si la fuente de la misma se encuentra a menos de 1 kilómetro de distancia del lugar de utilización y si uno puede obtener de manera fiable al menos 20 litros diarios para cada miembro de la familia. Agua potable salubre es el agua cuyas características microbianas, químicas y físicas cumplen con las pautas de la OMS o los patrones nacionales sobre la calidad del agua potable.

Por acceso de la población al agua potable salubre se entiende el porcentaje de personas que utilizan las mejores fuentes de agua potable, a saber: conexión domiciliaria; fuente pública; pozo de sondeo; pozo excavado protegido; surgente protegida; aguas pluviales.

Saneamiento básico es la tecnología de más bajo costo que permite eliminar higiénicamente las excretas y aguas residuales y tener un medio ambiente limpio y sano tanto en la vivienda como en las proximidades de los usuarios. El acceso al saneamiento básico comprende seguridad y privacidad en el uso de estos servicios. La cobertura se refiere al porcentaje de personas que utilizan mejores servicios de saneamiento, a saber:

conexión a alcantarillas públicas; conexión a sistemas sépticos; letrina de sifón; letrina de pozo sencilla; letrina de pozo con ventilación mejorada (Organización Mundial de la Salud, 2017).

B. Alimentación

b.1. Prácticas Alimentarias

Las prácticas de alimentación, se refieren a los comportamientos específicos que caracterizan a las interacciones durante la alimentación (por ejemplo, número de bocados que se ofrecen, la reacción de los padres frente a la aceptación/rechazo del niño, etc.).

Las recomendaciones y evaluaciones de las interacciones durante la alimentación a menudo se centran en las prácticas (por ejemplo: cuándo introducir utensilios; qué hacer cuando un niño se niega a comer, etc.). Ha habido relativamente pocos intentos de integrar las prácticas de alimentación con los estilos de alimentación y una falta de directrices claras para los programas de intervención en la promoción de conductas de alimentación saludable y crecimiento.

Es por ello que el Ministerio de Salud a través del Instituto Nacional de Salud / Centro Nacional de Alimentación y Nutrición ha desarrollado un *documento técnico sobre consejería nutricional en el marco de la atención de salud materno infantil* (2010) (Instituto Nacional de Salud , 2010).

Considerando que los determinantes del estado nutricional son multifactoriales, las prácticas que deben promoverse incluyen principalmente aspectos vinculados con la alimentación, salud, higiene y apoyo psicoactivos.

A continuación, se describen en la Tabla N° 1 los principales aspectos referentes a la alimentación, para el presente estudio se tomó las edades

de 6 meses a 11 meses, según el documento técnico, lo divide en 6 meses a 8 meses y de 9 a 11 meses.

Tabla N° 01 ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA (Instituto Nacional de Salud , 2010)

ASPECTOS	6 A 8 MESES	9 A 11 MESES	1A A MENOS 2ª	2A A MENOS DE 5A
Leche materna	Darle de lactar todas las veces que la niña o niño quiera, por lo menos ocho veces durante el día y la noche.	Continuar con la lactancia materna todas las veces que la niña o niño quiera, por lo menos seis veces durante el día y la noche.	Continuar dando de lactar las veces que la niña y niño quiera, después de las comidas.	-----
Consistencia	Iniciar la introducción de alimentos diferentes a la leche materna, con comidas espesas como papillas, purés, mazamoras, utilizando alimentos de la olla familiar y de la zona	Continúe dándole comidas espesas, pero ahora incluir preparaciones sólidas (picado o pequeños trocitos) y variadas utilizando alimentos de la olla familiar.	Dar comidas sólidas y variadas incorporándose a la alimentación familiar	Darle comidas sólidas y variadas incorporándose a la alimentación familiar
Cantidad	Servir la mitad de un plato mediano de comida espesa cada vez que se le ofrezca de comer (iniciará con dos o tres cucharadas hasta llegar a cinco).	Servir casi completo el plato mediano (3/4) de comida picadita cada vez que se le ofrezca de comer (cinco a siete Cucharadas).	Servir un plato mediano de comida (siete a diez cucharadas).	Darle un plato grande, de acuerdo con su edad, actividad física y estado nutricional.
Calidad	Agregar diariamente a sus comidas, por lo menos, una porción de alimentos de origen animal: huevo, queso, pescado, hígado, “sangrecita”, pollo, etc. Introducir los alimentos nuevos uno a la vez, aumentando poco a poco la variedad de los alimentos.	Agregar diariamente a sus comidas, por lo menos, una porción de alimento de origen animal: huevo, queso, pescado, cuy, hígado, “sangrecita”, pollo, etc.	Agregar diariamente a sus comidas, por lo menos, una porción de alimentos de origen animal: huevo, queso, pescado, hígado, cuy, “sangrecita”, pollo, etc	Agregar diariamente a sus comidas, por lo menos, una porción de alimentos de origen animal: huevo, queso, pescado, cuy, hígado, “sangrecita”, pollo, etc.

Frecuencia	A los seis meses, dar dos comidas al día más leche materna. A los siete u ocho meses, dar tres comidas al día más leche materna.	Dar tres comidas al día más un refrigerio.	Dar tres comidas al día más dos refrigerios	Dar tres comidas al día más dos refrigerios que incluyan lácteos.
Suplementos de hierro y vitamina A. Uso de sal yodada	Consumo del suplemento de hierro a partir del sexto mes. En zonas vulnerables recibir el suplemento de vitamina A. Promover el consumo de sal yodada.	Consumo del suplemento de hierro. En zonas vulnerables recibir el suplemento de vitamina A. Promover el consumo de sal yodada.	Consumo del suplemento de hierro. En zonas vulnerables recibir el suplemento de vitamina A. Promover el consumo de sal yodada.	* Suplementación con hierro en niños de 06 a 36 meses
Otros aspectos	Consumo de agua hervida en taza			
				Consumo de suplemento de Hierro
	Incluir todos los días alimentos recomendados de los diferentes grupos: cereales, tubérculos y menestras, carnes y huevos, lácteos, frutas y verduras de color verde o color naranja o amarillo.			
	Agregar una cucharadita de aceite vegetal en la comida			
	Preparar menestras sin cáscara (lentejas, habas, arvejas, frijoles). Por cada cucharada de menestra sirva dos cucharadas de cereal (arroz, quinua, trigo, etc.).			
	Cada niña o niño debe tener su propio plato, taza y cubierto.			
	Uso de sal yodada para preparar alimentos			
	Lavado de alimentos que no serán cocidos (frutas y verduras) con abundante agua segura (hervida, purificada, filtrada o clorada).			
	Lavado de manos, con agua segura y jabón o detergente, de la niña o niño, madre, padre o cuidadores: antes de preparar y servir la comida, antes de alimentar a la niña o niño, después de ir al baño y después de cambiar el pañal.			
	Lavado de platos, cubiertos y otros utensilios que son empleados para comer, con agua segura			
	Eliminar las excretas de la niña o niño fuera del hogar y mantener los animales fuera del hogar.			
	Importancia de las caricias, besos, abrazos, masajes, conversación, cuentos, cantos y juegos, etc.			
Es importante ofrecerle al niño un ambiente agradable y tranquilo al momento de comer y ofrecerle la comida con afecto. Es importante que el padre participe en el cuidado, control del crecimiento y desarrollo y fortalecimiento del vínculo afectivo de la niña o niño.				

b.2. Suplementación.

La suplementación de Hierro (Fe) mejora los niveles de hemoglobina (aumento entre 1 a 3g/L de Hb) en niños 6 a 35 meses de edad. Así también la suplementación combinada de Fe más múltiples micronutrientes (MM) tendrían un mejor efecto en los niveles de hemoglobina (Instituto Nacional De Salud, 2012). Se tiene datos que la suplementación con hierro, el promedio nacional es 12,4%, mientras que la situación en las regiones es variable, indicador que no asegura la efectividad y adherencia de la suplementación. Estos resultados muestran que aproximadamente dos de cada diez niños o niñas menores de 36 meses de estas regiones han recibido el suplemento de hierro, lo cual demuestra una brecha importante que contribuye a la anemia, al igual que en gestantes se desconoce de manera documentada el nivel de adherencia al sulfato ferroso en los niños y niñas (Ministerio de Salud, 2011).

1.1. Bases Teóricas

Al reconocer la gran carga cultural que envuelve la desnutrición infantil y la obligatoria participación de la familia en el cuidado de la nutrición de los niños, además de considerar los hallazgos obtenidos en estudios revisados, para el desarrollo de la presente investigación se asumen los planteamientos de Madeleine Leininger como principal orientadora, pues la teoría del cuidado transcultural ofrece los elementos conceptuales y metodológicos requeridos para fundamentar la comprensión de la desnutrición en los niños menores de 5 años. En este sentido Leininger consigue consolidar una teoría que reconoce como metaparadigma de Enfermería la cultura y el cuidado con una visión holística y trascendente.

Al profundizar en los postulados de Leininger se entiende que la interacción del cuidador profesional con el cuidador tradicional lleva implícita la mutua aceptación y un gran respeto por la diversidad cultural.

Según Kérouac, (2002) Madeleine Leininger construyó su teoría bajo la premisa de que el cuidado constituye la esencia de la enfermería y es elemento central,

dominante y distintivo de esta disciplina. Su inquietud surge porque, la cultura no se encontraba claramente involucrada en la Enfermería y en los servicios de cuidado en salud. Leininger expresó: “no podría haber curación sin cuidado, y el cuidado no podría existir sin la curación”. En esta investigación el concepto de cuidado cultural es importante, porque se pretende conocer las prácticas de las madres con sus niños en la nutrición. El cuidado cultural hace referencia a la prestación de servicios de apoyo, ayuda, cuidado, facilitación o capacitación culturalmente constituidos hacia el niño, centrados en sus necesidades evidentes o anticipadas para la salud y el bienestar. Otros conceptos coherentes con la investigación, son:

- Cultura: Corresponde a los valores, creencias, normas, símbolos, prácticas y modos de vida de los individuos (madres), grupos (familia) o instituciones, aprendidos compartidos y transmitidos de una generación a otra.
- Cuidados y prestación de cuidados humanos: son fenómenos abstractos y concretos relacionados con las experiencias de asistencia, apoyo y autorización, o conductas (de las madres) para con los demás (niño) que reflejan la necesidad evidente de mejorar el estado de salud de la persona, de los estilos de vida o para afrontar discapacidades o muerte.
- Diversidad en los cuidados culturales: son variaciones o diferencias de los significados, modelos, valores, modos de vida y símbolos de los cuidados en o entre colectivos, relacionados con las expresiones de asistencia, apoyo o capacitación en los cuidados a las personas (niños).
- Universalidad de los cuidados culturales: son similitudes en los significados, modelos, valores, modos de vida y símbolos de los cuidados que se manifiestan entre muchas culturas.
- Concepción del mundo: forma en que las personas (madre) o los grupos (familia) miran su mundo para formarse una imagen o un punto de vista sobre sus vidas o sobre el mundo que los rodea.
- Contexto del entorno: totalidad del entorno físico, geográfico y sociocultural, situación o hecho con experiencias relacionadas que otorgan significados que guían las expresiones y decisiones humanas (de las madres) con

referencia a un entorno o situación particular (cuidado de su hijo prematuro o de bajo peso).

Según la teórica, para brindar cuidado humano, el profesional de enfermería debe conocer, apropiarse y tener un pensamiento creativo a través de la relación entre cultura y cuidado. La Enfermería transcultural, se centra en el estudio y el análisis comparado de las diferentes culturas y subculturas del mundo, desde el punto de vista de sus valores asistenciales, de la expresión y convicciones sobre la salud y la enfermedad y de los modelos de conducta, siempre con el propósito de desarrollar una base de conocimientos científicos y humanísticos que permitan la práctica específica o universal. Se sabe que los factores de cuidado basados en la cultura influyen sobre las expresiones humanas relacionadas con la salud, enfermedad, bienestar, sobre la forma cómo se enfrenta la muerte y la discapacidad.

Leininger sostiene que como la cultura y la asistencia son los medios generales y holísticos que permiten conceptualizar y comprender a las personas, la orientación teórica metodológica del cuidado transcultural permitirá fundamentar los cuidados de enfermería a los individuos, las familias, los grupos y las instituciones. La teoría del cuidado transcultural tiene en cuenta la totalidad del ser humano en una perspectiva holística de la vida y la existencia a lo largo del tiempo, incluye factores culturales, sociales, la visión del mundo, la historia y los valores morales, el contexto ambiental, las expresiones del lenguaje y los modelos populares (genéricos) y profesionales.

Por tanto, la teoría de Leininger, apoya la presente investigación porque permite conocer, predecir y explicar sistemáticamente a partir de los datos que se encontraran, qué es lo diverso y qué es lo universal acerca de la asistencia genérica y profesional, dentro del marco de los componentes de la teoría, representando a continuación en el “Modelo del Sol Naciente”:



Predecimos, que según los elementos de la teoría de Leininger, los factores socioeconómicos pueden ser considerados como una dimensión cultural influyente en el estado de desnutrición de los niños, Leininger, lo considera como familia y factores sociales y factores económicos; así mismo el tipo de alimentación y la higiene, como los factores educativos y la protección, como valores culturales y estilo de vida.

1.2. JUSTIFICACIÓN

El presente estudio de investigación es oportuno **porque** se ha observado durante la ejecución del internado comunitario realizado en el Centro de Salud Santa, que durante la consulta de crecimiento y desarrollo existe una incidencia significativa de niños con desnutrición leve, moderada y en algunos casos crónica. Se ha observado que las madres no brindan los alimentos adecuados a los niños según su edad, a pesar de las orientaciones que le brinda el personal de Enfermería; no todos recibieron lactancia materna exclusiva y muchos no tienen completas sus inmunizaciones según su edad y no hay buen hábito de higiene.

Los hábitos de higiene tienen un importante enlace en la nutrición de los niños ya que higiene es sinónimo de buena salud; por lo tanto se va a reducir las enfermedades (intestinales, inmunitarias) y no habrá problemas de absorción y digestión de los alimentos.

Por esa **razón**, se propone el estudio de investigación, porque no sólo se pretenderá ser un aporte al conocimiento científico en Enfermería, al describir científicamente los factores asociados al estado de desnutrición en niños menores de 5 años, sino que permitirá una reflexión profunda de la realidad descrita como problemática en el Centro de Salud Santa, en el que el personal de Enfermería cumplirá un rol fundamental y protagónico en la prevención de desnutrición infantil.

Desde el punto de vista de **implicancias prácticas**, la investigación permitirá con sus resultados sobre los factores asociados al estado nutricional, brindar un contexto confiable para abordar la desnutrición infantil en el Centro de Salud y que en el ámbito de Enfermería se tomen decisiones que favorezcan a la solución de la problemática encontrada, y se brindaran recomendaciones que se pueden verter de la presente investigación.

Por otro lado el estudio tendrá **relevancia social** y **conveniencia** siendo trascendental para la sociedad de Enfermería, ya que permitirá la reflexión sobre la situación actual de desnutrición infantil a partir de los resultados que se encuentren. Así pues, los resultados podrán analizarse en los ámbitos de pre grado y brindar un

aportes en los procesos formativos, en el post grado porque podrían implementarse estrategias que permitan a Enfermería actuar de forma acertada en favor de la salud integral de la niñez.

Desde el punto de vista **metodológico**, el estudio aportara con un instrumento elaborado por la autora, teniendo como referencia otros estudios, pero que a su vez hace posible la medición de las variables propuestas. Este instrumento que es válido y confiable, podrá ser usado en otros escenarios para efectos de continuar con la investigación, así mismo podrá modificarse para la medición de otras variables.

En cuanto al **valor teórico**, el trabajo de investigación será importante porque se logrará conocer en mayor medida, el comportamiento de la variable: factores asociados a estado de desnutrición. Las variables de estudio, están fundamentadas en la teoría Madeleine Leininger , pues sus fundamentos permitirá conocer, predecir y explicar sistemáticamente a partir de los datos que se encontraran, qué es lo diverso y qué es lo universal acerca de la asistencia genérica y profesional, dentro del marco de los componentes de la teoría, representando a continuación en el “Modelo del Sol Naciente”. Predecimos, que según los elementos de la teoría de Leininger, los factores socioeconómicos pueden ser considerados como una dimensión cultural influyente en el estado de desnutrición de los niños, Leininger, lo considera como familia y factores sociales y factores económicos; así mismo el tipo de alimentación y la higiene, como los factores educativos y la protección, como valores culturales y estilo de vida.

1.3. PROBLEMA

La desnutrición es un problema socioeconómico que afecta a todos los países del mundo, principalmente a los que se encuentran en vías de desarrollo; siendo la población infantil la más afectada.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016), la prevalencia global de anemia es de 24,8% y está asociada a una mayor morbimortalidad en edades pediátricas, puesto que gestantes y niños son los grupos más vulnerables. Para los menores de 4 años, registra tasas de 20,1% y 39,0% en países desarrollados y países en desarrollo, respectivamente.

Según Unicef, 129 millones de niños menores de cinco años en los países en desarrollo tienen un peso inferior al que deberían, y por lo tanto están malnutridos. Pero la cantidad de esos pequeños que padecen raquitismo a raíz de dietas inadecuadas es muy superior, situándose en 195 millones. La desnutrición es una de las consecuencias de la pobreza extrema y a la vez puede causar otras enfermedades serias como la neumonía y la tuberculosis. (Programa Mundial de Alimentos, 2016)

La desnutrición y la anemia en menores de 5 años han sido reconocidas como importantes problemas de salud pública y tienen serias repercusiones en la morbimortalidad de muchos países del mundo. La desnutrición infantil genera, además de daños físicos, un detrimento irreversible de la capacidad cognitiva. Entendida como “síndrome de deterioro del desarrollo”, incluye trastornos del crecimiento, retrasos motores y cognitivos (así como del desarrollo del comportamiento), una menor inmunocompetencia y un aumento de la morbimortalidad. (Sobrino, Gutiérrez, Cunha, Dávila, Alarcón, 2014).

La prevalencia estimada de desnutrición para preescolares en América Latina y el Caribe fue de 18,1%, 15,7% y 13,5% para los años 2000, 2005 y 2010 respectivamente, y de 6,0%, 13,9% y 12,0% en América del Sur. Por otra parte, tres países andinos: Bolivia, Ecuador y Per, registran cifras más elevadas de desnutrición. (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2010)

Larrea y colaboradores (2012) observaron cómo en estos tres países la DC en menores de 5 años es más elevada si está asociada a factores como altitud, población indígena o desarrollo económico, entre otros. Estos hallazgos se condicen con los de un estudio realizado en Bolivia que revela que la edad del niño, la altitud, la pertenencia a una u otra comunidad cultural, la talla, la educación materna y la disponibilidad de cloacas son variables asociadas a la prevalencia de desnutrición.

La malnutrición tiene un alto impacto en la sociedad, especialmente la desnutrición infantil con repercusiones no sólo físicas sino también cognitivas, que alcanzan al individuo en todas sus etapas de vida. En ese sentido, en los últimos años, en el Perú se han producido mejoras relacionadas con la desnutrición crónica en menores de cinco años, sin embargo, aún se reporta prevalencias muy altas. Pero, por otro lado, el exceso de peso también muestra un incremento sostenido, incluso en edades muy tempranas, con sus repercusiones en la edad adulta relacionadas a enfermedades no transmisibles. Todo ello en un contexto social, económico, cultural y demográfico variado.

El crecimiento económico del Perú en los últimos años viene reflejándose en una reducción sostenida de la pobreza. La tasa de desnutrición crónica infantil (DCI) en el promedio nacional, también se ha reducido de 31% en el año 2000 a 18.1% en el año 2012, según resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2012, sin embargo, aún mantiene valores altos en zonas rurales y de mayor pobreza. (MIDIS, 2013).

Así, las regiones con mayor índice de desnutrición infantil crónica son Huancavelica (42 %), Cajamarca (35 %), Huánuco (29 %), Apurímac (29 %) y Ayacucho (28 %). Pero también hay lugares específicos donde las cifras son alarmantes, como en la provincia arequipeña de La Unión, donde la desnutrición infantil crónica llega al 36 %. (Rojas, 2015).

En el periodo 2007 - 2012 Ancash ha venido experimentando una disminución sostenida de su DCI de 14 puntos porcentuales. Aun así, se ubica por encima del

promedio nacional. Según estimaciones del MIDIS, Ancash debería alcanzar la meta regional de 19% de reducción de la DCI al año 2016. (Midis, 2013).

En nuestra región la desnutrición crónica en niños menores de 5 años, que acceden a los establecimientos de salud de la región mantiene una disminución sostenida e importante en los 4 últimos años, con 1 niño desnutrido crónico de cada 4 niños. La desnutrición global presenta una disminución discreta en el último año. (Minsa, 2014).

Según Kanashiro (2007), los patrones de alimentación infantil a partir de los 6 meses en Ancash son:

- Duración de la lactancia materna, Según Endes de 1996 y 2000, la duración edad mediana de la lactancia materna se ha mantenido estable en 21.9 meses en este departamento, la edad es similar a la encontrada por un estudio del Instituto de Investigación Nutricional (IIN), según el cual en áreas urbanas es de 18 meses, y en las áreas rurales, de 21. En el área rural la tercera parte de los niños de 2 años todavía continuaba lactando.
- Edad de Introducción de los primeros alimentos: La introducción de alimentos sólidos ocurre entre los 4 y 6 meses en el área urbana y 1 a 2 meses más tarde en el área rural, patrón similar a los otros lugares de la sierra.
- Alimentos comunes y consistencia: Los alimentos de mayor consumo por niños en la edad de ablactancia fueron trigo, papa, arroz, fideos, pan, maíz, arvejas, habas, aceites y azúcar. Con excepción de arroz, fideos, aceite y azúcar, el resto de alimentos son producidos localmente. Los niños pequeños consumen la mayoría de estos alimentos en sopas y en segundo lugar sancochados, especialmente las papas y cereales. Se evidenció un mayor consumo de cebada y oca entre los niños de las zonas rurales.
- Frecuencia de ofrecimiento: Al igual que en otros lugares de la sierra, es inadecuada la frecuencia de consumo de alimentos durante el día, siendo más marcada la deficiencia en las zonas rurales, donde la comida principal es “el almuerzo” y temprano por la mañana un refrigerio que a veces es llevado al campo, y por la noche una sopa

- Consumo de alimentos de origen natural: En esta región uno de los alimentos de origen animal más consumidos por los niños entre los 6 y 35 meses de edad, además de la leche, es el huevo. El consumo de pescado es muy bajo. Las carnes de res y pollo, la leche y el queso son consumidos en mayor proporción en el área urbana que en la rural, pero con poca frecuencia, especialmente entre los niños pequeños.

En Centro de Salud de Santa pertenece al Ministerio de Salud, se encuentra ubicado en la provincia del Santa, nivel I; cuenta con servicios de CRED, inmunizaciones, estimulación temprana, consultorio de nutrición, medicina general, laboratorio.

Se ha observado, además, que las madres no brindan los alimentos adecuados a los niños según su edad, a pesar de las orientaciones que le brinda el personal de Enfermería, no todos recibieron lactancia materna exclusiva y muchos no tienen completas sus inmunizaciones según su edad. Así mismo que hay un desinterés y despreocupación de las madres al momento de la educación sobre la alimentación de los niños.

Ante esta realidad, se realiza la formulación del problema:

¿Cuáles son los factores asociados al estado de desnutrición en niños menores de 5 años Centro de salud Santa, 2017?

1.4. CONCEPTUACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA
Variable de estudio FACTORES ASOCIADOS (Condicionante)	Característica, circunstancia o situación que conforman el medio social y personal del niño.	La variable se operacionalizó según las características, circunstancias o situación como son: los factores socioeconómicos, alimentación y	Factores sociales	Edad Nivel de instrucción Ocupación	NOMINAL
			Factores económicos	Ingreso económico familiar Servicios básicos	
			Factores de alimentación	Prácticas alimentarias	
Variable de estudio ESTADO DE DESNUTRICIÓN (De respuesta)	Desbalance entre los aportes y requerimientos de uno o varios nutrientes, a la que el organismo responde con un proceso de adaptación, en la medida que ésta situación se prolongue en el tiempo.	La variable se operacionalizó según	Desnutrición Crónica	Talla / Edad	NOMINAL
			Desnutrición Global	Peso / edad	
			Desnutrición aguda	Peso / Talla	

1.5. HIPÓTESIS

Existe asociación significativa entre algunos de los factores en estudio (Sociales, económicos y alimentarios) y el estado de desnutrición en niños menores de 5 años Centro de salud Santa, 2017

1.6. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- ❖ Determinar los factores asociados al estado de desnutrición en niños menores de 5 años del Centro de Salud Santa, 2017.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- ❖ Determinar el tipo de desnutrición en niños menores de 5 años del Centro de Salud Santa.
- ❖ Identificar los factores sociales asociados a al estado de desnutrición en niños menores de 5 años del Centro de Salud Santa.
- ❖ Identificar los factores económicos asociados a al estado de desnutrición en niños menores de 5 años del Centro de Salud Santa.
- ❖ Identificar los factores de alimentación asociados a al estado de desnutrición en niños menores de 5 años del Centro de Salud Santa.

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

2.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

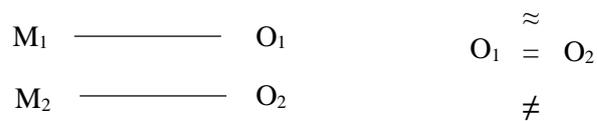
2.1.1. Tipo de investigación

El presente estudio es de tipo descriptivo, porque identifica, describe y analiza los factores asociados con el estado de desnutrición en niños menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Santa, 2017. Se empleó el estudio descriptivo para medir, evaluar diferentes aspectos del fenómeno a investigar.

2.1.2. Diseño de investigación

El diseño que se empleó corresponde al diseño caso-control. Son estudios que se basan en la recopilación de datos ya generados, por ende, de carácter retrospectivo. Permiten el análisis comparativo de un grupo de sujetos que han desarrollado una enfermedad o evento de interés (denominados "Casos"), con un grupo de individuos que no la presentan (denominados "Controles"). Por lo tanto, se trata de estudios cuyo objetivo es determinar si la exposición a ciertos factores o características de interés genere asociación o desencadena el evento (Villa, Moreno, & García de la Torre, 2011).

La cual está representada en el siguiente esquema:



Dónde:

M_1 : Niños con desnutrición

M_2 : Niños Eutróficos

O_n : Observaciones y mediciones relevantes, en base al instrumento de recojo de información definido

$O_1 =, \neq, \approx O_2$: corresponde a las comparaciones entre las muestras, que pueden ser: iguales (=), diferentes (\neq) o semejantes (\approx)

2.2. POBLACION Y MUESTRA:

2.2.1. Población

La población de estudio estuvo constituida por 60 niños; de los cuales se identificaron 30 niños menores de 5 años con desnutrición y 30 niños sanos o eutróficos menores de 5 años según la medición antropométrica, además del informe mensual de actividades de atención integral de salud del niño (CRED) durante los meses de septiembre a noviembre de la jurisdicción del Centro de Salud Santa.

2.2.2. La muestra

La muestra estuvo conformada por el total de la población por ser viable para la investigación $n=60$ ($N=n$) distribuidos por muestreo probabilístico aleatorio al azar por cada uno de los casos en una relación 1:1, es decir 30 niños casos (desnutridos) y 30 niños eutróficos (controles) los cuales fueron seleccionados según criterios de inclusión.

Criterios de Inclusión casos (Niños con desnutrición):

- Madre del niño menor de 5 años que acepte ser parte del estudio a través del consentimiento informado
- Niño en estado de desnutrición crónica, global o aguda
- Niño que esté registrado en el Centro de Salud Santa.
- Niño atendido durante los meses de setiembre, octubre y noviembre

Criterios de Inclusión Controles (Niños eutróficos):

- Madre del niño menor de 5 años que acepte ser parte del estudio a través del consentimiento informado
- Niño en estado nutricional normal
- Niño que esté registrado en el Centro de Salud Santa.
- Niño atendido durante los meses de setiembre, octubre y noviembre

2.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

La Técnica que se utilizó fue la entrevista estructurada, se refiere a una situación en que un entrevistador pregunta a cada entrevistado una serie de preguntas preestablecidas con una serie limitada de categorías de respuesta. Es un protocolo de preguntas y respuestas prefijadas que se sigue con rigidez; la que permitió obtener datos de las variables de estudio. Las entrevistas incluyeron los siguientes instrumentos:

A. Cuestionario de factores socioeconómico maternos y alimentarios (Anexo 1)

- *Nombre del instrumento:* **cuestionario de factores socioeconómico maternos y alimentarios**

Elaborada por la autora basado en las revisiones bibliográficas de las investigaciones como Asencio y Muñoz (2012). y del Ministerio de Salud (2011), con la finalidad de obtener datos sobre las variables de estudio.

- *Descripción:* El cuestionario consiste en una serie de oraciones o juicios ante los cuales se solicitó que a la persona a quien se le administrara conteste de manera fehaciente con la verdad información en la que no existe respuesta correcta e incorrecta si no son datos propios de su coyuntura socioeconómica y cultural.

Solo el indicador de prácticas alimentarias, presentara premisas donde se presenta cada sentencia u oración (estímulo), que expresa un enunciado favorable o desfavorable sobre un objeto y se solicitara al encuestado que responda eligiendo una de las alternativas. A cada respuesta se le otorgará un valor numérico, y al final se suman para sacar las escalas de punteos

- *Objetivo:* Determinar los factores asociados a estado de desnutrición en

niños menores de 5 años.

- *Factores que mide:* Factores asociados:
Factores sociales: Edad, Nivel de instrucción, Ocupación
Factores económicos: Ingreso económico, familiar, Servicios básicos
Factores de alimentación: Prácticas alimentarias, Suplementación de micronutrientes
- *Tiempo de resolución:* Para el llenado del instrumento se tomó como referencia la experiencia de la prueba piloto, en la que se invierte en su mayoría 25 minutos aproximadamente.
- *Validez y confiabilidad:* La validez se obtuvo a través de juicio de expertos mediante la fórmula de *V Aiken* se halló una concordancia del 90% (Anexo 04). La confiabilidad se realizó a través de la prueba piloto, en 10 niños con características similares del centro de salud El Progreso, mediante la fórmula de Kruder Richardson, se determinó una confiabilidad del 91%.

B. Ficha de diagnóstico del estado nutricional del niño (Anexo 2)

Se realizó a través de la valoración antropométrica: peso, longitud / talla.

Se realizó a todos los preescolares que cumplan con los criterios de inclusión y que asistieron a su control de crecimiento y desarrollo del Centro de salud de Santa; de acuerdo a criterios establecidos por la norma técnica de salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años - 2017 (R. M. – N° 137 - 2017/MINSA.)

La ficha diagnóstico tuvo como indicadores lo siguiente:

- Nombre del niño
- Edad, la cual será registrada en meses y días
- Sexo
- Peso
- Talla

Luego se pasó al diagnóstico nutricional teniendo en cuenta: Peso/Edad, talla/Edad y Peso/talla con los valores de los patrones de referencia vigentes.

P/E	Diagnóstico
-----	-------------

T/E	Diagnóstico
P/T	Diagnóstico

Luego clasificó el estado nutricional del Preescolar según la norma técnica 2017:

CLASIFICACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑAS Y NIÑOS DE 29 DÍAS A MENORES DE 5 AÑOS			
Puntos de corte	Peso para Edad [Peso Global]	Peso para Talla [Estado nutricional actual]	Talla para Edad [Crecimiento Longitudinal]
Desviación Estándar	Clasificación	Clasificación	Clasificación
> +3		Obesidad	Muy alto
> +2	Sobrepeso	Sobrepeso	Alto
+ 2 a -2	Normal	Normal	Normal
< -2 a -3	Bajo severo	Desnutrición aguda	Talla Baja
< -3	Bajo peso severo	Desnutrición severa	Talla baja Severa

2.4. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

- Se gestionó una solicitud a la dirección de Escuela de enfermería de la Universidad San Pedro, dirigida a la jefa de enfermería del centro de salud santa: Lic. Elizabeth Murphy para obtener el permiso correspondiente y así obtener información sobre los niños menores de 5 años que se encuentran registrados en el padrón nominal y en el libro parte diario de CRED.
- Luego se buscó e identificó a los niños menores de 5 años: 30 niños con los diferentes tipos de desnutrición obtenidos de la edad, peso y talla y 30 niños con diagnóstico nutricional normal captados en el Centro de Salud Santa.
- Luego se realizó la visita domiciliar a las madres de los niños seleccionados para el estudio de investigación y se aplicó la encuesta, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, pudiendo confirmar la información sobre el diagnóstico nutricional de los niños seleccionados (tarjeta de CRED y el seguimiento de los niños desnutridos y no desnutridos)

2.5. Procesamiento, Análisis de la información

Para el procesamiento de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS Statistics 20 y, por otra parte, también se utilizó Excel para elaborar los cuadros estadísticos con sus respectivos gráficos que nos facilitó para interpretar y analizar los resultados.

El tratamiento estadístico fue determinado a través de la determinación, relación de asociación entre las variables categóricas. (chi cuadrado)

La asociación de las variables categóricas (asimétrica) se mostró explícita en tablas de frecuencia relativa condicionada con la distribución marginal de la variable de respuesta.

2.6. Protección de los Derechos Humanos

Para el presente estudio de investigación se tomó en cuenta los principios éticos de la teoría principialista de Tom L. Beauchamp y James F. Childress, considerando lo siguiente:

- **Autonomía:** El trabajo de investigación considera la Autonomía en cuanto a la participación voluntaria de las madres de los niños menores de 5 años del Centro de Salud Santa, evidenciándose en el consentimiento informado. (Anexo 3)
- **No maleficencia:** durante todo el proceso, y como efectos de la misma investigación, no se cometerán daños, ni agravios morales
- **Beneficencia:** Los resultados del estudio beneficiarán al personal de Enfermería, las madres de los niños y los mismos niños.
- **Justicia:** Los resultados que se encuentren en el estudio, serán comunicados a quienes estén involucrados.

CAPÍTULO III

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

3.1. Resultados

Tabla 1.
Tipo desnutrición en niños menores de 5 años del Centro de Salud
Santa.2017

ESTADO NUTRICIONAL		
TALLA/EDAD	Fi	%
Talla Baja (Desnutrición crónica)	30	100.0%
TOTAL	58	100.00%
PESO/EDAD	Fi	%
Normal	22	73,3%
Desnutrición global	8	26,7%
TOTAL	30	100.00%
PESO/TALLA	Fi	%
Normal	28	93,3%
Desnutrición aguda	2	6,7%
TOTAL	30	100.00%

Fuente: Ficha de valoración del estado nutricional niños menores de 5 años del Centro de Salud Santa. 2017

Interpretación:

En la **tabla 1**, se evidencia que el 100% de los niños menores de 5 años del Centro de Salud Santa presentan desnutrición crónica según el indicador talla/edad, seguido de desnutrición global según el indicador Peso /edad el 26,7% y solo 6,7% de los niños presenta desnutrición aguda.

Tabla 2.

Asociación de los factores sociales al estado de desnutrición en niños menores de 5 años del Centro de Salud Santa. 2017

Factores sociales	NIÑOS				Total		X ² (Chi cuadrado de Pearson)
	Con Desnutrición		Eutrófico				
Edad	N	%	N	%	N	%	
Menor de 18 años	2	6,7%	0	0,0%	2	3,3	[X ² : 2,319; p: 0,314] No significativo
De 18 a 34 años	24	80,0%	27	90,0%	51	85,0	
Mayor de 35 años	4	13,3%	3	10,0%	7	11,7	
Total	30	100,0%	30	100,0%	60	100,0%	
Nivel de instrucción							
Sin instrucción	1	3,3%	0	0,0%	1	1,7	[X ² : 8,879; p: 0,031] Significativo
Primaria	11	36,7%	3	10%	14	23,3	
Secundaria	17	56,7%	22	73,3%	39	65,0	
Superior	1	3,3%	5	16,7%	6	10,0	
Total	30	100,0%	30	100,0%	60	100,0%	
Ocupación							
Ama de casa	27	90,0%	28	93,3%	55	91,7	[X ² : 0,218; p: 0,640] No significativo
Trabajo	3	10,0%	2	6,7%	5	8,3	
Renumerado							
Total	30	100,0%	30	100,0%	60	100,0%	

Fuente: Base de datos SSPS v° 23 del cuestionario de factores socioeconómicos maternos

Interpretación:

En la **tabla 2**, se evidencia que la mayoría de las madres con niños menores de 5 años en estudio tiene una edad fluctuante de 18 a 34 años (85%), el 65% ha cursado secundaria y el 91% son amas de casa. El análisis estadístico muestra que existe asociación estadística con el factor social nivel de instrucción [X²: 8,879; p: 0,031], no habiendo asociación con los factores sociales edad y ocupación con un valor de: [X²: 2,319; p: 0,314]; [X²: 2,319; p: 0,314] respectivamente.

Tabla 3.

Asociación de los factores económicos al estado de desnutrición en niños menores de 5 años del Centro de Salud Santa.2017

Factores económicos	NIÑOS				Total	X ² (Chi cuadrado de Pearson)
	Con Desnutrición		Eutrófico			
Ingreso económico familiar	N	%	N	%	N	%
De S/. 2000 a 6000	0	0,0%	3	10,0%	3	5,0
De S/.1200 a 1999	2	6,7%	12	40,0%	14	23,3
De S/ 800 a 1200	27	90,0%	15	50,0%	42	70,0
< S/800	1	3,3%	0	0,0%	1	1,7
Total	30	100,0%	30	100,0%	60	100,0
Servicios básicos						
Cuenta	30	100,0%	30	100,0%	60	100,0
No cuenta	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0
Total	30	100,0%	30	100,0%	60	100,0

Interpretación:

En la **tabla 3**, se evidencia que la mayoría de las madres con niños menores de 5 años en estudio tienen un ingreso económico fluctuante de S/ 800 a 1200 soles (70%); seguido de un ingreso de S/.1200 a 1999 (23,3%), así mismo, el 100% de la población en estudio cuenta con servicios básicos (Agua, luz y desagüe). Además se evidencia que existe asociación estadística entre el ingreso económico familiar y la desnutrición [$X^2: 14,571; p: 0,002$], no aplicando el análisis estadístico con servicios básico por ser una constante en la población de estudio.

Tabla 4.

Asociación de los factores de alimentación al estado de desnutrición en niños menores de 5 años del Centro de Salud Santa. 2017

Factores alimentación	NIÑOS				Total		X ² (Chi cuadrado de Pearson)
	Con Desnutrición		Eutrófico				
Práctica Alimentaria	N	%	N	%	N	%	
Adecuada	1	3,3%	25	96,2%	83,3%	83,3%	<i>[X²: 39,095; p: 0,000] Significativo</i>
Inadecuada	29	96,7%	5	14,7%	16,7%	16,7%	
Total	30	100,0%	30	50,0%	60	100,0%	

Interpretación:

En la **tabla 4**, se observa que los niños que presentaron desnutrición el 96,7% de sus madres tienen prácticas inadecuadas de alimentación, mientras que el 83,3% de los niños en condición de eutróficos presentan prácticas maternas adecuadas de alimentación. El análisis estadístico muestra que existe asociación estadística entre la práctica alimentaria y la desnutrición [$X^2: 39,095; p: 0,000$].

3.2. Discusión de resultados

En la **tabla 1**, se evidencia que la desnutrición crónica es tipo de desnutrición más predominante (100%) según el indicador talla/edad, seguido desnutrición global (26,7%) según el indicador Peso/edad, solo el 6,7% de los niños presenta desnutrición aguda.

A nivel nacional los resultado de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES 2016, INEI, muestran con mayor prevalencia la desnutrición crónica, la cual en los últimos años ha disminuido tal como lo manifiesta, la desnutrición crónica en la población menor de cinco años de edad pasó de 14.4% a 13.1%, disminuyendo en 1.3 puntos porcentuales, En el primer semestres de Endes-2017 la desnutrición cronica tuvo una prevalencia de 9,3% en la región ancash alcanzo el 8,2% (INEI, 2017)

Los resultados obtenidos con Sobrino y et al (2014), en su estudio desnutrición infantil en menores de cinco años en Perú. Tendencias y factores determinantes”, donde analizaron indicadores nutricionales de menores de 5 años de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2011 y su evolución a partir de datos de las ENDES 2000, 2005 y 2008. Estimaron que la tendencia de desnutrición es crónica (DC) (talla/edad $\leq 2DS$) y de desnutrición aguda (DA) (peso/talla $\leq 2DS$).

De igual manera, en el 2015 se publicó el informe técnico de estado nutricional de la población peruana por etapas de vida donde encontraron que la desnutrición crónica fue la de mayor predominio 14.9% (IC 95%:12.7;17.4), siendo mayor en el área rural, y en mujeres, sobretodo en la sierra y selva, se incrementó hasta los dos años y disminuyó ligeramente hasta los cinco años, y aumentó a medida que aumentó la pobreza. Referente a la desnutrición global fue menor 3.9% (IC 95%: 2.9;5.1), siendo mayor en los varones que residieron en la zona rural, sierra y selva y aumentó a medida que aumentó el nivel de pobreza. Y por último la prevalencia de desnutrición aguda fue 1.1% (IC 95%: 0.7;1.7), siendo mayor en los varones que residieron en el área rural, aumentó conforme aumentó el nivel de pobreza (Tarqui & Alvarez, 2015).

UNICEF (2011) manifiesta que las necesidades básicas de nutrición, no es sólo dar alimentos, sino es brindar una nutrición adecuada, en cantidad y en calidad, clave para el buen desarrollo físico e intelectual y por ende psicomotor del niño. Un niño que sufre desnutrición ve afectada su supervivencia, el buen funcionamiento del desarrollo de su cuerpo y de sus capacidades cognitivas e intelectuales. La desnutrición es un concepto diferente de la malnutrición, que incluye tanto la falta como el exceso de alimentos (UNICEF/OMS, 2011).

La desnutrición tiene efectos no solo en el crecimiento sino también en el bienestar físico, desarrollo cognoscitivo y psicosocial, sin embargo este estado nutricional puede ser revertido con una dieta mejorada, una educación temprana hacia los padres sobre los alimentos que el niño debe recibir como proteínas, etc., además de ello afiliarse a organizaciones del estado para que reciban así los niños alimentos con suplementos nutritivos que ayuden a mejorar su estado nutricional, alcanzando por consiguiente la normalidad (Papalia, Wendkos, & Duzkin, 2010).

En la **tabla 2**, se evidencia que la mayoría de las madres en estudio tiene una edad fluctuante de 18 a 34 años (85%), el 65% ha cursado secundaria y el 91% son amas de casa. El análisis estadístico muestra que existe asociación estadística solo con el nivel de instrucción [X^2 : 8,879; p : 0,031], no habiendo asociación con los factores sociales edad y ocupación con un valor de: [X^2 : 2,319; p : 0,314]; [X^2 : 2,319; p : 0,314] respectivamente.

Los resultados obtenidos son concordante Ascate y Varas (2016) quien en su estudio sobre “Factores socioeconómicos maternos y estado nutricional” obtuvieron que la mayoría de madres tiene una edad fluctuante de 18 a 35 años (86,7%), que la mayoría ha cursado secundaria (71,7%), el 76,7% son ama de casa, el 60% se madres se encuentra en condición de conviviente. Así mismo, existe relación significativa ($p < 0.05$) en los factores socioeconómicos grado de instrucción, ingreso económico y presupuesto diario para alimentación con el estado nutricional. Sin embargo, los factores socioeconómicos edad, ocupación, no tienen relación significativa con el estado nutricional.

De igual manera, coincide con Yupanqui (2012), quien a través de su estudio “Factores maternos asociados al estado nutricional del niño de 6 meses a menores de 2 años atendidos en el Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón”, obtuvo, que el 73.8 % tiene una edad fluctuante de 18 a 34 años, el 67.7% tienen grado de instrucción de secundaria y más del 63.1% de las madres son amas de casa.

Los resultados guardan relación con lo encontrado por Espinoza y Mestanza (2014) quien en su estudio “Factores socioeconómicos-culturales maternos y su relación con el estado nutricional de los niños menores de 5 años del centro de salud de la mujer, Chimbote, obtuvieron que existe relación altamente significativa ($p < 0.05$) en los factores socioeconómicos y culturales: edad de la madre, grado de instrucción, y tipo de familia con el estado nutricional. Sin embargo, los factores ocupación, número de hijos no tienen relación significativa con el estado nutricional.

Respecto a la edad de las madres en estudio, este factor social no guarda relación estadística con la desnutrición, sin embargo, un porcentaje el total de madres adolescentes o menores de 18 años presentan niños con desnutrición, a diferencia de los niños en condición de eutrófico quienes sus madres tienen una edad mayor de 18 años. Siendo la edad predominante entre los 18 a 34 años (85,0%)

Algunos investigadores manifiestan que la edad de madre es un factor determinante para la crianza del niño, no solo es un factor biológico, sino permite que las madres que han llegado a la adultez tenga una mayor madurez social y emocional para decidir el cuidado de su niño en especial en el ámbito alimentario, aspecto clave para su buen desarrollo y crecimiento (Acevedo, Páez, & Abull, 2016) (Ampuero, Martínez, Torres, & Vílchez, 2014).

Referente al nivel de instrucción se evidencia que los niños con desnutrición cuentan con madres sin instrucción educativa, además el 36,7% de las madres han cursado solo primaria, mientras que la mayoría de las madres de niños eutróficos

han alcanzado en cursar secundaria. Así mismo existe asociación significativa entre el nivel de instrucción y la desnutrición infantil.

Los factores sociales el nivel de instrucción y/o educación guarda una relación estadística con la presencia de desnutrición infantil. Datos que concuerda con diversos investigadores tales como (Chérigo & Cobo, 2014) quien indica que el principal factor de riesgo de la desnutrición es el nivel de instrucción de la madre, de igual modo Ampuero y et al (2014) quien obtuvo un $p = 0,003$.

Otro aspecto importante, es lo manifestado por la Organización Mundial de la Salud (2011) quien menciona que la instrucción o escolaridad de la madre influye en la salud del niño, ya que ésta al tener mayor accesibilidad a fuentes de información amplía sus conocimientos, enriquece su cultura, modifica sus hábitos y creencias erróneas mejorando con ellos su nivel de vida (UNICEF/OMS, 2011)

La mal nutrición, se presenta en aquellos hogares donde persisten las condiciones de bajo nivel de instrucción de la madre. La instrucción materna no solo nos puede estar reflejando el nivel socioeconómico en que se encuentra la familia, sino la capacidad de cuidado infantil que la madre es capaz de ofrecer. Por otro lado algunos estudios señalan que la instrucción materna más completa pueda estar asociada a una mayor autonomía y racionalidad para la toma de decisiones referentes a la salud del niño. (Izarra, 2002)

Respecto a la ocupación materna, más del 90% de las madres tanto de los niños con desnutrición y eutróficos son amas de casa, a pesar de no existir una asociación estadística se evidencia que las madres con trabajo remunerado presentan mayores niños con desnutrición. Según Papalia y et al (2011) el trabajo de los padres en especial de la madre determina algo más que los recursos financieros de la familia. Investigaciones longitudinales muestran efectos negativos el desarrollo cognoscitivo y conductual, pudiendo esto aspectos influenciar en la conducta alimentaria del niño.

En la tabla 3, se evidencia que la mayoría de las madres en estudio tienen un ingreso económico familiar fluctuante de S/ 800 a 1200 soles (70%); seguido de un ingreso de S/.1200 a 1999 (23,3%), así mismo, el 100% de la población en estudio cuenta con servicios básicos (Agua, luz y desagüe). El análisis estadístico muestra que existe asociación estadística entre el ingreso económico familiar y la desnutrición [X^2 : 14,571; p: 0,002], no existiendo asociación estadística con servicios básico por ser una constante en la población de estudio.

Los resultados obtenidos son concordantes con Ascate y Varas (2016) quien en su estudio sobre “Factores socioeconómicos maternos y estado nutricional” muestra que las madres con ingreso económico de 1120 a 1500 (100.0%) y 1500 a más (100.0%) presentan en su mayoría niños eutróficos, contexto que difiere con las madres con ingreso menor de 700 soles quienes el 66.7% presentan niños no eutróficos. Además, obtuvieron que el factor ingreso económico y el estado nutricional del niño de 1 a 3 años presenta una relación estadísticamente significativa ($x^2= 11,353$; $p=0,010$), $p < 0,05$

Contexto similar se evidencian en el estudio de Ampuero, Martínez y Torres (2014) quien respecto al ingreso económico y estado nutricional obtuvo que de 59,9% niños malnutridos 48,3% presentaron madres con ingreso económico bajo, a diferencia que de 40,1% niños con estado nutricional normal 28,7% tuvieron madres con ingreso económico medio y 3,4% madres con ingreso económico alto. Además, concluyo que el ingreso económico de la madre y el estado nutricional del niño guardan relación estadística [$X^2 = 17,154$, $p = 0,000$ ($p < 0,05$)]

Los resultados obtenidos concuerdan con investigadores internacionales y nacional tales como Gonzales y Díaz (2015) así como Delgado, Tuesta y Valqui. (2015) ambos grupos de investigadores concluyeron que las variables económicas como el ingreso económico familiar se asocian estadísticamente con la desnutrición obteniendo los siguientes resultados $p= 0.004$ y $p= 0.0018$ respectivamente.

Estos resultados demuestran que el ingreso económico familiar es un factor determinante a la hora de atender las necesidades del niño de acuerdo con su nivel de desarrollo, por lo que constituye un factor fundamental. En tal sentido un mayor ingreso puede facilitar el acceso de la familia hacia medios que permitan mantener un nivel nutricional adecuado de los niños.

Otro aspecto a denotar es que la totalidad de la población muestral en estudio cuentan con servicios básicos como luz, agua y desagüe. Servicios indispensables para el cuidado y la buena salud del niño.

En la tabla 4, se observa que el 96,7% de las madres de los niños con desnutrición presentan prácticas alimentarias inadecuadas, mientras que el 96,2% de madres con niños eutrófico presentan prácticas adecuadas. El análisis estadístico muestra que existe asociación estadística entre la práctica alimentaria y la desnutrición [X^2 : 39,095; p: 0,000].

Los resultados obtenidos son concordantes con Solsol y Ulloa (2013) quien en su estudio sobre “Prácticas alimentarias y estado nutricional en el Puesto de salud “Villa María” Obtuvieron que el 77.1% de las madres de los niños presentaron prácticas alimentarias adecuadas y el 22.9% restante prácticas inadecuadas. Así mismo el 90.7 % de las madres con prácticas adecuadas presenta niños con estado nutricional normal, mientras que las madres con prácticas inadecuadas el 56.2% de lactantes tuvo desnutrición y el 43.8% de sobrepeso. Concluyendo que la práctica alimentaria tiene una relación estadísticamente significativa con el estado nutricional [$X^2= 53.459$ gl= 2 p = 0,000 (p<0.05)] (Solsol & Ulloa, 2013)

Los resultados obtenidos nos permiten señalar que la práctica alimentaria guarda relación con el estado nutricional, mientras las madres les brinden a su hijos prácticas alimentarias optimas su estado nutricional también será adecuado, contexto que se sustenta en la información bibliográfica disponible en donde señalan la importancia de la LME en los primeros 6 meses de vida y la

trascendencia de la incorporación oportuna de una alimentación complementaria adecuada, que permita cubrir las demandas nutricionales para promover un crecimiento y desarrollo óptimos (Ministerios de salud, 2006) (Gil, Uauy, & Serra, 2006)

Según algunas investigación muestran que la incorporación de golosinas a los niños ocurre desde el segundo semestre de la vida y, especialmente, durante el segundo año (Jackson, Romo, Castillo, & Castillo Durán, 2004); la aceptación cultural y la comercialización agresiva han contribuido a algunas conductas en la alimentación de niños desde temprana edad, como la ingesta de bebidas azucaradas., bebidas con bajo valor nutritivo como el té y el café contienen compuestos que interfieren con la absorción de hierro y por esta razón no son recomendados para lactantes. Las bebidas azucaradas como las sodas deben ser evitadas porque es poco lo que aportan además de energía y, por lo tanto, disminuyen el apetito de los niños por alimentos más nutritivos. Todo esto y más contribuyen a la malnutrición, aparición de infecciones dentales, etc. (Allen & Ahluwalia, 2007).

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIÓN

4.1. Conclusiones

Luego de analizar y discutir los resultados del presente trabajo de investigación, se detallan las siguientes conclusiones:

- La desnutrición crónica es más predominante según el indicador talla/edad, seguido desnutrición global (26,7%) según el indicador Peso/edad, solo el 6,7% de los niños presenta desnutrición aguda.
- Referente a los factores socioeconómicos la mayoría de las madres en estudio tiene una edad fluctuante de 18 a 34 años, cursando secundaria y son amas de casa siendo un factor predisponente que determina a la madre según su edad, a cumplir su rol dentro del hogar.
- Referente a la práctica alimentaria la mayoría de niños con desnutrición presentan prácticas alimentarias maternas inadecuadas, mientras que la mayoría de niños en condición de eutrófico presentan prácticas alimentarias maternas adecuadas.
- Los factores sociales asociados a la desnutrición fueron el nivel de instrucción [X^2 : 8,879; p: 0,031], el ingreso económico familiar [X^2 : 14,571; p: 0,002] y las prácticas alimentarias [X^2 : 39,095; p: 0,000]. No habiendo asociación con la edad materna, ni la ocupación.

4.2. Recomendaciones

Luego del proceso para la realización de la Tesis y en base a las diferentes situaciones acontecidas; veo la responsabilidad de realizar las siguientes recomendaciones:

- ❖ Que el Profesional de Enfermería del Centro de Salud diseñe y/o implemente sesiones educativas dirigidas exclusivamente a las madres o encargadas del cuidado de niños menores de 5 meses de edad a más sobre la alimentación complementaria, con la finalidad de garantizar una alimentación de calidad y evitar problemas nutricionales en el niño.
- ❖ En las actividades de promoción y prevención de la salud en temas nutricionales y de crecimiento y desarrollo de los niños (as) priorizar el trabajo multidisciplinario, para contribuir en el cuidado de la salud de los niños y erradicar los problemas nutricionales.
- ❖ A los investigadores motivarlos a realizar trabajos cuasi experimentales preventivo promocionales que contribuyan en el cambio de conductas y comportamientos para mejorar la calidad de vida de la población en estudio.
- ❖ Seguir investigando nuevos factores (como socioculturales, residencia, etc.) que influyen en las prácticas alimentarias y estado nutricional del niño menor de 5 años

CAPÍTULO V

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, D., Nolvía, A., León, A., & Fonseca, D. (2007). *Comportamiento del embarazo en la adolescencia Trabajo para optar por el título de master en atención integral a la mujer*. Venezuela: Universidad de Caracas.
- Acevedo, D., Páez, G., & Abull, A. (Julio de 2016). Factores de riesgo de desnutrición en menores de cinco años del municipio de Manatí. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta.*, 41(7).
- Allen, L., & Ahluwalia, N. (2007). Improving iron status through diet. John Snow. *OMNI Project*.
- Ampuero, A., Martínez, L., Torres, A., & Vílchez, R. (2014). Factores socioeconómicos, demográficos y culturales relacionados con el estado nutricional en niños de 3 a 5 años. *Conoc. amaz.*, 5(1), 15-21.
- APEIM/ENAHO. (2012). *Niveles Socioeconómicos*. Lima: Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados - Encuesta Nacional de Hogares.
- Ascate, R., & Varas, P. (2016). *Factores socioeconómicos maternos y estado nutricional del niño de 1 a 3 años. Puesto de Salud Clas "La Unión". Chimbote 2014*. Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Enfermería, Universidad San Pedro, Facultad de Ciencias de la Salud, Chimbote.
- Camejo, L., & Quitania, C. (2015). *Factores de riesgos de desnutrición proteica energética en niños del consultorio médico de la familia*. Buenos Aires, Argentina:: El Cid Editor.
- Chérigo, V., & Cobo, A. (2014). *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 Demillas de Amor en Bastión Popular de Guayaquil- año 2014*. Trabajo de Titulación previo a la obtención del Título de Licenciada en Nutrición, Dietética y Estética, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. , Facultad De Ciencias Médicas., Guayaquil, Ecuador.

- Condori, L., & Ticona, C. (2012). La desnutrición y su influencia en el desarrollo psicomotor en niños de 3 a 5 años de edad que asisten al Centro de Salud Alianza Azángaro. Marzo a junio del 2012. (E. C. apuntes., Ed.)
- Dávila, N., & Jara, D. (2017). *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 durante el período de septiembre a diciembre de 2016.*
- Delgado, H., Tuesta, P., & Valqui, I. (2015). *Factores maternos asociados al riesgo de desnutrición en niños de 6 a 36 meses del Centro de Salud Morona Cocha I-4, 2015.* Tesis para optar el Título de Licenciado (a) en Enfermería, Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Facultad de Enfermería.
- Espinoza, M., & Mestanza, J. (2014). *Factores socioeconómicos-culturales maternos y su relación con el estado nutricional de los niños menores de 5 años del centro de salud de la mujer.* Universidad San Pedro, Chimbote.
- FAO, Agencia Española de Cooperación Internacional. (2017). “*Seguridad Alimentaria y Nutricional. Conceptos básicos*” del Programa Especial para la Seguridad Alimentaria –PESA– Centroamérica.
- Gil, A., Uauy, R., & Serra, J. a. (2006). (Asociación Española de Pediatría). Bases para una alimentación complementaria adecuada de los lactantes y los niños de corta edad. . *An Pediatr*, 481-95.
- Gonzales, R. (2011). Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. . *Revista de Pediatría Scielo*, Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062012000200007&script=sci_arttext.
- González, Y., & Díaz, C. (2015). Características familiares relacionadas con el estado nutricional en escolares de la ciudad de Cartagena, tuvo como objetivo determinar las características familiares asociadas al estado nutricional de los niños escolarizados de la ciudad de Cartagena. *Rev. Salud Pública.*, 17(6), 836-847. DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v17n6.43642>.

- Hernandez, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw-Hill.
- Hurtado, J. (2007). *El Proyecto de Investigación*. (5 ed.). Caracas: Editores Quirón y Sypal.
- INEI. (2017). *ENDES: Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales, 2012-2017 – Primer Semestre*. Lima: INEI.
- Instituto Nacional de Salud . (2010). *Consejería Nutricional En el Marco de la Atención Materno Infantill*. Instituto Nacional de Salud. -- Lima. Lima: Ministerio de Salud.
- Instituto Nacional De Salud. (2012). *Eficacia de la suplementacion de hierro elemental en el incremento en los niveles de hemoglobina en niños de 6 a 36 meses*. Resumen Ejecutivo , Ministerio de Salud, Unidad de Análisis y Generación de Evidencias en Salud Pública (UNAGESP), Centro Nacional de Salud Pública.
- Izarra, C. (2002). *factores sociales y culturales que influyen en el estado nutricional de los niños menores de 3 años de edad en comunidades pobres de la provincia de Satipo*. Perú: Caritas del Perú.
- Jackson, P., Romo, M., Castillo, M., & Castillo Durán, C. (2004). Las golosinas en la alimentación infantil. Análisis antropológico Nutricional. *Rev Med Chile*, 42-1235.
- León, P., Minassian, M., & Borgoño, R. (2008). Embarazo adolescente paula león, matías minassian, rafael borgoño universidad de los andes. *Revista Pediátrica electrónica*, 5(1).
- Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. (2013). *Desnutrición Crónica Infantil*.
Obtenido de http://www.midis.gob.pe/images/direcciones/dgpye/reporte_peru.pdf
- Ministerio de Salud. (2009). *Documento Técnico: Análisis de Situación de Salud de las y los Adolescentes. Ubicándolos y Ubicándonos*. Lima : Ministerio de Salud.

- Ministerio de Salud. (2011). *Lineamientos de gestión de la estrategia sanitaria de alimentación y nutrición saludable*. Documento técnico, Instituto Nacional de Salud, Lima.
- Ministerio de Salud. (2015). *Estado nutricional en el Perú por etapas de vida; 2012-2013*. Lima - Perú.
- Ministerios de salud. (2006). *Guías Alimentarias para la Población Infantil*. Argentina: Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.
- MINSA. (2017). *Norma Técnica de Salud N° 137 para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la niña y el niño Menor de Cinco Años*. Dirección general de salud de intervenciones estratégicas de salud Pública . Lima: Ministerio de Salud.
- Ñaupas, H., Mejía, E., Novoa, E., & Villagomez, A. (2013). *Metodología de la investigación científica y elaboración de tesis* . Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos .
- Ojeda, Y. (2013). *Factores asociados a la desnutrición infantil en niños de 2 a 5 años en los distritos de Yanque y Chivay Cañón del Colca, Provincia de Caylloma, Arequipa 2013*. Trabajo de investigación para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, Universidad Católica de Santa María., Facultad de Medicina Humana, Arequipa - Perú.
- Organización Mundial de la Salud. (Julio de 2016). *¿Qué es la malnutrición?* Obtenido de <http://www.who.int/features/qa/malnutrition/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Agua potable salubre y saneamiento básico en pro de la salud*. Obtenido de Agua, saneamiento y salud (ASS): http://www.who.int/water_sanitation_health/mdg1/es/
- Papalia, D., Wendkos, O., & Duskin, R. (2011). *Desarrollo Humano*. México: Mc Graw Hill.
- Papalia, D., Wendkos, S., & Duzkin, R. (2010). *Desarrollo Humano*. China: Mc GrawHill.

- Roggiero, A., & Di, S. (2013). *Desnutrición infantil: fisiopatología, clínica y tratamiento dietoterápico*. Argentina: Corpus Editorial.
- Sánchez, H., & Reyes, C. (2011). *Metodología y Diseños en la Investigación Científica* (Cuarta ed.). Lima: Visión Universitaria.
- Sobrino, M., Gutiérrez, C., Cunha, J., Dávila, M., & Alarcón, J. (2014). Desnutrición infantil en menores de cinco años en Perú: tendencias y factores determinantes. *Rev Panam Salud Pública.*, 35(2), 104–12.
- Solsol, A., & Ulloa, L. (2013). *Prácticas alimentarias y estado nutricional del lactante de 6 meses a 11 meses. Puesto de salud “Villa María”*. Chimbote: Universidad San Pedro.
- Tarqui, C., & Alvarez, D. (2015). *Informe técnico: Estado nutricional de la población por etapas de vida*. Lima: Dirección ejecutiva de vigilancia alimentaria y nutricional. Centro nacional de alimentación y nutrición. Recuperado el 13 de Enero de 2017, de <http://www.portal.ins.gob.pe/en/component/rsfiles/preview?path=cenan%252FVigilancia%2Bde%2BIndicadores%2BNutricionales%2BB%252FVIN%2BENAHO%2BPoblacion%2B2013-2014%2B220116.pdf>
- Unicef. (2016). *Desnutrición Infantil*. Obtenido de https://www.unicef.org/republicadominicana/health_childhood_10172.htm
- UNICEF/OMS. (2011). *Niveles y tendencias de la mortalidad infantil*. UNICEF/OMS/ BM/United Nations DESA.
- WHO Multicentre Growth Reference Study Group. . (2006). *WHO Child Growth Standards: length/height-for-age.*. Geneva: World Health Organization.
- Yupanqui. (2012). *“Factores maternos asociados al estado nutricional del niño de 6 meses a menores de 2 años atendidos en el Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón” Nuevo Chimbote 2012”*. Nuevo Chimbote: Universidad San Pedro.

Anexo 1

CUESTIONARIO DE FACTORES SOCIOECONÓMICO MATERNOS Y ALIMENTARIOS

PRESENTACIÓN: Estimada madre de familia a continuación se le solicita su colaboración para responder la presente encuesta, que tiene por finalidad conocer la situación socio económico que se asocia a la desnutrición. Para lo cual agradecemos su colaboración dando respuestas sinceras a las preguntas formuladas:

INSTRUCCIÓN: Marque con una X según corresponda

I. FACTORES SOCIOECONOMICOS MATERNOS

FACTOR SOCIAL

1. Edad de la madre:

- a) Menor de 18 años.
- b) De 18 a 34 años.
- c) Mayor de 35 años.

2. Grado de Instrucción:

- a) Sin instrucción
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Superior

3. Ocupación

- a) Ama de casa
- b) Trabajo remunerativo

FACTOR ECONOMICO

4. Ingreso económico familiar

- a) Ingreso familiar mayor S/. 6000 mensuales
- b) Ingreso familiar de S/. 2000 a 6000 mensuales.
- c) Ingreso familiar de S/. 1200 a 1999 mensuales.
- d) Ingreso familiar de S/. 800 a 1200 mensuales.
- e) Ingreso familiar de menor de 800 mensuales.

SERVICIOS BÁSICOS

5. Cuenta con los servicios de básicos

5.1. Agua potable Si () No ()

Si en no de donde obtiene el agua: _____

5.2. Luz Si () No ()

5.3. Cuenta con desagüe Si () No ()

Si en No de donde elimina sus excretas:

II. FACTORES ALIMENTARIOS

2.1. Practicas alimentarias específicas de acuerdo a la edad (según la edad del niño se marca la casilla)

	PREGUNTAS	6 A 8 MESES		9 A 11 MESES	1 A MENOS DE 2 años	De 2 A a menos de 5 años
1	¿Le sigue dando su pecho a su niño?	a. Sí (2) b. No (1)		a. Sí (2) b. No (1)	a. Sí (2) b. No (1)	_____
2	¿Cómo es la consistencia de la comida que da a su niño?	a. Preparaciones líquidas (agüitas, caldos, etc.) b. Preparaciones semisólidas (papillas, mazamorra, etc.)		a. Preparaciones líquidas (agüitas, caldos, etc.) b. Preparaciones semisólidas (papillas, mazamoras, etc.) c. Alimentos sólidos (fruta, arroz, pan, papas, menestras, yucas, camotes)	a. Alimentos sólidos (fruta, arroz, pan, papas, menestras, yucas, camotes) de la olla familiar b. Preparaciones semisólidas (papillas, mazamorra, etc.)	a. Alimentos sólidos (fruta, arroz, pan, papas, menestras, yucas, camotes) de la olla familiar b. Preparaciones semisólidas (papillas, mazamorra, etc.)
3	¿Qué cantidad de alimentos consume su niño?	6 meses	7 a 8 meses	a. Si de 5 a 7 cucharadas, $\frac{3}{4}$ del plato mediano) b. NO	a. Le da un plato mediano ((siete a diez cucharadas). b. NO	a. Darle un plato grande, de acuerdo con su edad, actividad física b. No
		a. Si (2 a 3 cucharadas) b. NO	a. Si (3 a 5 cucharadas, $\frac{1}{2}$ plato mediano) b. NO			
4	¿Con que frecuencia alimenta a su niño?	a. 3 comidas b. 2 comidas c. 1 comidas		a. 5 comidas b. 4 comidas c. 3 comidas	a. 5 comidas b. 4 comidas c. 3 comidas	a. 5 comidas b. 4 comidas c. 3 comidas

2.2. Practicas alimentarias generales

5	¿Le da a su niño alimento de origen animal?	1. Si..... 2. No
6	¿Le da a su niño frutas, cada qué frecuencia?	b. Si..... ¿qué frecuencia?..... c. No
7	¿Le da a su niño verduras, de qué modo le da?	a. Si..... ¿qué modo?..... b. No
8	¿Qué tipo de aceite usa para la comida del niño?	a. Soya b. Vegetal c. No vegetal
9	¿Su niño tiene, su propio plato? O lo alimenta del plato de usted.	a. Tiene su propio plato b. Come del plato de usted
10	¿La sal que usted utiliza para los alimentos de su niño es?	a. A granel b. Envasada yodada c. Envasada sin yodo
11	¿Su niño recibe suplemento de hierro?	a. Si b. No
12	¿Cómo es el ambiente donde se alimenta su niño?	a. Bullicioso por el lugar y/o televisor b. Tranquilo
13	¿Cuándo alimenta a su niño le habla mostrando afecto	a. SI b. NO
14	¿Durante la diarrea, le da de comer a su niño más veces, menos veces o igual número de veces al día que de costumbre?	a. Más veces b. Menos veces c. Igual d. Solo pecho
15	Ud. ¿En qué momento acostumbra a lavarse las manos?	a. Antes de preparar los alimentos, antes de dar de comer a su niño, después de cambiar pañales o limpiarlo b. Después de preparar los alimentos, después de dar de comer a su niño, antes de cambiar el pañal o limpiarlo. c. No responde no sabe

Respuesta correcta : 2 puntos

Respuesta incorrecta: 1 Puntos

Práctica adecuada : 25 a 30 puntos

Práctica Inadecuada: 15 a 24 puntos

Anexo 2

FICHA DE REGISTRO DEL ESTADO NUTRICIONAL

Fecha:

I. DATOS GENERALES

1. Nombre:.....

2. Fecha de nacimiento:.....

3. Edad:

4. Sexo:

a) Femenino.

b) Masculino.

II. ESTADO NUTRICIONAL

1. Peso:.....

2. Talla:

3. Índices antropométricos:

P/E	T/E	P/T

4. Dx nutricional:

Nota: Este instrumento los datos y registros debe ser por el personal debidamente entrenado, según los estándares nacionales, consejo nacional de nutrición instituciones de salud, registro de salud de antropometría

Anexo 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se me ha comunicado que el título de esta investigación es “**Factores Asociados a Estado de Desnutrición en Niños menores de 5 años. Centro de Salud Santa, 2017**”, el propósito de este estudio es determinar los factores asociados a desnutrición.

El cual está siendo conducida por la estudiante de Enfermería **Soles Fernández Fiorella Nataly** con la asesoría de la *Mg. Flor Córdova Alva* de la Universidad San Pedro.

Si accedo a participar en este estudio, deberé responder una encuesta, la que tomará 30 min de mi tiempo. Mi participación será voluntaria. La información que se recoja será estrictamente confidencial y no se podrá utilizar para ningún otro propósito que no esté contemplado en esta investigación.

En principio, las encuestas serán anónimas, por ello serán codificadas utilizando un número de identificación. Si la naturaleza del estudio requiera su identificación, ello solo será posible si es que doy consentimiento expreso para proceder de esa manera.

Si tuviera alguna duda con relación al desarrollo del proyecto, soy libre de formular las preguntas que considere pertinentes. Además, puedo finalizar mi participación en cualquier momento del estudio sin que esto represente algún perjuicio. Si sintiera incomodidad, frente a alguna de las preguntas, puedo ponerlo en conocimiento de la persona a cargo de la investigación y abstenerse de responder.

Yo,..... doy mi consentimiento para participar en el estudio y soy consciente de que mi participación es enteramente voluntaria. Como prueba de consentimiento voluntario para participar en este estudio, firmo a continuación:

Nombre del Participante:

DNI:

Anexo 4

VALIDEZ A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO DE LA MATRIZ DE INVESTIGACIÓN

Ítems	ESCALA					Total	V de Aiken
	N°1	N°2	N°3	N°4	N°5		
1	1	1	1	1	1	5	1
2	1	0	1	1	1	4	0.8
3	1	1	1	1	0	4	0.8
4	1	1	0	1	1	4	0.8
5	1	1	1	1	1	5	1
6	1	1	1	1	1	5	1
7	1	0	1	1	1	4	0.8
8	1	1	1	1	1	5	1
9	1	0	1	1	1	4	0.8
10	1	1	1	1	1	5	1
Valor Final							0.90

*De acuerdo a la fórmula aplicada según el resultado de V Aiken los jueces concuerda en sus apreciaciones con un valor de 0.90 y si se lleva a porcentaje se menciona que hay un **90%** de concordancia en opiniones respecto a la estructura de la matriz*

**VALIDEZ A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE
INVESTIGACIÓN**

Ítems	ESCALA					Total	V de Aiken
	N°1	N°2	N°3	N°4	N°5		
1	1	1	1	1	1	4	0.8
2	1	1	0	1	1	4	0.8
3	1	1	1	1	1	5	1
4	1	1	1	1	1	5	1
5	1	1	1	1	1	5	1
6	1	1	1	1	1	5	1
7	1	0	1	0	1	3	0.6
8	1	1	1	1	1	5	1
9	1	1	1	1	1	5	1
10	1	1	1	0	1	4	0.8
Valor Final							0.90

*De acuerdo a la fórmula aplicada según el resultado de V Aiken los jueces concuerda en sus apreciaciones con un valor de 0.90 y si se lleva a porcentaje se menciona que hay un **90%** de concordancia en opiniones respecto a la estructura de la matriz.*

Anexo 5

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO A TRAVÉS DE PRUEBA PILOTO

Fórmula de Kruder Richardson:

$$Kr20 = \frac{n}{n-1} * \frac{Vt - \sum pq}{Vt}$$

Donde:

N: N° de ítems

Vt: Varianza Total

$\sum pq$: Sumatoria de las proporciones

$$Kr20 = \frac{09}{08} * \frac{15.65}{19.25}$$

$$Kr20 = (1.125) * (0.81) = 0.91$$

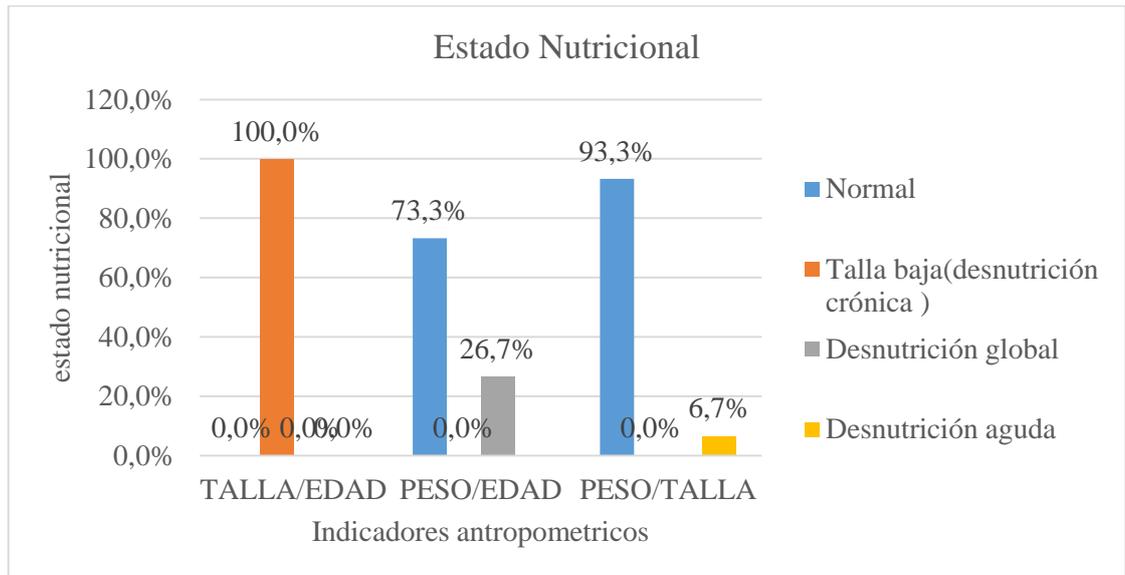
$$\mathbf{Kr20 = 0.91}$$

Confiabilidad del instrumento: 91%

FIGURAS

Figura 1.

Tipo desnutrición en niños menores de 5 años del Centro de Salud Santa.2017



**ASOCIACIÓN DE LOS FACTORES SOCIALES AL ESTADO DE
DESNUTRICIÓN EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL CENTRO DE
SALUD SANTA. 2017**

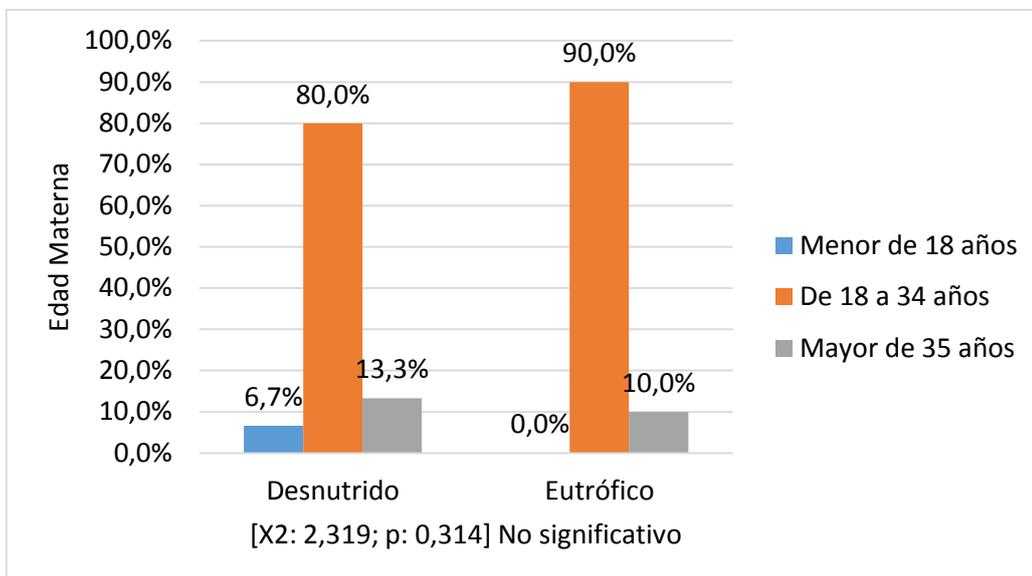


Figura 2. Asociación del factor social edad materna al estado de desnutrición en niños menores de 5 años del Centro de Salud Santa. 2017

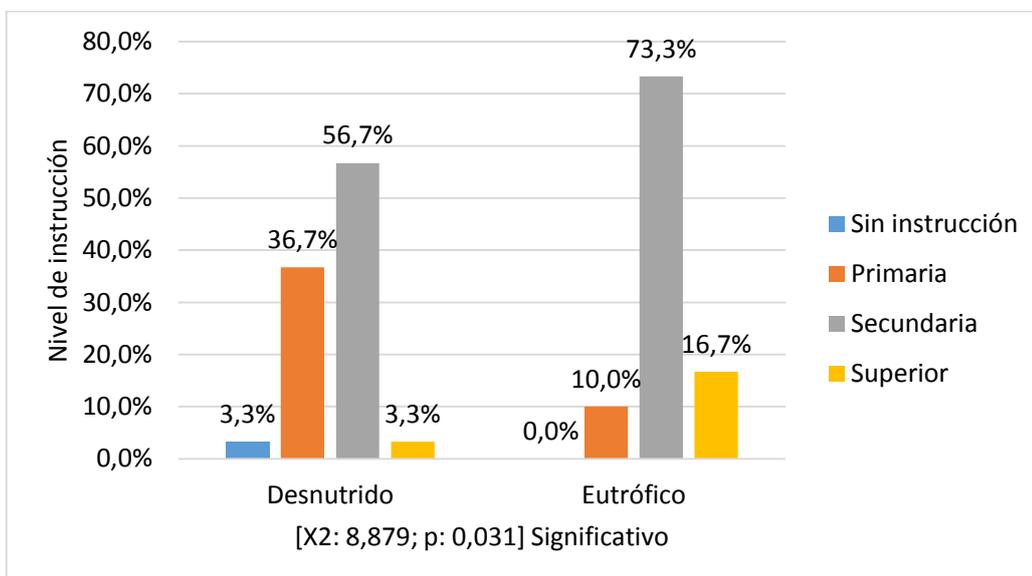


Figura 3. Asociación del factor social nivel de instrucción materno al estado de desnutrición en niños menores de 5 años del Centro de Salud Santa. 2017

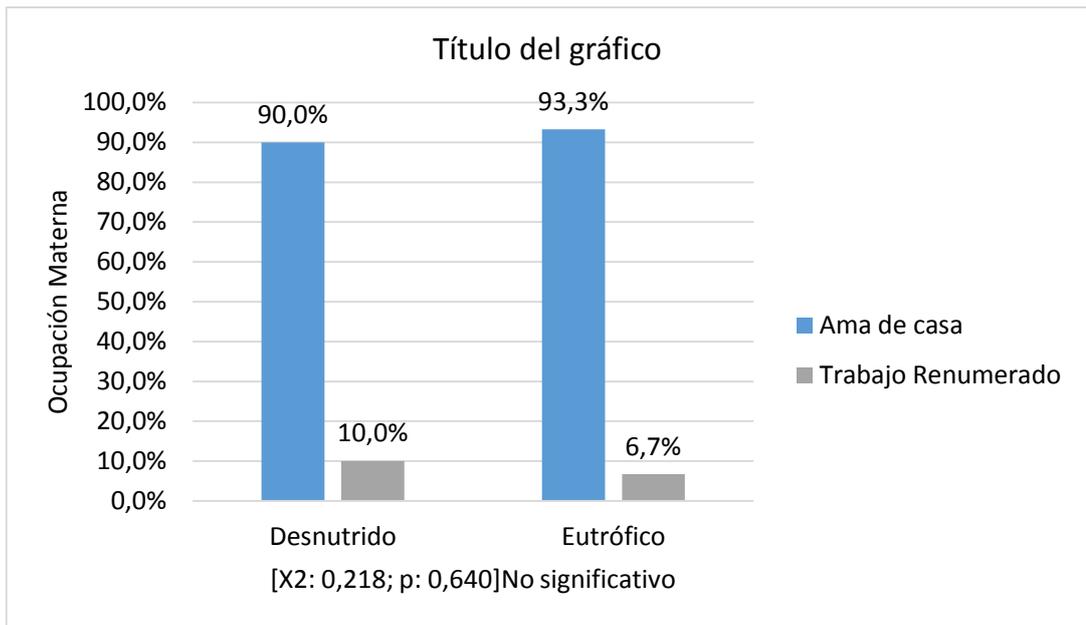


Figura 4. Asociación del factor social ocupación materna al estado de desnutrición en niños menores de 5 años del Centro de Salud Santa. 2017

**ASOCIACIÓN DE LOS FACTORES ECONÓMICOS AL ESTADO DE
DESNUTRICIÓN EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL CENTRO DE SALUD
SANTA.2017**

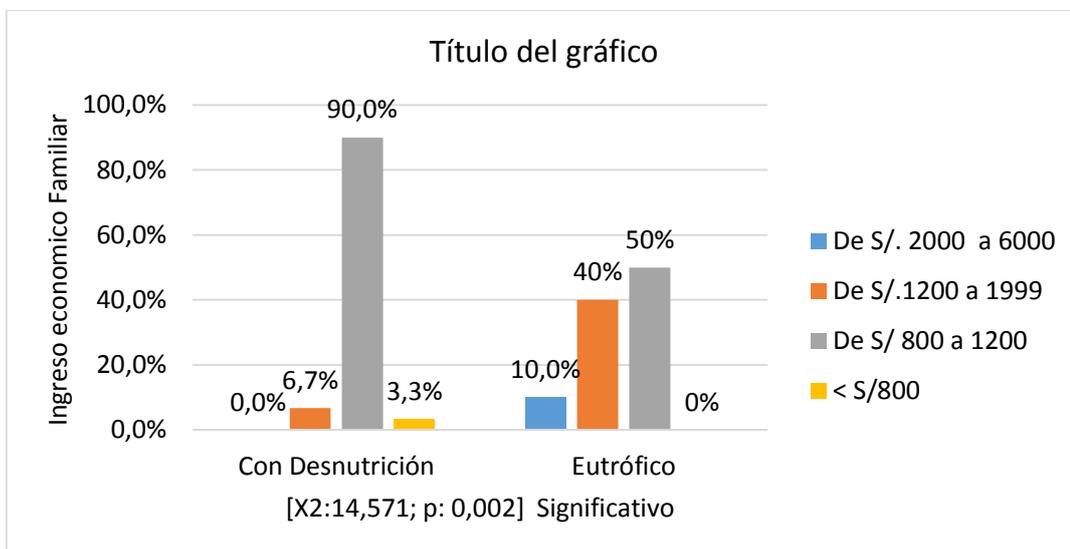


Figura 5.

Asociación del factor ingreso económico familiar al estado de desnutrición en niños menores de 5 años del Centro de Salud Santa. 2017

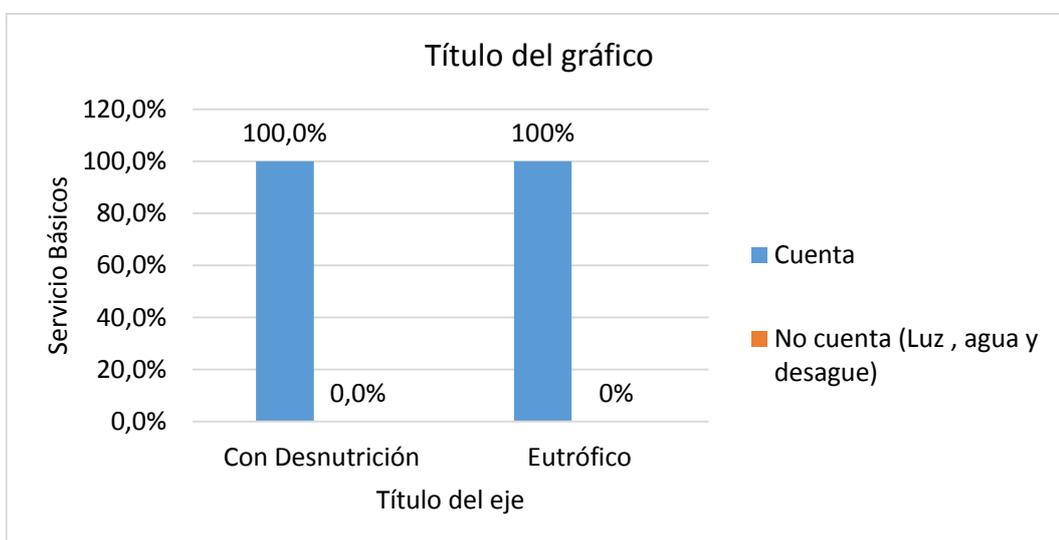


Figura 6.

Asociación del factor económico servicios básicos al estado de desnutrición en niños menores de 5 años del Centro de Salud Santa. 2017

**ASOCIACIÓN DE LOS FACTORES DE ALIMENTACIÓN AL ESTADO DE
DESNUTRICIÓN EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL CENTRO DE SALUD
SANTA.**

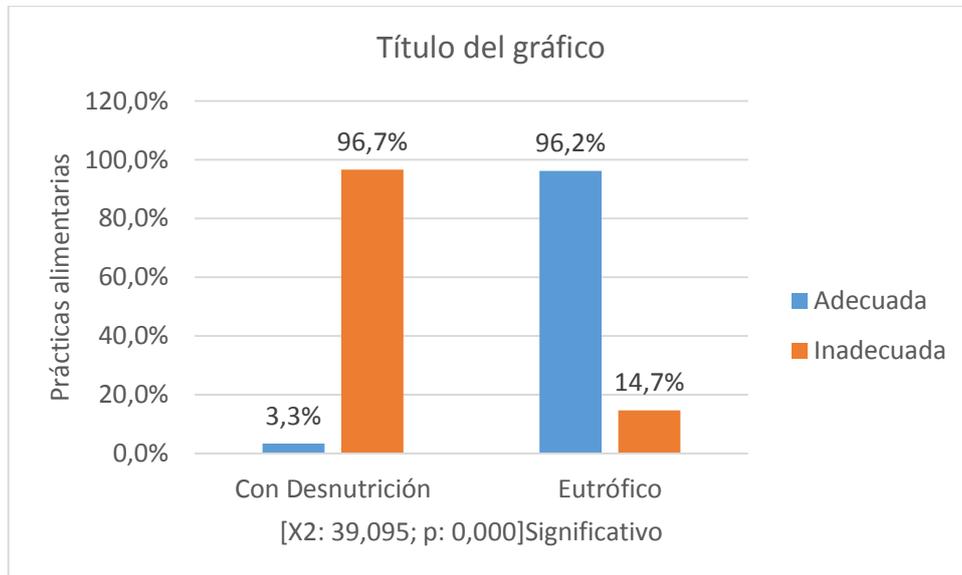


Figura 7. Asociación del factor práctica alimentaria al estado de desnutrición en niños menores de 5 años del Centro de Salud Santa. 2017

TABLA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICA NIÑOS < 5 años



PESO PARA EDAD

TALLA PARA EDAD

PESOS (kg)				EDAD (Años y meses)	TALLA (cm) (longitud /estatura)						
Desnutrición	NORMAL		Sobrepeso		Baja Severa	Baja	NORMAL		Alta		
<-2DE	≥-2DE	≤ 2DE	> 2DE		<- 3DE	≥-3DE	≥-2DE	-1DE	1DE	≤ 2DE	> 2DE

PESO PARA LA EDAD

INSTRUCCIONES:

- Ubique en la columna de la Edad, la edad del niño.
- Compare el peso del niño con los valores que aparecen en el recuadro adjunto y clasificar:

Peso:	Clasificación
< al peso correspondiente a - 2DE	Desnutrido
Está entre los valores de peso de -2 DE y 2 DE	Normal
> al peso correspondiente a 2DE	Sobrepeso*

* Puede evaluarse mejor con peso para talla.

TALLA PARA LA EDAD

INSTRUCCIONES:

- Ubique en la columna de la Edad, la edad del niño.
- Compare la longitud o talla del niño con los valores que aparecen en el recuadro adjunto y clasificar:

Longitud o talla:	Clasificación
< a la talla correspondiente a -3 DE	Talla baja severa
≥ a la talla correspondiente a -3 DE	Talla baja
Está entre los valores de talla de -2 DE y 2 DE	Normal
> a la talla correspondiente a 2 DE	Talla alta

DE : Desviación Estandar < : menor > : mayor ≥ : mayor o igual
 Fuente: OMS 2006

SIGNOS DE ALERTA:

- Talla cruza los valores límites de su columna de crecimiento, hacia talla baja.
- Talla entre $\geq -2DE$ y $< -1DE$



Ministerio de Salud
Personas que atendemos Personas

Centro Nacional de
Alimentación y Nutrición



Instituto Nacional de Salud

TABLA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICA NIÑOS < 5 años



PESO PARA TALLA

TALLA (cm)	PESO (kg)					
	Desnutrición Severa	Desnutrición	N O R M A L		Sobrepeso	Obesidad
	< - 3DE	≥ -3DE	≥ -2DE	-1DE	1DE ≤ 2DE	≤ 3DE > 3DE

PESO PARA TALLA

INSTRUCCIONES:

1. Ubique en la columna de la Talla, la talla del niño.
2. Compare el peso del niño con los valores que aparecen en el recuadro adjunto y clasificar:

Peso:	Clasificación
< al peso correspondiente a -3 DE	Desnutrido severo
≥ al peso correspondiente a -3 DE	Desnutrido
Está entre los valores de peso de -2 DE y 2 DE	Normal
≤ al peso correspondiente a 3 DE	Sobrepeso
> al peso correspondiente a 3 DE	Obesidad

DE : Desviación Estandar < : Menor > : mayor ≥ : mayor o igual ≤ : menor o igual
Fuente: OMS 2006

SIGNOS DE ALERTA:

- Peso cruza los valores límites de su columna de crecimiento, hacia obesidad o hacia desnutrición.
- Peso ≥ -2DE y < -1DE
- Peso >1DE y ≤ 2DE

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2007-11764

© Ministerio de Salud
Av. Salaverry cuadra 8 s/n. Jesús María. Lima, Perú.

© Instituto Nacional de Salud
Capac Yupanqui 1400. Jesús María. Lima, Perú
Telf. 0051-1-4719920 Fax 0051-1-4710179
Página Web: www.ins.gob.pe

Centro Nacional de Alimentación y Nutrición
Área de Normas Técnicas
Jr. Tizón y Bueno 276 Jesús María.
Teléfono 0051- 1- 4600316. Fax 051-1-4639617
Lima, Perú. 2007. 5ª Edición

Elaboración: Lic Mariela Contreras Rojas

PESO PARA EDAD			TALLA PARA EDAD							
Desnutrición	NORMAL	Sobrepeso	EDAD (Años y meses)	TALLA (cm) (longitud /estatura)						
				Baja Severa	Baja	NORMAL			Alta	
<-2DE	≥-2DE	≤ 2DE	> 2DE	<- 3DE	≥-3DE	≥-2DE	-1DE	1DE	≤ 2DE	> 2DE
Longitud (medido echado)										
2,5	4,4	0: 0	44,2	46,1	48,0	51,8	53,7			
3,4	5,8	0: 1	48,9	50,8	52,8	56,7	58,6			
4,3	7,1	0: 2	52,4	54,4	56,4	60,4	62,4			
5,0	8,0	0: 3	55,3	57,3	59,4	63,5	65,5			
5,6	8,7	0: 4	57,6	59,7	61,8	66,0	68,0			
6,0	9,3	0: 5	59,6	61,7	63,8	68,0	70,1			
6,4	9,8	0: 6	61,2	63,3	65,5	69,8	71,9			
6,7	10,3	0: 7	62,7	64,8	67,0	71,3	73,5			
6,9	10,7	0: 8	64,0	66,2	68,4	72,8	75,0			
7,1	11,0	0: 9	65,2	67,5	69,7	74,2	76,5			
7,4	11,4	0: 10	66,4	68,7	71,0	75,6	77,9			
7,6	11,7	0: 11	67,6	69,9	72,2	76,9	79,2			
7,7	12,0	1: 0	68,6	71,0	73,4	78,1	80,5			
7,9	12,3	1: 1	69,6	72,1	74,5	79,3	81,8			
8,1	12,6	1: 2	70,6	73,1	75,6	80,5	83,0			
8,3	12,8	1: 3	71,6	74,1	76,6	81,7	84,2			
8,4	13,1	1: 4	72,5	75,0	77,6	82,8	85,4			
8,6	13,4	1: 5	73,3	76,0	78,6	83,9	86,5			
8,8	13,7	1: 6	74,2	76,9	79,6	85,0	87,7			
8,9	13,9	1: 7	75,0	77,7	80,5	86,0	88,8			
9,1	14,2	1: 8	75,8	78,6	81,4	87,0	89,8			
9,2	14,5	1: 9	76,5	79,4	82,3	88,0	90,9			
9,4	14,7	1: 10	77,2	80,2	83,1	89,0	91,9			
9,5	15,0	1: 11	78,0	81,0	83,9	89,9	92,9			
Estatura (medido de pie)										
9,7	15,3	2: 0	78,0	81,0	84,1	90,2	93,2			
9,8	15,5	2: 1	78,6	81,7	84,9	91,1	94,2			
10,0	15,8	2: 2	79,3	82,5	85,6	92,0	95,2			
10,1	16,1	2: 3	79,9	83,1	86,4	92,9	96,1			
10,2	16,3	2: 4	80,5	83,8	87,1	93,7	97,0			
10,4	16,6	2: 5	81,1	84,5	87,8	94,5	97,9			
10,5	16,9	2: 6	81,7	85,1	88,5	95,3	98,7			
10,7	17,1	2: 7	82,3	85,7	89,2	96,1	99,6			
10,8	17,4	2: 8	82,8	86,4	89,9	96,9	100,4			
10,9	17,6	2: 9	83,4	86,9	90,5	97,6	101,2			
11,0	17,8	2: 10	83,9	87,5	91,1	98,4	102,0			
11,2	18,1	2: 11	84,4	88,1	91,8	99,1	102,7			
11,3	18,3	3: 0	85,0	88,7	92,4	99,8	103,5			
11,4	18,6	3: 1	85,5	89,2	93,0	100,5	104,2			
11,5	18,8	3: 2	86,0	89,8	93,6	101,2	105,0			
11,6	19,0	3: 3	86,5	90,3	94,2	101,8	105,7			
11,8	19,3	3: 4	87,0	90,9	94,7	102,5	106,4			
11,9	19,5	3: 5	87,5	91,4	95,3	103,2	107,1			
12,0	19,7	3: 6	88,0	91,9	95,9	103,8	107,8			
12,1	20,0	3: 7	88,4	92,4	96,4	104,5	108,5			
12,2	20,2	3: 8	88,9	93,0	97,0	105,1	109,1			
12,4	20,5	3: 9	89,4	93,5	97,5	105,7	109,8			
12,5	20,7	3: 10	89,8	94,0	98,1	106,3	110,4			
12,6	20,9	3: 11	90,3	94,4	98,6	106,9	111,1			
12,7	21,2	4: 0	90,7	94,9	99,1	107,5	111,7			
12,8	21,4	4: 1	91,2	95,4	99,7	108,1	112,4			
12,9	21,7	4: 2	91,6	95,9	100,2	108,7	113,0			
13,1	21,9	4: 3	92,1	96,4	100,7	109,3	113,6			
13,2	22,2	4: 4	92,5	96,9	101,2	109,9	114,2			
13,3	22,4	4: 5	93,0	97,4	101,7	110,5	114,9			
13,4	22,7	4: 6	93,4	97,8	102,3	111,1	115,5			
13,5	22,9	4: 7	93,9	98,3	102,8	111,7	116,1			
13,6	23,2	4: 8	94,3	98,8	103,3	112,3	116,7			
13,7	23,4	4: 9	94,7	99,3	103,8	112,8	117,4			
13,8	23,7	4: 10	95,2	99,7	104,3	113,4	118,0			
14,0	23,9	4: 11	95,6	100,2	104,8	114,0	118,6			

TALLA para EDAD
Valores de talla correspondientes a la edad del niño menor de 2 años (medido echado) y valores de estatura del niño de 2 a 4 años (medido de pie)

PESO para TALLA
Valores de peso según longitud o estatura y la respectiva DE
Fuente: OMS 2006

TALLA (cm)	PESO PARA TALLA						
	PESO (kg)						
	Desnutrición Severa	Desnutrición	N O R M A L			Sobrepeso	Obesidad
	< - 3DE	≥ -3DE	≥ -2DE	-1DE	1DE	≤ 2DE	≤ 3DE
45	1,9	2,0	2,2	2,7	3,0	3,3	
46	2,0	2,2	2,4	2,9	3,1	3,5	
47	2,1	2,3	2,5	3,0	3,3	3,7	
48	2,3	2,5	2,7	3,2	3,6	3,9	
49	2,4	2,6	2,9	3,4	3,8	4,2	
50	2,6	2,8	3,0	3,6	4,0	4,4	
51	2,7	3,0	3,2	3,9	4,2	4,7	
52	2,9	3,2	3,5	4,1	4,5	5,0	
53	3,1	3,4	3,7	4,4	4,8	5,3	
54	3,3	3,6	3,9	4,7	5,1	5,6	
55	3,6	3,8	4,2	5,0	5,4	6,0	
56	3,8	4,1	4,4	5,3	5,8	6,3	
57	4,0	4,3	4,7	5,6	6,1	6,7	
58	4,3	4,6	5,0	5,9	6,4	7,1	
59	4,5	4,8	5,3	6,2	6,8	7,4	
60	4,7	5,1	5,5	6,5	7,1	7,8	
61	4,9	5,3	5,8	6,8	7,4	8,1	
62	5,1	5,6	6,0	7,1	7,7	8,5	
63	5,3	5,8	6,2	7,4	8,0	8,8	
64	5,5	6,0	6,5	7,6	8,3	9,1	
65	5,7	6,2	6,7	7,9	8,6	9,4	
66	5,9	6,4	6,9	8,2	8,9	9,7	
67	6,1	6,6	7,1	8,4	9,2	10,0	
68	6,3	6,8	7,3	8,7	9,4	10,3	
69	6,5	7,0	7,6	8,9	9,7	10,6	
70	6,6	7,2	7,8	9,2	10,0	10,9	
71	6,8	7,4	8,0	9,4	10,2	11,2	
72	7,0	7,6	8,2	9,6	10,5	11,5	
73	7,2	7,7	8,4	9,9	10,8	11,8	
74	7,3	7,9	8,6	10,1	11,0	12,1	
75	7,5	8,1	8,8	10,3	11,3	12,3	
76	7,6	8,3	8,9	10,6	11,5	12,6	
77	7,8	8,4	9,1	10,8	11,7	12,8	
78	7,9	8,6	9,3	11,0	12,0	13,1	
79	8,1	8,7	9,5	11,2	12,2	13,3	
80	8,2	8,9	9,6	11,4	12,4	13,6	
81	8,4	9,1	9,8	11,6	12,6	13,8	
82	8,5	9,2	10,0	11,8	12,8	14,0	
83	8,7	9,4	10,2	12,0	13,1	14,3	
84	8,9	9,6	10,4	12,2	13,3	14,6	
85	9,1	9,8	10,6	12,5	13,6	14,9	
86	9,3	10,0	10,8	12,8	13,9	15,2	
87	9,5	10,2	11,1	13,0	14,2	15,5	
88	9,7	10,5	11,3	13,3	14,5	15,8	
89	9,9	10,7	11,5	13,5	14,7	16,1	
90	10,1	10,9	11,8	13,8	15,0	16,4	
	Estatura (medido de pie)						
80	8,3	9,0	9,7	11,5	12,6	13,7	
81	8,5	9,2	9,9	11,7	12,8	14,0	
82	8,7	9,3	10,1	11,9	13,0	14,2	
83	8,8	9,5	10,3	12,2	13,3	14,5	
84	9,0	9,7	10,5	12,4	13,5	14,8	
85	9,2	10,0	10,8	12,7	13,8	15,1	
86	9,4	10,2	11,0	12,9	14,1	15,4	
87	9,6	10,4	11,2	13,2	14,4	15,7	
88	9,8	10,6	11,5	13,5	14,7	16,0	
89	10,0	10,8	11,7	13,7	14,9	16,3	
90	10,2	11,0	11,9	14,0	15,2	16,6	
91	10,4	11,2	12,1	14,2	15,5	16,9	
92	10,6	11,4	12,3	14,5	15,8	17,2	
93	10,8	11,6	12,6	14,7	16,0	17,5	
94	11,0	11,8	12,8	15,0	16,3	17,8	
95	11,1	12,0	13,0	15,3	16,6	18,1	
96	11,3	12,2	13,2	15,5	16,9	18,4	
97	11,5	12,4	13,4	15,8	17,2	18,8	
98	11,7	12,6	13,7	16,1	17,5	19,1	
99	11,9	12,9	13,9	16,4	17,9	19,5	
100	12,1	13,1	14,2	16,7	18,2	19,9	
101	12,3	13,3	14,4	17,0	18,5	20,3	
102	12,5	13,6	14,7	17,3	18,9	20,7	
103	12,8	13,8	14,9	17,7	19,3	21,1	
104	13,0	14,0	15,2	18,0	19,7	21,6	
105	13,2	14,3	15,5	18,4	20,1	22,0	
106	13,4	14,5	15,8	18,7	20,5	22,5	
107	13,7	14,8	16,1	19,1	20,9	22,9	
108	13,9	15,1	16,4	19,5	21,3	23,4	
109	14,1	15,3	16,7	19,8	21,8	23,9	
110	14,4	15,6	17,0	20,2	22,2	24,4	
111	14,6	15,9	17,3	20,7	22,7	25,0	
112	14,9	16,2	17,6	21,1	23,1	25,5	
113	15,2	16,5	18,0	21,5	23,6	26,0	
114	15,4	16,8	18,3	21,9	24,1	26,6	
115	15,7	17,1	18,6	22,4	24,6	27,2	
116	16,0	17,4	19,0	22,8	25,1	27,8	
117	16,2	17,7	19,3	23,3	25,6	28,3	
118	16,5	18,0	19,7	23,7	26,1	28,9	
119	16,8	18,3	20,0	24,1	26,6	29,5	
120	17,1	18,6	20,4	24,6	27,2	30,1	

Fuente: OMS 2006

TABLA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICA NIÑAS < 5 años



PESO PARA EDAD

TALLA PARA EDAD

PESO (kg)			EDAD (Años y meses)	TALLA (cm) (longitud /estatura)						
Desnutrición	NORMAL	Sobrepeso		Baja Severa	Baja	NORMAL	Alta			
< -2DE	≥ -2DE ≤ 2DE	> 2DE		< -3DE	≥ -3DE	≥ -2DE	-1DE	1DE	≤ 2DE	> 2DE

PESO PARA LA EDAD

INSTRUCCIONES:

- Ubique en la columna de la Edad, la edad de la niña.
- Compare el peso de la niña con los valores que aparecen en el recuadro adjunto y clasificar:

Peso:	Clasificación
< al peso correspondiente a - 2DE	Desnutrido
Está entre los valores de peso de -2 DE y 2 DE	Normal
> al peso correspondiente a 2DE	Sobrepeso*

* Puede evaluarse mejor con peso para talla.

TALLA PARA LA EDAD

INSTRUCCIONES:

- Ubique en la columna de la Edad, la edad de la niña.
- Compare la longitud o talla de la niña con los valores que aparecen en el recuadro adjunto y clasificar:

Longitud o Talla:	Clasificación
< a la talla correspondiente a -3 DE	Talla baja severa
≥ a la talla correspondiente a -2 DE	Talla baja
Está entre los valores de talla de -2 DE y 2 DE	Normal
> a la talla correspondiente a 2 DE	Talla alta

DE : Desviación Estandar < : menor > : mayor ≥ : mayor o igual
Fuente: OMS 2006

SIGNOS DE ALERTA:

- Talla cruza los valores límites de su columna de crecimiento, hacia talla baja.
- Talla entre ≥ -2DE y < -1DE



Ministerio de Salud
Personas que atendemos Personas

Centro Nacional de
Alimentación y Nutrición



Instituto Nacional de Salud

TABLA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICA NIÑAS < 5 años



PESO PARA TALLA

TALLA (cm)	PESO (kg)						
	Desnutrición Severa	Desnutrición	N O R M A L			Sobrepeso	Obesidad
	< -3DE	≥ -3DE	≥ -2DE	-1DE	1DE ≤ 2DE	≤ 3DE	> 3DE

PESO PARA TALLA

INSTRUCCIONES:

- Ubique en la columna de la Talla, la talla de la niña.
- Compare el peso de la niña con los valores que aparecen en el recuadro adjunto y clasificar:

Peso:	Clasificación
< al peso correspondiente a -3 DE	Desnutrido severo
≥ al peso correspondiente a -3 DE	Desnutrido
Está entre los valores de peso de -2 DE y 2 DE	Normal
≤ al peso correspondiente a 3 DE	Sobrepeso
> al peso correspondiente a 3 DE	Obesidad

DE : Desviación Estandar

< : Menor > : mayor ≥ : mayor o igual ≤ : menor o igual

Fuente: OMS 2006

SIGNOS DE ALERTA:

- Peso cruza los valores límites de su columna de crecimiento, hacia obesidad o hacia desnutrición.
- Peso ≥ -2DE y < -1DE
- Peso >1DE y ≤ 2DE

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2007-11765

© Ministerio de Salud
Av. Salaverry cuadra 8 s/n. Jesús María. Lima, Perú.

© Instituto Nacional de Salud
Capac Yupanqui 1400, Jesús María. Lima, Perú
Telf. 0051-1-471-9920 Fax 0051-1-471-0179
Página Web: www.ins.gob.pe

Centro Nacional de Alimentación y Nutrición
Área de Normas Técnicas
Jr. Tizón y Bueno 276 Jesús María.
Teléfono 0051- 1- 460-0316.Fax 0051-1-4639617
Lima, Perú. 2007. 1° Edición

Elaboración. Lic. Mariela Contreras Rojas

PESO PARA EDAD				TALLA PARA EDAD								
Desnutrición	NORMAL		Sobrepeso	EDAD (Años y meses)	TALLA (cm) (longitud /estatura)							
	<-2DE	≥-2DE			≤ 2DE	> 2DE	Baja Severa	Baja	N O R M A L			Alta
					<- 3DE	≥-3DE	≥-2DE	-1DE	1DE	≤ 2DE	> 2DE	
Longitud (medido echado)												
2,4	4,2			0: 0	43,6	45,4	47,3	51,0	52,9			
3,2	5,5			0: 1	47,8	49,8	51,7	55,6	57,6			
3,9	6,6			0: 2	51,0	53,0	55,0	59,1	61,1			
4,5	7,5			0: 3	53,5	55,6	57,7	61,9	64,0			
5,0	8,2			0: 4	55,6	57,8	59,9	64,3	66,4			
5,4	8,8			0: 5	57,4	59,6	61,8	66,2	68,5			
5,7	9,3			0: 6	58,9	61,2	63,5	68,0	70,3			
6,0	9,8			0: 7	60,3	62,7	65,0	69,6	71,9			
6,3	10,2			0: 8	61,7	64,0	66,4	71,1	73,5			
6,5	10,5			0: 9	62,9	65,3	67,7	72,6	75,0			
6,7	10,9			0: 10	64,1	66,5	69,0	73,9	76,4			
6,9	11,2			0: 11	65,2	67,7	70,3	75,3	77,8			
7,0	11,5			1: 0	66,3	68,9	71,4	76,6	79,2			
7,2	11,8			1: 1	67,3	70,0	72,6	77,8	80,5			
7,4	12,1			1: 2	68,3	71,0	73,7	79,1	81,7			
7,6	12,4			1: 3	69,3	72,0	74,8	80,2	83,0			
7,7	12,6			1: 4	70,2	73,0	75,8	81,4	84,2			
7,9	12,9			1: 5	71,1	74,0	76,8	82,5	85,4			
8,1	13,2			1: 6	72,0	74,9	77,8	83,6	86,5			
8,2	13,5			1: 7	72,8	75,8	78,8	84,7	87,6			
8,4	13,7			1: 8	73,7	76,7	79,7	85,7	88,7			
8,6	14,0			1: 9	74,5	77,5	80,6	86,7	89,8			
8,7	14,3			1: 10	75,2	78,4	81,5	87,7	90,8			
8,9	14,6			1: 11	76,0	79,2	82,3	88,7	91,9			
Estatura (medido de pie)												
9,0	14,8			2: 0	76,0	79,3	82,5	88,9	92,2			
9,2	15,1			2: 1	76,8	80,0	83,3	89,9	93,1			
9,4	15,4			2: 2	77,5	80,8	84,1	90,8	94,1			
9,5	15,7			2: 3	78,1	81,5	84,9	91,7	95,0			
9,7	16,0			2: 4	78,8	82,2	85,7	92,5	96,0			
9,8	16,2			2: 5	79,5	82,9	86,4	93,4	96,9			
10,0	16,5			2: 6	80,1	83,6	87,1	94,2	97,7			
10,1	16,8			2: 7	80,7	84,3	87,9	95,0	98,6			
10,3	17,1			2: 8	81,3	84,9	88,6	95,8	99,4			
10,4	17,3			2: 9	81,9	85,6	89,3	96,6	100,3			
10,5	17,6			2: 10	82,5	86,2	89,9	97,4	101,1			
10,7	17,9			2: 11	83,1	86,8	90,6	98,1	101,9			
10,8	18,1			3: 0	83,6	87,4	91,2	98,9	102,7			
10,9	18,4			3: 1	84,2	88,0	91,9	99,6	103,4			
11,1	18,7			3: 2	84,7	88,6	92,5	100,3	104,2			
11,2	19,0			3: 3	85,3	89,2	93,1	101,0	105,0			
11,3	19,2			3: 4	85,8	89,8	93,8	101,7	105,7			
11,5	19,5			3: 5	86,3	90,4	94,4	102,4	106,4			
11,6	19,8			3: 6	86,8	90,9	95,0	103,1	107,2			
11,7	20,1			3: 7	87,4	91,5	95,6	103,8	107,9			
11,8	20,4			3: 8	87,9	92,0	96,2	104,5	108,6			
12,0	20,7			3: 9	88,4	92,5	96,7	105,1	109,3			
12,1	20,9			3: 10	88,9	93,1	97,3	105,8	110,0			
12,2	21,2			3: 11	89,3	93,6	97,9	106,4	110,7			
12,3	21,5			4: 0	89,8	94,1	98,4	107,0	111,3			
12,4	21,8			4: 1	90,3	94,6	99,0	107,7	112,0			
12,6	22,1			4: 2	90,7	95,1	99,5	108,3	112,7			
12,7	22,4			4: 3	91,2	95,6	100,1	108,9	113,3			
12,8	22,6			4: 4	91,7	96,1	100,6	109,5	114,0			
12,9	22,9			4: 5	92,1	96,6	101,1	110,1	114,6			
13,0	23,2			4: 6	92,6	97,1	101,6	110,7	115,2			
13,2	23,5			4: 7	93,0	97,6	102,2	111,3	115,9			
13,3	23,8			4: 8	93,4	98,1	102,7	111,9	116,5			
13,4	24,1			4: 9	93,9	98,5	103,2	112,5	117,1			
13,5	24,4			4: 10	94,3	99,0	103,7	113,0	117,7			
13,6	24,6			4: 11	94,7	99,5	104,2	113,6	118,3			

Elaboración: Lic. Mariela Contreras Rojas. Área de Normas Técnicas. CENAN -www.ins.gob.pe- Jr. Tizón y Bueno 276. Jesús María. Teléfono 0051-1- 4600316. 5ª Edición 2007

TALLA para EDAD
Valores de talla correspondientes a la edad de la niña menor de 2 años (medido echado) y valores de estatura de la niña de 2 a 4 años (medido de pie)

PESO para TALLA
Valores de peso según longitud o estatura y la respectiva DE
Fuente: OMS 2006

TALLA (cm)	PESO PARA TALLA							
	PESO (kg)							
	Desnutrición Severa	Desnutrición	N O R M A L				Sobrepeso	Obesidad
	< - 3DE	≥ -3DE	≥ -2DE	-1DE	1DE	≤ 2DE	≤ 3DE	> 3DE
45	1,9	2,1	2,3	2,7	3,0	3,3		
46	2,0	2,2	2,4	2,9	3,2	3,5		
47	2,2	2,4	2,6	3,1	3,4	3,7		
48	2,3	2,5	2,7	3,3	3,6	4,0		
49	2,4	2,6	2,9	3,5	3,8	4,2		
50	2,6	2,8	3,1	3,7	4,0	4,5		
51	2,8	3,0	3,3	3,9	4,3	4,8		
52	2,9	3,2	3,5	4,2	4,6	5,1		
53	3,1	3,4	3,7	4,4	4,9	5,4		
54	3,3	3,6	3,9	4,7	5,2	5,7		
55	3,5	3,8	4,2	5,0	5,5	6,1		
56	3,7	4,0	4,4	5,3	5,8	6,4		
57	3,9	4,3	4,6	5,6	6,1	6,8		
58	4,1	4,5	4,9	5,9	6,5	7,1		
59	4,3	4,7	5,1	6,2	6,8	7,5		
60	4,5	4,9	5,4	6,4	7,1	7,8		
61	4,7	5,1	5,6	6,7	7,4	8,2		
62	4,9	5,3	5,8	7,0	7,7	8,5		
63	5,1	5,5	6,0	7,3	8,0	8,8		
64	5,3	5,7	6,3	7,5	8,3	9,1		
65	5,5	5,9	6,5	7,8	8,6	9,5		
66	5,6	6,1	6,7	8,0	8,8	9,8		
67	5,8	6,3	6,9	8,3	9,1	10,0		
68	6,0	6,5	7,1	8,5	9,4	10,3		
69	6,1	6,7	7,3	8,7	9,6	10,6		
70	6,3	6,9	7,5	9,0	9,9	10,9		
71	6,5	7,0	7,7	9,2	10,1	11,1		
72	6,6	7,2	7,8	9,4	10,3	11,4		
73	6,8	7,4	8,0	9,6	10,6	11,7		
74	6,9	7,5	8,2	9,8	10,8	11,9		
75	7,1	7,7	8,4	10,0	11,0	12,2		
76	7,2	7,8	8,5	10,2	11,2	12,4		
77	7,4	8,0	8,7	10,4	11,5	12,6		
78	7,5	8,2	8,9	10,6	11,7	12,9		
79	7,7	8,3	9,1	10,8	11,9	13,1		
80	7,8	8,5	9,2	11,0	12,1	13,4		
81	8,0	8,7	9,4	11,3	12,4	13,7		
82	8,1	8,8	9,6	11,5	12,6	13,9		
83	8,3	9,0	9,8	11,8	12,9	14,2		
84	8,5	9,2	10,1	12,0	13,2	14,5		
85	8,7	9,4	10,3	12,3	13,5	14,9		
86	8,9	9,7	10,5	12,6	13,8	15,2		
87	9,1	9,9	10,7	12,8	14,1	15,5		
88	9,3	10,1	11,0	13,1	14,4	15,9		
89	9,5	10,3	11,2	13,4	14,7	16,2		
90	9,7	10,5	11,4	13,7	15,0	16,5		
Estatura (medido de pie)								
80	7,9	8,6	9,4	11,2	12,3	13,6		
81	8,1	8,8	9,6	11,4	12,6	13,9		
82	8,3	9,0	9,8	11,7	12,8	14,1		
83	8,5	9,2	10,0	11,9	13,1	14,5		
84	8,6	9,4	10,2	12,2	13,4	14,8		
85	8,8	9,6	10,4	12,5	13,7	15,1		
86	9,0	9,8	10,7	12,7	14,0	15,4		
87	9,2	10,0	10,9	13,0	14,3	15,8		
88	9,4	10,2	11,1	13,3	14,6	16,1		
89	9,6	10,4	11,4	13,6	14,9	16,4		
90	9,8	10,6	11,6	13,8	15,2	16,8		
91	10,0	10,9	11,8	14,1	15,5	17,1		
92	10,2	11,1	12,0	14,4	15,8	17,4		
93	10,4	11,3	12,3	14,7	16,1	17,8		
94	10,6	11,5	12,5	14,9	16,4	18,1		
95	10,8	11,7	12,7	15,2	16,7	18,5		
96	10,9	11,9	12,9	15,5	17,0	18,8		
97	11,1	12,1	13,2	15,8	17,4	19,2		
98	11,3	12,3	13,4	16,1	17,7	19,5		
99	11,5	12,5	13,7	16,4	18,0	19,9		
100	11,7	12,8	13,9	16,7	18,4	20,3		
101	12,0	13,0	14,2	17,0	18,7	20,7		
102	12,2	13,3	14,5	17,4	19,1	21,1		
103	12,4	13,5	14,7	17,7	19,5	21,6		
104	12,6	13,8	15,0	18,1	19,9	22,0		
105	12,9	14,0	15,3	18,4	20,3	22,5		
106	13,1	14,3	15,6	18,8	20,8	23,0		
107	13,4	14,6	15,9	19,2	21,2	23,5		
108	13,7	14,9	16,3	19,6	21,7	24,0		
109	13,9	15,2	16,6	20,0	22,1	24,5		
110	14,2	15,5	17,0	20,5	22,6	25,1		
111	14,5	15,8	17,3	20,9	23,1	25,7		
112	14,8	16,2	17,7	21,4	23,6	26,2		
113	15,1	16,5	18,0	21,8	24,2	26,8		
114	15,4	16,8	18,4	22,3	24,7	27,4		
115	15,7	17,2	18,8	22,8	25,2	28,1		
116	16,0	17,5	19,2	23,3	25,8	28,7		
117	16,3	17,8	19,6	23,8	26,3	29,3		
118	16,6	18,2	19,9	24,2	26,9	29,9		
119	16,9	18,5	20,3	24,7	27,4	30,6		
120	17,3	18,9	20,7	25,2	28,0	31,2		

Fuente: OMS 2006