



ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUÍS TEZZA
AFILIADA A LA UNIVERSIDAD RICARDO PALMA



**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A
DESNUTRICIÓN EN NIÑOS DE DOS A CINCO AÑOS
DE EDAD PUESTO DE SALUD TÚPAC AMARU
ATE VITARTE**

Tesis para optar el Título profesional de
Licenciada de Enfermería

Sor Faustina Ruiz Collazos

LIMA – PERÚ

2014

FAUSTINA RUIZ COLLAZOS

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A
DESNUTRICIÓN EN NIÑOS DE DOS AÑOS A CINCO
AÑOS DE EDAD PUESTO DE SALUD TÚPAC AMARU
ATE VITARTE**

Asesora: Lic. Nancy Bayona Linares

LIMA - PERÚ

2014

A la Madre Pietrina Bruni que en vida fue y las hermanas de mi Congregación Misioneras de San Sixto y Santa Rosa de Lima Patrona de mi vocación de enfermera. A mis familiares por su apoyo incondicional.

INDICE

RESUMEN	VI
SUMMARY	VIII
INTRODUCCIÓN	IX
CAPÍTULO 1: PROBLEMA	14
1.1. Planteamiento del problema	14
1.2. Formulación del problema	4
1.3. Objetivos	4
1.3.1. Objetivo general	4
1.3.2. Objetivos específicos	5
1.4. Justificación	5
1.5. Limitaciones del estudio	7
CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO REFERENCIAL	8
2.1. Antecedentes internacionales	8
2.2. Antecedentes nacionales	16
2.3. Base teórica	17
2.4. Definición de términos	47
2.5. Hipótesis	48
2.5.1. Hipótesis general	48
2.5.2. Hipótesis específicas	48
2.6. Variables	49
2.7. Operacionalización de variables (ver anexo 1)	49
CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA	50
3.1. Enfoque de la investigación	50
3.2. Tipo de investigación	50
3.3. Diseño de la investigación	50
3.4. Lugar de ejecución de la investigación	51
3.5. Población, muestra, selección y unidad de análisis	52
3.6. Criterios de inclusión y exclusión	53
3.7. Instrumento y técnicas de recolección	53
3.8. Procedimientos de recolección de datos	54
3.9. Análisis de datos	54
3.10. Aspectos éticos	55
CAPÍTULO 4: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	56
4.1. Resultados	57
4.2. Discusión	63
CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	72
5.1. CONCLUSIONES	72
5.2. RECOMENDACIONES	73
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74
A N E X O S	81

RESUMEN

Introducción: A nivel mundial, la desnutrición contribuye a un tercio de las defunciones de niños y niñas de cinco años. Nuestro país no es ajeno a este problema. Según las estadísticas revelan un mayor índice de desnutrición. La edad, grado de instrucción, estado civil, ingreso familiar de las madres, entre otros, de alguna manera se asocian a la desnutrición de los niños de dos a cinco años, que afecta la capacidad intelectual cognitiva, disminuye el aprendizaje de habilidades para la vida. **Objetivo:** Determinar los factores sociodemográficos asociados a desnutrición en niños de dos a cinco años de edad, Puesto de Salud Túpac Amaru - Ate Vitarte. **Metodología:** Estudio es de enfoque cuantitativo, diseño descriptivo correlacional y corte transversal. Se desarrolló en el Puesto de salud del AA.HH Túpac Amaru - Ate Vitarte. Tipo de muestreo fue probabilístico, la muestra fue de 100 madres y 100 niños/as. Las técnicas que se utilizaron fueron la encuesta y la observación; los instrumentos fueron un cuestionario y una ficha de observación; se tuvo en cuenta los principios éticos, de beneficencia, de no maleficencia, de autonomía y de justicia. Para el análisis de datos se utilizó el programa Excel 2010 y el SPSS versión 20.0, se presentan los resultados en cuadros y gráficos. **Resultados:** Las madres de familia tenían actividades ocupacionales no remuneradas el 63%, ingreso familiar fue inadecuado el 92%, vivienda inadecuada el 93%, tenían entre 25-29 años el 37%, de 1 a 2 hijos, el 62%, eran convivientes 71% y proceden de la sierra 64%. La calidad de alimentación que reciben los niños de 2 a 5 años fue inadecuada 55% y adecuada 45%. **Conclusiones:** De los factores sociodemográficos predominantes fue el factor económico, ingreso familiar reducido y vivienda inadecuada. Los niños de 2 a 5 años tenían estado nutricional normal.

Palabras clave: Factores sociodemográficos, madres, estado nutricional, preescolar, indicadores antropométricos.

SUMMARY

Introduction: Globally, malnutrition contributes to a third of all deaths of children five years. Our country is not immune to this problem. According to statistics reveal a higher rate of malnutrition. Age, level of education, marital status, family income mothers, among others, in some way associated with malnutrition in children two to five years, affecting intellectual and cognitive ability, reduces learning skills life. **Objective:** To determine the sociodemographic factors associated with malnutrition in children two to five years old, Health Care Tupac Amaru - Ate. **Methodology:** quantitative approach is correlational and cross-sectional design. It was developed in the health Since Tupac Amaru AA.HH-Ate Vitarte. Sampling was probabilistic, the sample was 100 mothers and 100 children / as. The techniques used were the survey and observation; instruments were a questionnaire and observation sheet; took into account the ethical principles of beneficence, non-maleficence, autonomy and justice. For data analysis and the Excel 2010 program SPSS version 20.0 was used, the results were presented in tables and graphs. **Results:** Of the sociodemographic factors was predominant economic factor, reduced family income and inadequate housing. Children 2-5 years had normal nutritional status.

Keywords: sociodemographic factors, mothers, nutritional status, preschool, anthropometric indicators.

INTRODUCCIÓN

La investigación se encuentra en la tercera línea de investigación planteada por la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza afiliada a la Universidad Ricardo Palma, en lo que respecta a la Promoción y Desarrollo de la salud del Niño y del Adolescente en el ítem (c) referido a los trastornos nutricionales y/o emocionales del niño y adolescente. Esta línea de investigación pretende profundizar estudios relacionados con la salud en niños, por el impacto que puede representar ese conocimiento para la intervención precoz en el ambiente de la atención primaria de salud: especialmente en las áreas urbano – marginales donde existe carencia de servicios básicos.

La desnutrición es una problemática condicionada por diferentes factores como la pobreza extrema, la seguridad alimentaria y el déficit de micronutrientes. Otras causas de la desnutrición es la falta de educación y de información, por lo tanto si no hay estrategias en materia de la información, ni programas de educación accesibles, es imposible que se logre el nivel de conciencia, las aptitudes y las prácticas para combatir la desnutrición.

Es un estudio de enfoque cuantitativo, diseño descriptivo correlacional y corte transversal. La tesis consta de cinco capítulos los cuales se mencionaran a continuación:

En el primer capítulo abarca el problema, la cual consta del planteamiento del problema, formulación, objetivos, justificación y limitación.

El segundo capítulo se presenta el marco teórico, que cuenta con antecedentes internacionales, nacionales, base teórica, definición de términos, hipótesis, variables y operacionalización de variables.

El tercer capítulo se encuentra la metodología, en la que se incluye el enfoque de la investigación, tipo de investigación, diseño, lugar de ejecución del proyecto, universo de estudio, selección y tamaño de la muestra, unidad de análisis, criterios de inclusión y exclusión, técnicas e instrumentos de recolección de datos, procedimiento de recolección de datos, análisis de datos aspectos éticos.

En el cuarto capítulo, se da a conocer los resultados y discusión en comparación con otros estudios internacionales y nacionales.

En el quinto capítulo, se encuentran las conclusiones y recomendaciones.

Finalmente las referencias bibliográficas y los anexos respectivos donde se adjuntan las tablas, instrumentos a utilizar, operacionalización de variables y cartas del comité de ética de la DISA IV Lima Este.

CAPÍTULO 1: PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

A nivel mundial, la desnutrición es responsable de más de un tercio de las defunciones de niños y niñas menores de cinco años. Principalmente en los países de bajos ingresos, como producto de la pobreza que se caracteriza por la baja condición social de la familia, la precariedad de la vivienda, las condiciones ambientales inadecuadas, el limitado acceso a los alimentos, al agua salubre y a la atención de la salud.¹

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) refiere que cerca de 200 millones de niños menores de cinco años sufren desnutrición crónica: un 90% vive en Asia y África con tasas de 40% en Asia y 36% en África. Incluyéndose: Bangladesh, China, Filipinas, India, Indonesia y Pakistán, debido en parte a la elevada población que registran. La desnutrición es un problema que preocupa a estos organismos y porque afecta la capacidad intelectual y cognitiva del niño, disminuye su rendimiento escolar y el aprendizaje de habilidades para la vida.²

Los miembros de la Asociación de Estados del Caribe (AEC), integrados por veinticinco países del Caribe, Centroamérica y Sudamérica han analizado el problema del hambre, la desnutrición y describieron las características de la pobreza extrema, la seguridad alimentaria, la desnutrición, el déficit de micronutrientes, grupos vulnerables, los efectos económicos en la desnutrición, con una mirada prospectiva a lograr los objetivos de desarrollo del Milenio.³

Entre los países de la Asociación de Estados del Caribe (AEC) que presentan mayores niveles de pobreza extrema son Haití, Guatemala, Nicaragua y Honduras, entre 1996 -2012, la desnutrición global afectó a 10% y 24% de los niños y niñas menores de cinco años. En cuanto a la desnutrición crónica (baja talla para la edad), Guatemala es el país que presenta un alto índice de prevalencia.³

Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) 2010, el Perú es el país de América del Sur con mayor tasa de desnutrición crónica entre los niños de cero a cinco años.⁴

En el País desde el año 2008 se implementó el Programa Articulado Nutricional (PAN), tiene como objetivo la disminución de la prevalencia de desnutrición crónica infantil en menores de cinco años.⁵

En los niños de corta edad, la desnutrición disminuye la motivación, la curiosidad, reduce el nivel de juego, limitan el desarrollo mental y cognitivo. En el caso de las mujeres embarazadas la desnutrición se da por la carencia de yodo, en los hijos pueden ocasionarles diversos grados de retraso mental.⁶

En los últimos años la desnutrición crónica infantil, va disminuyendo progresivamente. Según el Patrón de Referencia del Centro de Estadística Sanitarias (NCHS). En el año 2011 se había reducido 3,7 puntos porcentuales, al pasar de 23,2% en 2010 a 19,5% en 2011, pero en el año 2012 se redujo 1,4 puntos, a 18,1%.⁶

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), 2013, a nivel nacional, reportó que la desnutrición crónica afectó al 17,5% de niñas y niños menores de cinco años de edad, esta situación reflejaría una tendencia decreciente al observar en el año 2009 (23,8%) por sexo, la desnutrición crónica presentó una diferencia de 2,0 puntos porcentuales, 18,5% en niños y 16,5% en niñas.⁶

A nivel departamental, se observó que el 42,4% de las niñas y niños de Huancavelica y el 35,6% de Cajamarca fueron afectados con desnutrición crónica; en tanto, que los departamentos con proporciones eran Tacna 2,9%, Moquegua 4,1% y Lima 5,1% .⁶

Según proyecciones del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) para el año 2014, en el Perú habían cerca de 3 millones y medio de niños menores de cinco años, representada el 11,2 % de la población total del país.⁷ Por lo tanto, a pesar de los últimos progresos, la desnutrición crónica infantil continúa siendo un problema nacional.

En el Puesto de Salud, se observó que algunas madres con sus niños de dos a cinco años los que estaban muy adelgazados para su edad, presentaban cabello delgado, quebradizo algunos con temblores o rigidez muscular,

abdomen globuloso, la mayoría de las madres tenían nivel de instrucción primaria. Tanto ellas como sus parejas trabajaban en forma eventualmente recibían menos, del sueldo mínimo vital, refieren tener servicios básicos de agua comunitaria por pilones, luz improvisada, algunas calles estaban asfaltadas con veredas.

El motivo a elegir este tema, surgió al observar que en nuestro país, la desnutrición continua siendo un problema significativo sobre todo la desnutrición crónica infantil, particularmente en poblaciones pobres e indígenas que habitan en las zonas rurales más aisladas o en la periferia urbana, en donde las condiciones socioeconómicas de la mayoría son desfavorables; por lo expuesto se formula la siguientes preguntas de investigación. ¿Qué factores sociodemográficos predominan en las madres? ¿Qué tipo de desnutrición presentan los niños de dos a cinco años de edad?

1.2. Formulación del problema

El problema a investigar es el siguiente:

¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados a la desnutrición en niños de dos a cinco años de edad.

Puesto de Salud Túpac Amaru - Ate Vitarte 2014?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

- Determinar los factores sociodemográficos asociados a desnutrición en niños de dos a cinco años de edad, Puesto de salud Túpac Amaru - Ate Vitarte 2014.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar los factores sociales, de acuerdo al ingreso familiar, ocupación, vivienda, número de habitaciones, acceso a agua potable y electricidad, acceso de seguro de salud asociados al estado nutricional de niños de 2 a 5 años.
- Identificar los factores demográficos según edad, lugar de procedencia, estado civil y número de hijos asociados al estado nutricional.
- Evaluar el estado nutricional de los niños de dos cinco años de edad mediante los indicadores antropométricos y características de la piel.
- Identificar la calidad de la alimentación que recibe el niño de dos cinco años de edad y su asociación al estado nutricional.

1.4. Justificación

Desde los comienzos de la historia, el mundo ha sufrido escasez de alimentos debido a pestes, sequías, catástrofes naturales guerras que provocaron innumerables muertes por desnutrición.

Desde entonces fueron muchos los que investigaron y colaboraron en los múltiples aspectos de esta enfermedad, a tal punto que el conocimiento actual es muy amplio. Con el paso de los años han disminuido sus formas graves y mortales pero aumentó la prevalencia de niños con peso y talla por debajo de los estándares de referencia, así como las deficiencias ocultas de micronutrientes. A pesar de los avances científicos, tecnológicos y sociales resulta doloroso y lamentable tener que afirmar que hay millones de personas desnutridas en el mundo.

En el Perú, uno de los principales problemas que afrontan los niños menores de dos a cinco años es la desnutrición infantil, porque afecta el desarrollo normal de la primera infancia.

Si no se interviene dentro de los dos primeros años de vida del niño, la desnutrición infantil será irreversible; sus efectos lo acompañaran durante toda su vida y producirá efectos en el desarrollo social, económico del País. Además la enfermera está encargada de ampliar y mejorar la consejería en la alimentación de los niños en crecimiento y desarrollo.

Los que se beneficiaran del estudio serán los niños de 2 a 5 años de edad del Puesto de Salud del Asentamiento Humano Túpac Amaru, con sus respectivas madres porque se ayudara a mejorar el estado nutricional mediante promoción y prevención relacionado con la alimentación saludable, las madres podrán dar un cuidado de calidad y una buena alimentación a sus niños.

Los resultados se darán a conocer a las autoridades del Puesto de Salud y a la Escuela Padre Luis Tezza afiliada a la Universidad Ricardo Palma por medio de la Facultad de Ciencias de la Salud – Carrera de Enfermería para brindar un aporte con nuevas estrategias de intervención en la prevención y promoción de la salud de los niños, que son el futuro del país.

Así mismo se pretende motivar e incentivar a los estudiantes y profesionales de la salud a continuar realizando trabajos de investigación, de esta manera se contribuye a dar alternativas de solución y no sólo ser entes observadores, dado que en nuestro país, es un problema de salud pública, que se encuentra cada vez más en aumento a nivel sociodemográfico.

1.5. Limitaciones del estudio

Los hallazgos solo corresponden a la población de estudio, no serán generalizados a otras poblaciones.

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

2.1. Antecedentes internacionales

Reyes J, Gallegos J, en el 2012, estudiaron **La desnutrición Infantil: Población rural del programa oportunidades México**. Con el objetivo de evaluar el perfil nutricional y factores de riesgo de niños desnutridos menores de cinco años adscritos al programa Oportunidades en una localidad rural de San Luis Potosí, México, el estudio fue de tipo descriptivo transversal, en una muestra de 55 familias con hijos menores de cinco años con diagnóstico de desnutrición de primero y segundo grado, adscritas al núcleo básico del centro de salud en una localidad rural del municipio de Villa de Reyes, San Luis Potosí.

Los factores de riesgo los obtuvieron mediante una encuesta sociodemográficos, perinatales y de características alimentarias. Los resultados muestran que de las 35 familias con 47 niños seleccionadas aleatoriamente el 66% tenían un hijo desnutrido y el 34% 2 hijos desnutridos, de los cuales 47 niños ,20 eran de sexo femenino (42,5%) y 27 de sexo masculino (57,5%).

Se observó que la desnutrición inició en el primer año de vida en las niñas en el 80% y en los niños en el 62,9% de acuerdo a los casos por género. En los factores sociodemográficos, la vivienda es habitada el 60% por una familia, el 28,5% por dos familias, y el 11,5% de 3 ó más familias. El 74,2% cuentan con servicios intradomiciliarios de agua potable y el 82,9% no cuenta con drenaje, el 97,1% de las madres realizan labores en el hogar. Los ingresos se distribuyen en alimentación el 94,2% y el 2,9% para vestido y salud; el 57,2% de las madres tenían 15 a 19 años al momento de su nacimiento de su primer hijo.

Con respecto a la alimentación el 60% de los niños inicio su alimentación complementaria después de los 6 meses de edad. El tipo de alimentos consumidos durante el día son cereales como el maíz, tortillas, el trigo, pan y galletas industrializadas. Sólo un 4,2% consumen frutas y las verduras no consumen.

En conclusión la población estudiada posee características de marginación social, como su extracción rural y baja percepción salarial, familias con baja instrucción y sin concluir la primaria completa, con una posición ocupacional de jornaleros rurales, peones de campo, que laboran en actividades primarias y de construcción, las cuales son características asociadas a la pobreza y desnutrición.⁸

Asencio L, Muñoz K, en el 2012, investigaron **Influencia de los factores socioeconómicos y culturales en el estado nutricional de los preescolares según su alimentación en la guarderías “San Pablito” y “Mis primeros pasos” comuna San Pablo, Santa Elena 2011 -2012, La Libertad – Ecuador.**

El objetivo fue determinar los factores que influyen en el estado nutricional en niños preescolares según su alimentación guarderías “San Pablito” y “Mis primeros pasos” comuna San Pablo, Santa Elena 2011 -2012. La Libertad - Ecuador.

Se realizó un estudio de tipo descriptivo y de corte transversal. Según los análisis estadísticos demuestran que el 81% de preescolares presentada de 72 contestaron que llevaron una alimentación balanceada y el 7% con un número de 6 niños consumen carbohidratos y el 0% comida chatarra.

En la cantidad y calidad de alimentos en la semana se observan los porcentajes de los diferentes alimentos de cantidad adecuada e inadecuada de los alimentos; el 78% consumen verduras en su mayoría 1 a 2 porciones, el 23% consume carnes 2 a 4 veces por semana; el ingreso económico de las familias de los niños se observó que el 60% tenían menos del básico, el 34% sueldo básico y el 6% más del sueldo básico, las madres tenían grado de instrucción primaria el 75% el 23% nivel secundario y el 2% nivel superior.

La distribución de la población según el sexo y la edad el 57% fueron de sexo femenino, el 43% de sexo masculino y el grupo predominante entre los preescolares de 2 a 5 años fueron el grupo de 4 años el 41% seguido el grupo de 3 años el 34%, el grupo de 5 años el 17% y el grupo de 2 años el 8%. Según peso/edad se observaron el 3% con sobrepeso, el 9% con riesgo de sobrepeso el 77% con peso normal y el 11% con bajo peso. Según talla/edad se observó que el 50% tenía una talla normal y el 50% con baja estatura.

En conclusión el 50% recibe la cantidad y calidad adecuada y el otro 50% consumen en proporciones menores de acuerdo a su edad; según el factor económico las familias reciben menos del sueldo básico y solo el 65% de las familias reciben más del sueldo básico, con respecto a los indicadores antropométricos, el 77% niños/as con peso normal, el 12% niños/as con desnutrición o bajo peso, el 7% con riesgo de sobrepeso y el 4% con obesidad.⁹

Nieto B, Suarez M, en el 2010 investigaron **Factores asociados al estado de desnutrición leve subsecuente en los niños menores de 5 años en la clínica comunal Guadalupe - Apopa, San Salvador**, cuyo objetivo fue determinar los factores asociados al estado de desnutrición leve subsecuente

de los niños menores de 5 años que son tratados en la clínica comunal Guadalupe-Apopa (Instituto Salvadoreño del Seguro Social) de enero a junio de 2010.

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal en 24 niños entre 0-5 años de edad que fueron llevados a su control de niño sano en la clínica comunal Guadalupe-Apopa y eran tratados por desnutrición leve subsecuente, recibían tratamiento y no presentaban mejoría en su estado nutricional.

Los resultados fueron: La edad de los niños y niñas con desnutrición leve subsecuente estuvo centrada en los menores de 2 años (33.3%); y la mayoría pertenecen al sexo masculino (54%). El 42% de familias de niños y niñas con Desnutrición leve subsecuente tenían un hijo, el 38% dos hijos, 16% tres hijos y 4% más de 4 hijos. En relación a las condiciones de vida se encontró que eran deficitarias, con respecto al tipo de vivienda el 79% tenían vivienda mixta, 13% vivienda de adobe, el 8% vivienda de lámina, el 82% tenían de 1 a 2 habitaciones y la mayoría de familias tenían de 4 a 6 miembros; el 92% aseguró tener agua y electricidad, y el resto no contestó; el 87 % dijo tener solamente electricidad y el 13% dijo carecer de esta.

El 71% de la población aseguró tener un ambiente para comer, mientras que el 29% dijo que no poseía un lugar para comer. La mitad de las familias (50%) tenían un ingreso económico de \$200 a \$300, de lo cual se le asigna a la alimentación entre \$5 a \$200. De las 24 familias el 25% de niños prefirió frutas, el 38% vegetales, el 38% dijo darle al niño verduras. El 38% del total dijo incluir en su alimentación verduras y otro 38% incorporo algún tipo de grasa en la alimentación del niño, el 100% prefirió panes y cereales, evidenciándose con ello una alimentación basada fundamentalmente en el consumo de carbohidratos.

Al evaluar la frecuencia de alimentación de los niños/ñas un 29% se alimenta menos de cuatro veces, un 33% cuatro veces, el 21% partes iguales y el (8%) más de seis y ocho veces. El 46% de los niños recibieron leche materna complementaria, 42% recibieron lactancia materna exclusiva, y un 12% no recibió lactancia, según lo expresado por las personas entrevistadas; el 62% de las madres manifestaron que a los 6 meses edad dieron inicio a la alimentación de sus niños y niñas, un 13% a los 7 y 8 meses respectivamente, de igual manera un 8% expresó que le proporcionó alimentos al niño/a de 4 meses y el 4% a los 5 meses.

En conclusión, las condiciones de vida en que viven los niños y niñas con desnutrición leve subsecuente, son deficientes repercutiendo en la situación de Desnutrición Leve Subsecuente que presentan los niños y niñas.¹⁰

Garcés T. En el año 2009 realizó un estudio **Desnutrición crónica, incidencia en niños menores de cinco años atendidos en el hospital Alfredo Noboa Montenegro del Cantón Guaranda 2007-2008, Ecuador.**

Cuyo objetivo era determinar la incidencia de desnutrición crónica, en pacientes menores de cinco años atendidos en el hospital, el estudio es de tipo descriptivo y de secuencia transversal, donde se analizaron 147 historias clínicas con diagnóstico de desnutrición crónica en pacientes menores de cinco años, de las cuales se estudiaron 108 casos.

Los resultados muestran que el 51,9 % comprenden al sexo femenino y el 48,1% al sexo masculino, el mayor porcentaje se presentó en mujeres, y el grupo de edad de niños menores de doce meses fue el más afectado que corresponde al 40,7% siendo el más vulnerable y el grupo de edad menos afectado fue entre 25 -60 meses, dentro de los factores de riesgo los pacientes que viven en hacinamiento constituye un 63% y las personas que viven en condiciones económicas estables un 37%, se observó que hay un alto porcentaje de factores de riesgo de desnutrición crónica.

Las personas que poseen servicios básicos es un 34,3% y los que no poseen un 65,7% debido a la pobreza de la población y a la escasa dotación de servicios básicos de agua y alcantarillado por parte del gobierno.

En relación al nivel de instrucción de la madre de los pacientes menores de cinco años con desnutrición crónica presentan: ningún estudio el 27,8%, primaria un 41,7%, secundaria un 24,1%, superior un 6,5%.

En conclusión, los factores de riesgo que más inciden en la desnutrición crónica son: la falta de conocimientos sobre nutrición de los padres o encargados de su cuidado, el destete antes de los seis meses de edad, que se vuelven vulnerables a la desnutrición, viviendas en zona rural en condiciones de

pobreza y carencia de servicios médicos, nivel de instrucción de la madre; los servicios básicos.¹¹

León A, Terry Quintana I, en el año 2009, realizaron un estudio sobre el **Estado nutricional en niños menores de 5 años en un consultorio de Babahoyo (República de Ecuador)**. Es un estudio descriptivo de corte transversal, con el objetivo primordial fue de evaluar el estado nutricional de un grupo de niños menores de 5 años conformado por 140 niños de 5 años de edad que asistieron por atención médica al consultorio rural de Babahoyo en el periodo comprendido entre enero y diciembre del 2007, para evaluar el estado nutricional mediante los indicadores antropométricos de peso y talla.

Resultados, de los 140 niños menores de 5 años, el mayor porcentaje provenían de zona rural el 54,6%, el 77,1 % recibió lactancia materna, con respecto a la instrucción de la madre se observó que el 39,3 % tenían un nivel primario o analfabetas. En relación del peso para la talla se encontró que el 7,9% de los casos presentaron algún grado de desnutrición; peso para la edad mostró niveles de desnutrición un 5,7%. Según los análisis de los indicadores se mostraron un tercio de los niños estudiados eran subnutridos.¹²

Romero P, López M, Cortés A. En el año 2008, realizaron un estudio sobre **Desnutrición y desarrollo infantil: Evolución de factores de riesgo ambientales y de historia de salud. México**, cuyo objetivo fue evaluar el impacto de variables relativas a la historia de salud infantil y las condiciones sociodemográficas familiares y de práctica alimentaria, como factores de riesgo para la desnutrición y el estancamiento en el desarrollo de niños en edad de alimentación complementaria. La muestra que se utilizó fue de 134 díadas

cuidador –niño en edad de dos comunidades con distintos índices de riesgo de desnutrición.

Los resultados muestran que la desnutrición leve o moderada resalta en mayor proporción, la escolaridad básica de los padres como el factor de mayor riesgo. Se utilizaron cuatro medidas para describir es estado nutricio y el desarrollo infantil: indicador talla/edad, peso/edad; definición de casos y controles; indicadores de desarrollo mental y desarrollo psicomotor. Las variables como factores de riesgo fueron en tres dimensiones: condiciones relativas al niño, al ambiente y a la selección de alimentos y a la práctica alimentaria.

En conclusión según los análisis realizados se pudo obtener que la desnutrición leve o moderada fue el 50.4% y 17,2 por peso por debajo de la norma para la edad y en los indicadores de desarrollo el 15% de niños presentan bajas puntuaciones en los índices de desarrollo mental y psicomotor.¹³

Cudós M, Diángelo A. En el año 2007 realizaron un estudio sobre **Percepción materna del estado nutricional y de la ingesta alimentaria de niños preescolares**, Uruguay, es un estudio descriptivo de corte transversal en 30 niños de ambos sexos de 2 a 5 años de edad del jardín de infantes de la ciudad de Rosario incluyendo a sus madres; se evaluó peso y talla. Entre los resultados se obtuvo valorando Peso/talla que el 80% fue normo peso; 13,3% obesidad; y 6,7% sobrepeso.

En conclusión tanto la percepción como la ingesta fueron inadecuados en los niños con sobrepeso y obesidad.¹⁴

2.2 Antecedentes nacionales

Silva Z, et al. En el año 2009, realizó un estudio sobre **Situación nutricional y hábitos alimentarios en preescolares del distrito de Belén, Iquitos – Perú**. El estudio fue determinar la relación que existe entre la situación nutricional y los hábitos alimentarios en preescolares de la Institución Educativa Inicial N° 731 6 de Octubre Belén 2009. El método empleado fue el cuantitativo, el diseño fue descriptivo correlacional transversal. La muestra estuvo constituida por el 100% de la Población (90 niños).

Se encontraron los siguientes resultados: 61.1% de preescolares eran de sexo masculino; 38.9% de sexo femenino; 43.3% eran niños de 5 años, 20% de tres años y 36.7% niños de 4 años. El 51.1% eran cuidadores jóvenes; 48.9% cuidadores adultos; 96.7% cuidadores con pareja; 3.3% cuidadores sin pareja, 83.3% eran amas de casa; 3.3% se dedican a la venta en el mercado; 13.3% trabajan fuera del hogar, 70.0% tenían grado de instrucción secundaria, 1.1% no tienen instrucción y tienen instrucción superior respectivamente; 27.8% tienen primaria. El 58.9% presentaron crecimiento normal; 26.7% retardo en el crecimiento, 14.4% riesgo de talla baja. 54.4% presentaron situación nutricional normal; 28.9 % desnutrición; 16,7% riesgo de desnutrición. 54.4% presentaron hábitos eficientes; 45.6 % hábitos deficientes.¹⁵

Córdova R, Novoa F. En el año 2006, realizó un estudio sobre **Factores socio culturales – económicos y desnutrición en niños de 1 a 4 años, de Salud Santa Teresita. Sullana**. Es un estudio descriptivo correlacional de corte transversal Cuyo objetivo principal fue establecer la relación entre los factores socioculturales – económicos con la desnutrición en niños de 1 a 4 años de edad del Centro de Salud Teresita en el año 2006.

Los resultados que se obtuvo fue que el 49.45% de los niños presentaban desnutrición leve, el 28,57% tenían un grado de desnutrición moderada y el 21.98% tenían desnutrición severa. En conclusión la mayoría de los niños de 1 a 4 años presenta un grado de desnutrición según el porcentaje indicado.¹⁶

2.3 Base teórica

Factores

Se entiende por factores a la causa determinante o condición necesaria de un acontecimiento o cambio social que produce una consecuencia. Los factores también se refieren a agentes o elementos que contribuye a la producción de un resultado, se habla de elementos reales que existen en nuestro mundo y que por su naturaleza son importantes.¹⁷

Entre los factores tenemos: los sociales y demográficos.

Factores Sociales

Sociales, hace referencia a lo social, a todo aquello que ocurre en una sociedad, o sea en un conjunto de seres humanos relacionados entre sí por algunas cosas que tienen en común. Por lo tanto factores sociales, son aquellas cosas que afectan a los seres humanos en su conjunto, sea en el lugar y en el espacio en el que se encuentren.¹⁸

- **Ocupación:** es la actividad, cuya raíz latina *activitas* significa la facultad de obrar.¹⁹
- **Estudiante:** se refiere al educando o alumno dentro del ámbito académico, que estudia como su ocupación principal.²⁰

- **Empleada doméstica:** Persona que por un salario o sueldo desempeña los trabajos domésticos o ayuda en ellos.²⁰
- **Independiente:** significa, que no depende de otro.²⁰
- **Ama de casa:** mujer que se ocupa de las tareas de su casa.²⁰
- **Ingreso familiar:** se refiere al ingreso total familiar dividido por la cantidad de miembros del hogar, donde el ingreso del hogar se obtiene por la sumatoria de los ingresos individuales totales de todos los miembros del hogar.
- **Ingreso destinado a la alimentación:** Es la cantidad de dinero que se invierte para la canasta familiar.
- **Vivienda:** La vivienda es el lugar cerrado y cubierto que se construye para que sea habitado por personas.
- Estas edificaciones ofrecen refugio a los seres humanos y les protegen de las condiciones climáticas adversas, además de proporcionarles intimidad y espacio para guardar sus pertenencias y desarrollar sus actividades cotidianas, pueden ser como propia concluida, propia inconclusa, propia precaria, alquilada, alojados.
- **Número de habitaciones:** son los compartimientos que tiene una vivienda.
- **Acceso al servicio de agua potable:** se denomina agua potable a la tratada para el consumo humano según los estándares de calidad determinados por las autoridades locales e internacionales.

- **Red pública:** Se refiere, cuando existe conexión propia de agua potable dentro de la vivienda.
- **Pilón de uso público:** Cuando en la vivienda se abastecen de agua potable proveniente de un grifo o pilón ubicado en la calle u otro lugar público.
- **Cilindro:** Es un depósito que se utiliza para recoger agua.
- **Acceso al servicio de electricidad:** es la capacidad del ciudadano para adquirir y hacer uso de la energía que tienen a su alcance. «acceso a la energía» es la disponibilidad física de servicios modernos de energía para satisfacer las necesidades humanas básicas, a costos asequibles y que incluyen la electricidad y artefactos mejorados como las estufas para cocinar.
- **Electricidad:** es el conjunto de fenómenos físicos relacionados con la presencia y flujo de cargas eléctricas.
- **Vela:** o candela es una fuente de iluminación, consistente en una mecha que asciende por el interior de una barra de combustible sólido, como puede ser la cera, la grasa o la parafina (el más habitual en la actualidad).
- **Acceso a Seguro Integral de Salud (SIS):** Es el organismo público ejecutor del Ministerio de Salud (MINSU).
- Tiene la finalidad de administrar los fondos destinados al subsidio de las prestaciones de salud a todos los peruanos no asegurados sin límite de edad.

Factores Demográficos

Son características sociales de la población. También se refieren a los elementos relativos de los aspectos y modelos culturales, creencias, actitudes, etc., así como a las características de volumen de población, inmigración, natalidad, mortalidad, etc. de una sociedad.²¹

- **Edad:** es el tiempo transcurrido desde su nacimiento, y es un factor determinante en los estudios demográficos.²²
- **Sexo:** La palabra "sexo" se refiere a la división del género humano en dos grupos: mujer o hombre. Cada individuo pertenece a uno de estos grupos. La persona es o de sexo femenino o masculino.²³
- **Lugar de procedencia de la familia:** Es la extensión geográfica de un país, región, lugar determinado, para designar la originalidad de las personas incluyendo a los factores humanos.²⁴
- **Números de hijos:** Es la decisión de tener hijos compromete la calidad de vida de las madres y de los propios hijos, porque influye en la alimentación, vivienda, salud, ingresos económicos.²⁴
- **Grado de Instrucción:** Nivel de estudios o aprendizaje obtenidos, se basa en el nivel de conocimiento y capacidades cognitivas adquiridas en un centro o institución educativa.²⁴
- **Sin nivel:** se refiere a las personas que no han realizado ningún estudio o que se no llegaron a concluir sus estudios primarios.

- **Primaria:** su finalidad es proporcionar a todas las personas una formación común.
-
- Que haga posible el desarrollo de las capacidades individuales motrices, de equilibrio personal; de relación y de actuación social con la adquisición de los elementos básicos culturales.
- **Secundaria:** es la formación integral a través de programas que ayudan a su desarrollo corporal, el auto control y el auto análisis para obtener una visión más objetiva de sí mismo y de su propia vida.
- **Superior no universitario:** se refiere a la persona que no ha frecuentado una universidad, sin embargo ha realizado carreras técnicas.
- **Superior universitario:** Se refiere a la persona que ha realizado sus estudios en una universidad y es reconocido a través de un título profesional.
- **Estado Civil:** Es la situación de las personas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes, las distinciones del estado civil de una persona pueden ser variables de un estado a otro.²⁴
- **Conviviente:** es la persona que convive, sin vínculos matrimoniales.
- **Separada(o):** es una situación jurídica intermedia entre el matrimonio y el divorcio.

- **Casada(o):** es el estado civil que adquiere una persona en el momento que contrae matrimonio.
- **Viuda(o):** Persona que ha fallecido su cónyuge y no se ha vuelto a casar.
- **Divorciada(o):** Es la persona que de alguna manera ha obtenido el divorcio.
- **Soltera(o):** Es la persona que no se ha casado.

Turgencia cutánea

Es la capacidad de la piel para cambiar de forma y retornar a la normalidad (elasticidad). La piel con turgencia normal regresa rápidamente a su posición normal, mientras que la piel con disminución de la turgencia permanece elevada y retorna lentamente a su posición normal.

Palidez palmar

Es signo de anemia, si el niño tiene la palma muy pálida y casi blanca significa que tiene una palidez palmar intensa y leve cuando la piel se ve ligeramente.

Preescolar

Al preescolar también se le llama Niñez Temprana abarca de los dos a cinco años de edad, donde el desarrollo del niño es más lento, adquieren más destrezas físicas, tienen mayor competencias intelectual y sus relaciones sociales se hacen más complejas. La capacidad de comunicarse aumenta a medida que dominan el lenguaje y logran mantener las conversaciones. A esta edad los niños demuestran sus emociones en sentido de que se identifican con

los demás y comienzan a mostrar conciencia social. Algunos teóricos sobre el periodo preescolar.²⁵

Erickson (desarrollo personal social): Iniciativa versus culpa, caracterizada por un niño pequeño que aprende a ajustarse a las reglas de comportamiento y apariencia. El niño debe mostrar iniciativa, curiosidad, deseo de explorar y alegría sin sentirse culpable ni inhibido.

Freud (etapas sicosexuales): Clásicamente, la etapa anal tardía infiere que los problemas de desarrollo en esta etapa están vinculados con posesividad y rechazo a soltar objetos o personas. La etapa fálica o de Edipo describe el período avanzado de los años preescolares como una etapa de orgullo por su cuerpo y su desarrollo. La etapa de Edipo se refiere a un sentimiento de cercanía del niño con un amor romántico por el progenitor del sexo opuesto. Freud creía que esto era necesario para que el niño se identificara con el padre (o madre) del mismo sexo y comenzara a desarrollar su propia imagen de sexualidad como niño o niña.

Kohlberg (desarrollo moral): Se desarrolla la moralidad convencional temprana a medida que el egocentrismo da paso al deseo de agradar a los padres y a otras personas importantes, lo que comúnmente se conoce como la etapa del "niño bueno" o "niña buena".²⁵

Los ámbitos en los que se puede ver el desarrollo en general de esta etapa se diferencian en:

1. Desarrollo físico
2. Desarrollo cognitivo

3. Desarrollo del lenguaje
4. Desarrollo moral.

1. En el desarrollo físico se observa:

Las tareas principales en esta etapa son:

- Dominio de habilidades neuromusculares
- Inicio de la socialización
- Logro de la autonomía temprana
- Inicio de la tipificación sexual
- Desarrollo del sentimiento de iniciativa.

Desarrollo motor:

En la niñez se comienza a asumir una apariencia más estilizada, el cuerpo comienza a ser más alargado, pero su cabeza sigue siendo proporcionalmente grande, los varones son más altos y pesados y las niñas tienen más tejido graso. Los sistemas muscular, nervioso y óseo están en desarrollo. Tienen todos los dientes de leche. Los niños muestran coordinación muscular y vasomotora las que se expresan en:

- Caminar, correr, saltar en dos pies, caminar en punta de pies, subir y bajar escaleras.
- No lanza bien pero no pierde el equilibrio
- No ataja la pelota
- Comienza a abrochar y desabrochar botones
- Copia figuras geométricas simples.

El desarrollo motor fino integra algunos hitos que comprende:

Alrededor de la edad de 3 años:

- Dibujar un círculo
- Dibujar una persona con 3 partes
- Comenzar a utilizar tijeras de punta roma para niños
- Vestirse solo (con supervisión).

Alrededor de la edad de 4 años:

- Dibujar un cuadrado
- Usar tijeras y finalmente cortar en línea recta
- Ponerse la ropa apropiadamente
- Manejar bien la cuchara y el tenedor al comer.

Alrededor de la edad de 5 años:

- Untar con un cuchillo
- Dibujar un triángulo.

2. Desarrollo cognitivo:

El preescolar puede manejar el lenguaje y las ideas lo que le permite formar su propia visión del mundo, sorprende a los demás. Desarrolla la capacidad para utilizar símbolos en pensamientos y acciones, y maneja conceptos como edad, tiempo, espacio.

Según Piaget (desarrollo cognitivo): En la etapa pre operacional el niño utiliza las habilidades de la imaginación y la memoria. El aprendizaje está condicionado y se hace de memoria. El niño aún exhibe un desarrollo cognitivo y de lenguaje egocéntrico, pero empieza a asimilar de forma gradual los puntos de vista de otros. En esta etapa del pensamiento pre operacional, los niños utilizan símbolos, pensamientos más flexibles y comienzan a entender

identidades, funciones y algunos aspectos de clases y relaciones, pero todo se ve limitado por el egocentrismo.²⁵

Las principales características del desarrollo cognitivo son:

- **Desarrollo de la función simbólica:** la capacidad para representar mentalmente imágenes visuales, auditivas o cenestésicas que tienen semejanza con el objeto representativo.
- **Comprensión de identidades:** comprensión de que ciertas cosas siguen siendo iguales aunque cambien de forma, tamaño o apariencia. El desarrollo y convencimiento de esto no es definitivo pero es progresivo.
- **Comprensión de funciones:** el niño comienza a establecer relaciones básicas entre dos hechos de manera general y vaga, no con absoluta precisión.
- Esto apunta a que su mundo ya es más predecible y ordenado, pero aún existen características que hacen que el pensamiento pre operacional esté desprovisto de lógica.
- **Centraje:** el niño se centra en un aspecto de la situación, sin prestar atención a la importancia de otros aspectos.
- **Irreversibilidad:** si le preguntamos a un preescolar si tiene una hermana, puede decir "sí". Si le preguntamos si su hermana tiene un hermano dirá "no".

- **Acción más que abstracción:** el niño aprende y piensa mediante un despliegue de "secuencias de la realidad en su mente".
- **Razonamiento "transductivo":** ni deductivo, ni inductivo. Pasa de un específico a otro no específico, sin tener en cuenta lo general. Puede atribuir una relación de causa-efecto a dos sucesos no relacionados entre sí.
- **Egocentrismo:** un niño a esta edad se molesta con una mosca negra y grande que zumba y le dice "mosca, ándate a tu casa con tu mamá". Piensa que otras criaturas tienen vida y sentimientos como él y que puede obligarlos a hacer lo que él quiere.

Entre los 3 y los 5 años, el preescolar comienza a dominar varios conceptos:

- **Tiempo:** maneja cualquier día pasado como "ayer" y cualquier día futuro como "mañana".
- **Espacio:** comienza a comprender la diferencia entre "cerca" y "lejos", entre "pequeño" y "grande".
- Comienza a relacionar objetos por serie, a clasificar objetos en categorías lógicas.

El niño puede percibir características específicas como olor, forma y tamaño y comprende el concepto general de la categorización. La capacidad verbal juega aquí un rol muy importante para que el niño pueda calificar lo que percibe. Los preescolares recuerdan, procesan información. En general se dice que su capacidad de reconocimiento es buena y su recuerdo es pobre pero ambos mejoran entre los 2 y los 5 años.

Piaget

Investigó las cogniciones de los niños respecto de los conceptos de lo correcto y lo incorrecto, y por ello los observó en situaciones de juego. Así fue como logró identificar cuatro fases: según las edades que corresponden al estudio se mencionaran las dos primeras fases.

1ª Fase (hasta los 3 años aproximadamente)

Los niños se concentran en simples actividades libres, sin preocuparse por la existencia de reglas. Si reconocen algún límite, únicamente serán los esquemas que han desarrollado hasta el momento, o sea, lo que es capaz de hacer. Para ellos, no existe el “puedo, pero no debo” sino sólo el “puedo o no puedo”.

2ª Fase (desde los 3 a los 5 años)

Juegan imitando los modelos de los adultos, reconocen la existencia de reglas, que caracterizan como lo más importante, por lo que las consideran fijas e inalterables.

A pesar de esta alta consideración, por su egocentrismo suelen concentrarse en una de las reglas e ignorar el resto y no es extraño que a lo largo de un juego vaya cambiando la regla considerada.

Las dos primeras fases, evalúan la moralidad de los actos, los niños prestan poca atención al motivo que subyace a la conducta, a la que juzgan por sus consecuencias y no por sus intenciones. Por eso es muy importante ser especialmente prudente con niños de estas edades al decidir qué castigo corresponde ante una transgresión: ellos juzgarán la gravedad del hecho en función de la gravedad del castigo.²⁵

3. Desarrollo del lenguaje:

Vocabulario:

A los 3 años el niño conoce un promedio de 900 y 1000 palabras, a los 6 años pueden ocupar un vocabulario expresivo de 2600 palabras, gracias a la educación formal.

- El niño de 3 años utiliza:
- Pronombres y preposiciones apropiadamente
- Oraciones de tres palabras
- Palabras en plural
- El niño de 4 años comienza a:
- Entender las relaciones de tamaño
- sigue una orden de tres pasos
- cuenta hasta cuatro
- nombra cuatro colores
- disfruta rimas y juegos de palabras

El niño de 5 años:

- Muestra comprensión de los conceptos de tiempo
- cuenta hasta 10
- conoce el número del teléfono
- responde a preguntas de "por qué".

Se puede presentar tartamudeo pero es normal en el desarrollo del lenguaje en los niños pequeños entre los 3 y los 4 años de edad. Esto se produce dado que las ideas llegan a su mente más rápido de lo que el niño es capaz de expresar, en especial si el niño está estresado o excitado. Cuando el

niño esté hablando, es recomendado prestarle atención total y oportuna, sin hacer comentarios sobre el tartamudeo.

4. Desarrollo moral: (emocional- social)

La capacidad para expresar sus necesidades y pensamientos a través del lenguaje les ayuda a ser más "independientes". Los niños absorben valores y actitudes de la cultura en la que se educan y viven, en lo que complica un proceso de identificación con otras personas; es un aprendizaje emocional y profundo que va más allá de la observación y la imitación de un modelo, generalmente con el padre del mismo sexo. Al mismo tiempo que el niño va aprendiendo a través de la obediencia y el castigo, aprende a evaluar de acuerdo a las consecuencias y va formando sus primeros criterios morales.

El preescolar se mueve entre distintas fuerzas, se identifica, imita, aprende de modelos y por otra parte busca diferenciarse, independizarse, desarrollar su autonomía. Surge el negativismo y el oposicionismo es, la edad de la obstinación. Desarrollan fácilmente temores a la oscuridad, los espíritus, los monstruos, los animales. Es posible que a esta edad los niños hayan experimentado alguna situación de miedo como perderse, ser golpeados o recibir una herida, o bien han escuchado contar experiencias de miedo a otras personas.²⁵

El comportamiento:

El niño en edad preescolar aprende las habilidades sociales necesarias para jugar y trabajar con otros niños y, a medida que crece, su capacidad de cooperar se incrementa en más compañeros. Aunque los niños de 4 a 5 años

pueden ser capaces de participar en juegos que tienen reglas, éstas probablemente cambien con frecuencia a voluntad del niño dominante.

Es normal que los niños en edad preescolar pongan a prueba sus límites físicos, comportamiento y emociones. Es importante un ambiente seguro y estructurado dentro del cual se pueda explorar y enfrentar nuevos retos. Sin embargo, los niños en edad preescolar necesitan límites bien definidos. El niño debe demostrar iniciativa, curiosidad, deseo de explorar y gozo sin sentirse culpable ni inhibido. Las primeras manifestaciones de moralidad se desarrollan a medida que los niños quieren complacer a sus padres y a otras personas importantes. Esto se conoce comúnmente como la etapa del "niño bueno" o la "niña buena".²⁵

Características de la conducta del preescolar

- Físicamente activo
- Emocionalmente lábil, ambivalente
- Obstinado, negativista
- Acucioso en lo sexual
- Con temores en aumento
- El lenguaje y la función simbólica están en desarrollo
- Se aprenden los hábitos de autocuidado
- Se consolida el sentido de autonomía
- Se desarrolla la iniciativa.

El cumplimiento de estas tareas permitirá que el niño pueda, posteriormente, adaptarse a la situación escolar.

Alimentación del niño preescolar

Los niños/as son vulnerables a la desnutrición por eso es importante asegurar una alimentación suficiente y adecuada, con el triple objetivo de satisfacer sus necesidades nutritivas, prevenir y/o tratar diversas situaciones patológicas y crear unos buenos hábitos alimentarios. El niño/a se encuentra en una etapa de crecimiento más lento y estable, en la que los niños ganan un promedio de 2 kilos de peso, y 5 a 6 cm. de talla al año. En esta etapa los niños desarrollan una gran actividad física, su gasto energético aumenta, por lo que deberá adaptar su consumo de calorías a la nueva realidad.²⁶

Desde el punto de vista del desarrollo psicomotor, el niño ha alcanzado un nivel que le permite una correcta manipulación de los utensilios empleados durante las comidas, siendo capaz de usarlos para llevar los alimentos a la boca. Una de las características específicas de esa edad es el rechazo a los alimentos nuevos, por el temor a lo desconocido.

El niño preescolar puede reconocer y elegir los alimentos al igual que el adulto. Normalmente, el niño tiende a comer lo que ve comer a sus padres y a otras personas que le acompañan.²⁶

El ser humano necesita, energía y reguladores que controlen su propio organismo. La energía es el combustible para nuestro cuerpo lo que permite realizar actividades como moverse, aprender, dormir, trabajar entre otras.²⁷

La nutrición es un conjunto de procesos mediante los cuales nuestro organismo incorpora, transforma y utiliza los nutrientes contenidos en los alimentos para mantenerse vivo y realizar todas sus funciones. La alimentación

es el acto de proporcionar al cuerpo alimentos e ingerirlos, la calidad de la alimentación depende principalmente de factores económicos y culturales.

Los alimentos que forman parte de la dieta infantil son:

- **De origen animal:**

son necesarios diariamente pero en cantidad moderada, su función principal es la construcción y reparación de los tejidos; aportan proteínas de buena calidad, grasa, vitaminas, hierro y calcio.

- Pertenecen a este grupo las carnes de todo tipo, productos lácteos sus derivados (quesos y yogurt), deben ser consumidos diariamente ya que proporcionan calcio proteínas; el huevo, aporta proteínas, vitaminas A, D, B12 y minerales como el fósforo y el selenio.

- **Las carnes**, se clasifican por su origen y color, así tenemos carnes rojas (vacuno, cerdo) y blancas (pollo, pavo y cuy) aporta proteínas, hierro y zinc, las carnes rojas son una fuente importante de vitamina B12, pero contienen gran cantidad de grasa saturada, por lo que deberían consumirse en menor cantidad²⁷

- **El pescado:** contiene grasa que sirve para el desarrollo del cerebro del niño, es una rica fuente de proteínas, vitamina D y yodo, son ricos en ácidos grasos poliinsaturados omega 3.

- **Las menestras** como los frejoles, habas, lentejas, pallar, garbanzos, aportan hidratos de carbono, proteínas, fibra, vitaminas y minerales.²⁷

- **Los cereales y verduras:** constituyen la base de nuestra alimentación, se deben consumir diariamente en cantidades suficientes y en cada ración de comida que realicemos. Su función principal es proveernos la energía diaria, y nos aportan carbohidratos, proteína vegetal y fibra.
- **Las frutas y vegetales,** se deben consumir en suficiente cantidad diariamente, se recomienda de 2 a 3 porciones cada día. Este grupo aporta vitaminas y minerales.
- **Las grasas y los azúcares:** se debe consumir en muy poca cantidad, su función principal es proveer energía y además participan en otras funciones importantes del cuerpo. Dentro de este grupo se encuentran los aceites, la margarina, la natilla, el azúcar, el dulce de tapa, la miel, gaseosas y los confites.²⁷
- **El agua:** es imprescindible para el mantenimiento de la vida. Un consumo adecuado de agua ayuda a prevenir el estreñimiento y a normalizar el tránsito intestinal, el consumo recomendable es de uno a dos litros de agua al día.²⁷

En el 2013 se promulgó la Ley N°30061 que declara de prioritario interés nacional la atención integral de la salud de los estudiantes de educación básica regular y especial de las instituciones públicas del ámbito del Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma y los incorpora como asegurados del Seguro Integral de Salud (SIS).

Dicha Ley tiene como objetivo contribuir al desarrollo de las capacidades y mejorar el estado de salud de las y los estudiantes con especial énfasis en las zonas de mayor pobreza.²⁸

El problema de la desnutrición infantil

La desnutrición, es un tipo de enfermedad ligada a la mala alimentación, la desnutrición es el estado patológico resultante de una dieta deficiente en uno o varios nutrientes esenciales o de una mala asimilación de los alimentos. Ésta condición patológica se diferencia de otras enfermedades por ser ocasionada por el déficit de nutrientes (alimentos y líquidos) necesarios para el funcionamiento, el crecimiento y el mantenimiento de las funciones vitales del cuerpo.

El estado nutricional es el resultado del balance entre lo consumido y lo requerido por el cuerpo, y está determinado por la calidad y cantidad de nutrientes de la dieta y por su utilización completa en el organismo; si bien están relacionados alimentación y nutrición no son un mismo proceso. Por qué alimentación es la ingesta de alimento para proveerse de energía y elementos para su desarrollo (crecimiento o reparación corporal).

En cambio, la nutrición es el conjunto de fenómenos involuntarios que suceden tras la ingestión de los alimentos, es decir la digestión, la absorción (paso a la sangre de los nutrientes desde el tubo digestivo), y su asimilación en las células del organismo. Entonces los problemas en la alimentación y nutrición son diversos.

El hambre es la escasez de alimentos básicos que causa carestía y miseria generalizada; la malnutrición es el estado patológico debido a la deficiencia, el exceso o la mala asimilación de los alimentos. Por lo tanto el tratamiento y el seguimiento deben ser de carácter integral e interdisciplinario.²⁹

Tipos de desnutrición

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.²⁹

Desnutrición crónica

Es un proceso por el cual las reservas orgánicas que el cuerpo ha ido acumulando mediante la ingesta alimentaria se agotan debido a una carencia calórico-proteica. Retardo de altura para la edad (A/E). Asociada normalmente a situaciones de pobreza, con consecuencias para el aprendizaje y menos desempeño económico.²⁹

Desnutrición global

Deficiencia de peso para la edad. Es decir de la combinación de las dos primeras ($P/A \times A/E = P/E$) y se usa para dar seguimiento a los Objetivos del Milenio.²⁹

Factores causales

La desnutrición 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.²⁹

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS). Los causales de desnutrición en una sociedad son:

- a) Problemas socioeconómicos: cuando el individuo, la familia o la comunidad, no tiene acceso a los alimentos en cantidades suficientes por estar marginada social o geográficamente.
- b) Problemas educacionales: por falta de educación se desconocen las prácticas de higiene, las técnicas de conservación de los alimentos o las cantidades óptimas que se deben consumir.
- c) Problemas en la producción de alimentos: cuando la baja producción de alimentos provoca deficiente disponibilidad para cubrir las necesidades de una población.
- d) Problemas de la conservación de los alimentos: a pesar de los avances en materia de producción alimentaria una parte de los alimentos se pierde antes de ser consumidos.
- e) Problemas poblacionales: en algunos países el exceso de población y el hacinamiento puede ser determinantes de malnutrición. Parte de su población se ve obligada a migrar a la periferia de grandes ciudades en busca de mejores oportunidades laborales, donde se pierden muchos hábitos y costumbres entre ellos la lactancia materna. De esta manera, los niños quedan expuestos a un ambiente contaminado desde edades muy tempranas produciéndose enfermedades digestivas, respiratorias e infecciosas que inician el ciclo de la desnutrición.

- f) Problemas políticos: todos los países tienen mecanismos para formular y poner en marcha políticas de desarrollo. La manera como la ideología política influye en la malnutrición es a través de los gobiernos que garantizan un acceso razonable y justo para todas las personas como vivienda, educación, alimentación y servicios de salud.
- g) Enfermedades: gran parte de la desnutrición son causadas por la presencia de enfermedades.

La desnutrición está relacionada con la pobreza, ser pobre y estar desnutrido, más que un indicador de salud, es un indicador de desarrollo del país.

El crecimiento económico del país en los últimos años el gobierno del Perú ha declarado la lucha contra la desnutrición crónica infantil (DCI) y fija una meta de reducir a 10% en el año 2016.

Para lograrlo se necesitarán unificar esfuerzos desde los diferentes sectores y niveles de gobierno y la participación de todos los actores sociales. Con este objetivo, el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social ha realizado estimaciones por cada región, de la meta de reducción de la desnutrición crónica infantil (DCI) y de las metas de cobertura de las principales intervenciones y estrategias efectivas, para ser implementadas como parte del esfuerzo intersectorial e intergubernamental.

Para cumplir con este gran desafío de la niñez peruana, el Gobierno Nacional y los Gobiernos Regionales deben establecer sus metas de cobertura al 2016, en base a las intervenciones y estrategias efectivas.³⁰

Son varias las fuentes de financiamiento que el Gobierno del Perú asegura para implementar las intervenciones y estrategias efectivas.

A nivel Nacional:

- Programa Articulado Nutricional (PAN)
- Programa de salud materno Neonatal (SMN)
- Programa Nacional de Saneamiento Rural (PNSR)
- Programa Nacional de Saneamiento Urbano (PNSU)
- JUNTOS Y Cuna Más (PNCM).

INTERVENCIONES Y ESTRATEGIAS EFECTIVAS 2016

Intervenciones	Intervenciones efectivas			Responsables	
Salud	Gestantes		Niños/as < 5 años	MINSA Gobiernos Regionales.	
	Atención prenatal. Vacunación de toxoide tetánico. Suplementos de micronutrientes. Parto institucional.		Consejería en lactancia materna. Alimentación complementaria y lavado de manos. Micronutrientes. Vacunas Tratamiento de EDA e IRA.		
Agua y saneamiento	Agua		Saneamiento	Prácticas saludables	MVCS MINSA Gobiernos Regionales y Locales.
	Acceso de agua potable (dentro y fuera del hogar). Conección de agua en el hogar	Saneamiento mejorado	Lavado de manos con jabón. Eliminación higiénica de deposiciones.		
Educación	Educación			MINEDU	
	Alfabetización y educación primaria para mujeres. Prevención de embarazos adolescentes.			MINSA	
Seguridad alimentaria	Proyectos productivos			MINAG	
	Proyectos para mejorar la producción de alimentos a través de la disseminación del uso de tecnologías para mejorar la producción agrícola y riego.			Gobiernos Regionales y Locales	

Elaboración: MIDIS (Ministerio de desarrollo e inclusión social) - DGPE(Dirección general de políticas y estrategias) 2013.

Antropometría

La antropometría (antro: cuerpo; metría: medición) es una técnica más sencilla que se utiliza para valorar el estado nutricional mediante el peso, talla, longitud de extremidades, circunferencias y pliegues cutáneos.

La organización Mundial de la Salud (OMS) actualizó las tablas de crecimiento y peso y creó un nuevo patrón de referencia para los niños menores entre cero a cinco años de edad. Estos nuevos patrones de Crecimiento Infantil de la OMS, reflejan la forma en la que deben crecer y permiten evaluar si un niño tiene problemas de desnutrición o de obesidad confirman que todos los niños de cualquier parte del mundo.³¹

La clasificación del estado nutricional en niñas y niños de 29 días a menores de cinco años, se realizará en base a la comparación de indicadores: como peso para la edad (P/E), longitud/estatura para la edad (T/E), peso para la longitud/estatura (P/T) con los valores de los Patrones de Referencia vigentes.³²

Clasificación del estado nutricional del niño(a)

Peso para edad	Clasificación
< al peso correspondiente -2DE	Desnutrido
Esta entre los valores de peso de -2DE y 2DE	Normal
> al peso correspondiente a 2DE	sobrepeso

Talla para la edad	Clasificación
< a la talla correspondiente a -3DE	Talla baja severa
> a la talla correspondiente a -3DE	Talla baja
Está entre los valores de talla de -2 DE y 2DE	Normal
> a la talla correspondiente a 2DE	Talla alta

Peso para la la talla	Clasificación
< al peso correspondiente a -3 DE	Desnutrido severo
>al peso correspondientes a -3DE	desnutrido
Esta entre los valores de peso de -2 DE Y 2DE	normal
< al peso correspondiente a 3 DE	sobrepeso
> al peso correspondiente a 3 DE	Obesidad

Fuente: Adaptado de World Health Organization 2006

Interpretación de la talla y peso

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”.³³

- **Indicador Talla/Edad:** 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.³³

- **Indicador Peso / Edad:** 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.³³
- **Indicador Peso/talla:** 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.³³

Intervenciones de enfermería

- cumplir con las medidas de bioseguridad (lavado de manos, desinfección de instrumentos, equipo médico y mobiliario) y se asegura de tener manos tibias. El ambiente de examen debe brindar comodidad y privacidad.
- Explicar a los padres sobre los procedimientos que se van a realizar para obtener su colaboración, así como el de los niños.
- Observar la niña/o como se relaciona con los padres, si es irritable o tiene llanto continuo, la postura que tiene su cuerpo, debe estar con poca ropa o desnudo.

- Respetar la identidad e individualidad de la niña/o y de la madre, aprender a recordar su nombre de la niña/o y de los padres, usar voz suave y dulce para atraerlos.
- Durante la evaluación se debe actuar de manera suave pero firme, con paciencia y delicadeza durante los procedimientos, explicando a los padres los resultados obtenidos.
- Colocar la balanza en un lugar seguro y resistente, el cuerpo de la balanza debe estar a la altura de los ojos del asistente, graduada a cero.
- Asegurarse que el tallímetro esté en una superficie plana y contra una pared o mesa.
- Educar a la madre en las técnicas de alimentación y nutrición, cuidado del niño y estimulación psico-afectiva.
- Prevenir el daño nutricional e intelectual, elaborando un programa piloto nutricional y de estimulación psicomotora, verbal y emocional. La idea es actuar sobre la población infantil desde edades muy tempranas, proveerles del total de los requerimientos nutritivos diarios y cambiar el medio ambiente limitado.
- Lograr un nivel de información adecuado en la comunidad, obtener el apoyo políticos necesarios. Para alcanzar así una etapa en que todos los participantes en la lucha por el poder incorporan a sus programas proposiciones para erradicar la desnutrición.

- Aplicar las políticas de nutrición y salud tienen que ser flexibles, en el sentido que se puedan adaptar a las estrategias socio-económicas del gobierno.
- Participar en las actividades de atención primaria de salud y los programas de nutrición dirigidos a los grupos de edades más vulnerables.
- Desarrollar un programa de prevención de la desnutrición y enseñanza de prácticas en nutrición, en coordinación con las nutricionistas y asistentes sociales, tanto en los consultorios como en sus hogares.³⁴

Rol de la Enfermera

La enfermera en el primer nivel de atención debe hacer uso de la educación sanitaria como elemento principal para crear en el individuo una cultura de salud que permite adoptar medidas óptimas de autocuidado.

La enfermera es la responsable del área de Crecimiento y Desarrollo de un Centro de Salud, debe dirigir sus actividades hacia la prevención de trastornos del crecimiento, tales como, a desnutrición crónica, retardo en el crecimiento y desarrollo.³⁵

Reconocer la autonomía de las comunidades en su poder sobre el autocuidado y cuidados propios es reconocer la pluralidad de éstos, basados en lugar, en una región o territorio, no sólo geográfico, sino también corporal, mental, simbólico, histórico; sólo de esta forma se puede reconocer el carácter multicultural de los cuidados, sin pretensiones de asimilar para controlar mediante un conjunto de normas que la cultura profesional asume como "naturales" y universales" y en el que predomine la justicia y la igualdad entre los diversos cuidados culturales.³⁵

Se sustenta en la teoría de la "**Diversidad y Universalidad del Cuidado Cultural**", de **Madeleine Leininger**, promueve cuidados transculturales no sólo como beneficio para la calidad de la salud, sino para la paz del mundo; con el reconocimiento a la diversidad cultural planetaria; con el deseo de que los cuidados transculturales sean una categoría transversal a todo tipo de cuidados a personas y colectivos humanos.³⁵

Leininger desarrollo su teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales y se basa de la convicción de que las personas de culturas diferentes pueden ofrecer información y orientar a los profesionales para recibir la clase de cuidados que desean o necesitan de los demás.³⁶

Leininger, propone sus conceptos obtenidos en los campos de enfermería y antropología, su finalidad y objetivo es fortalecer un cuidado congruente y seguro para el desarrollo mundial en beneficio de la humanidad y de la salud

La teoría de Leininger utiliza conceptos originales verídicos a partir del modelo del sol naciente que fue creado como instrumento para la observación del campo basado en los siete factores sociales y culturales: tecnológico; religioso y filosófico; parentesco y social; valores culturales; creencias y estilos de vida; político y legal, económico, educacionales.³⁶

Dimensiones estructurales culturales y sociales: se refiere a los esquemas y características dinámicas de los factores estructurales y organizativos interrelacionados de una determinada cultura (subculturas o sociedad), que incluye valores religiosos, de parentesco (sociales), políticos (y legales), económicos, educativos, tecnológicos y culturales y factores

etnohistóricos, y a la forma en que se interrelacionan estos factores para influir en la conducta humana en diferentes contextos ambientales.³⁶

Dicha teoría tiene relación con el estudio porque se basa en las disciplinas de antropología y de enfermería. La enfermería transcultural es un área principal de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados, la expresión y las creencias de la salud y la enfermedad, y el modelo de conducta, cuyo propósito consiste en concebir un saber científico y humanístico que proporcione una práctica de cuidados enfermeros específicos para la cultura y/o una práctica de cuidados enfermeros universales de la cultura.

Leininger defiende que así como la enfermería es significativa para los pacientes y para las enfermeras de todo el mundo, el saber de la enfermería transcultural y sus competencias serán imprescindibles para orientar las decisiones y las acciones de enfermeras(os) y así obtener resultados buenos y eficaces.

2.4. Definición de términos

Factores Sociales

Son características sociales que intervienen en la forma de vida en las madres de los niños de dos a cinco años de edad, y están relacionados con la ocupación, ingreso familiar, ingreso destinado a la alimentación, vivienda, acceso al agua potable y electricidad.³⁷

Factores Demográficos

Son características demográficas que presentan las madres de los niños menores de dos a cinco de edad y están relacionados con la edad, procedencia, números de hijos, grado de instrucción, estado civil.

Preescolar: Es un niño/a cuya edad fluctúa entre dos a cinco años.

Desnutrición del niño: Es un problema de salud ligado a la mala alimentación en niños de dos a cinco años.

2.5 Hipótesis

2.5.1. Hipótesis general

- Los factores sociodemográficos de las madres están asociados a la desnutrición en niños de dos años a cinco años de edad, Puesto de salud Túpac Amaru –Ate Vitarte 2014.

2.5.2. Hipótesis específicas

- Los factores sociales de las madres asociados al estado nutricional de niños de 2 a 5 años es la ocupación, ingreso familiar y acceso a seguro de salud.
- Los factores demográficos asociados al estado nutricional de los niños de 2 a 5 años son la edad de la madre, número de hijos, grado de instrucción y procedencia.

- El estado nutricional de los niños de 2 a 5 años de edad según peso/edad; peso/talla es de desnutrición y de acuerdo a talla/edad es bajo; y no hay presencia de alteraciones en la piel.
- La calidad de la alimentación que reciben los niños de 2 a 5 años es inadecuada y está asociada al estado nutricional.

2.6. Variables

Variable: Factores sociodemográficos.

Tipo de variable: Cualitativa categórica.

Variable: Desnutrición en niños de dos a cinco años.

Tipo de variable: Cualitativa categórica.

2.7. Operacionalización de variables (ver anexo 1)

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA

3.1. Enfoque de la investigación

El enfoque del estudio es cuantitativo, porque hace uso de la recolección de datos, basándose en la medición numérica, permitiendo la síntesis y el análisis estadístico.

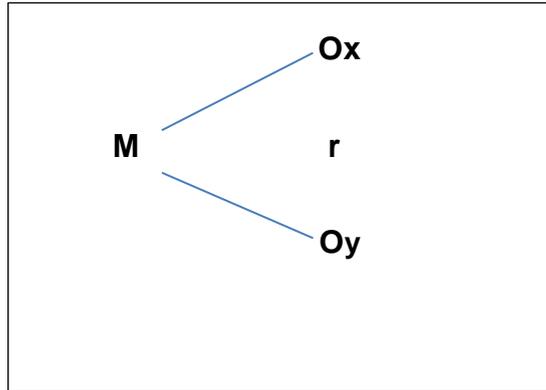
3.2. Tipo de investigación

El método es descriptivo correlacional y de corte transversal. Es descriptivo porque se dará a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta y la identificación de los problemas que existen para que el niño pueda gozar de una buena salud.

Es correlacional porque tiene un propósito, medir el grado de relación que existe entre dos variables y es de corte transversal, debido a que se obtuvo la información de las variables en un solo momento y en un tiempo único

3.3. Diseño de la investigación

Descriptivo correlacional.³⁸



Dónde:

M= Muestra en la que se realiza el estudio.

X= Variable: Factores sociodemográficos

Y= Variable: Desnutrición en niños de dos a cinco años de edad.

O= Observación de cada una de las variables

r = Relación de las variables estudiadas.

3.4. Lugar de ejecución de la investigación

Este trabajo de investigación se realizó en el Puesto de Salud, Túpac Amaru. Se encuentra ubicado en la Mzna C, Zona 2, del AA.HH. Túpac Amaru, en el Distrito de Ate – Vitarte, a la altura del Km, 4.5 de la carretera Central. Este Asentamiento fue fundado el 05 de Marzo del 2005 está distribuido por ocho zonas, cada zona cuenta con su junta directiva con un determinado número de asociados, la mayor parte no cuenta con los servicios básicos de agua, luz, desagüe, no cuentan con escaleras para subir a los cerros donde las familias residen, hasta un cierto punto se cuenta con pista.

Algunas familias cuentan con viviendas de material noble pero hay grupos de familias que todavía viven en una casa pre- fabricada de madera con una sola habitación que hacen de cocina, comedor y dormitorio.

El Puesto de Salud pertenece a la Micro Red, ATE II, DISA IV, Lima Este, cuenta con un personal calificado: Un médico, una enfermera, una obstetra, un odontólogo, un serumista dos técnicos asistenciales, dos administrativos, un técnico de farmacia, un personal de limpieza y un vigilante. Cuenta con servicios: medicina, obstetricia, psicología, nutrición, odontología. Los horarios de atención de lunes a sábado de 8.00 am a 2.00 pm. Todas las personas que habitan en este asentamiento acuden al puesto de Salud con sus hijos menores de dos a cinco años a los servicios de crecimiento y desarrollo, niño sano, inmunizaciones y medicina general.

3.5. Población, muestra, selección y unidad de análisis

Universo de estudio

La población estuvo constituida por las madres que asisten al Puesto de Salud con sus hijos de dos a cinco años, siendo el promedio mensual de 135 madres que acuden a los servicios de crecimiento y desarrollo, niño sano, inmunizaciones y medicina general.

Tamaño de la Muestra:

El tamaño de la muestra se obtuvo mediante muestreo probabilístico y se utilizó la fórmula de población finita ($n= 100$). Para determinar el tamaño muestral se hizo uso de la siguiente fórmula finita. (ANEXO 2)

Selección

La unidad de análisis fue seleccionada mediante un muestreo probabilístico

Unidad de Análisis.

Las madres y los niños de dos a cinco años.

3.6. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión:

- Madres que aceptan voluntariamente participar en la investigación
- Madres que asistan regularmente.
- Madres que tengan niños de edades de 2 a cinco años.
- Niños con edades de 2 a 5 años.

Criterios de Exclusión

- Madres de familia que presentan problemas de salud mental
- Niños enfermos con otras patologías.

3.7. Instrumento y técnicas de recolección

Los instrumentos utilizados fueron el cuestionario y una hoja de registro. El cuestionario consta de 25 ítems, las preguntas son cerradas politómicas elaboradas en función de la base teórica y los objetivos del estudio. Antes de ser aplicado se sometió el instrumento a la opinión de jueces expertos para la validez y sus respuestas se sometieron a la prueba binomial, llegando a un grado de confiabilidad significativo, donde $P < 0.0375$ (Anexo 3).

Posteriormente para la confiabilidad se realizó la prueba piloto en una muestra representativa de 30 madres y 30 niños/as, los resultados fueron evaluados por el estadístico de correlación Kuder Richardson 20 (0.857) determinando que el instrumento es confiable. Hoja de observación sirvió de base para la comparación con la tabla antropométrica del MINSA.

3.8. Procedimientos de recolección de datos

Una vez que se cumplió con los requisitos administrativos de la Escuela, se procedió a realizar las gestiones en el Puesto de Salud del AA.HH Túpac Amaru. Obtenida la autorización por el director del Puesto de salud, se realizó las coordinaciones para captar madres de niños de dos a cinco años.

La recolección de datos se realizó en el primer semestre 2014. Previa presentación del consentimiento informado para pedir la autorización de las madres a que participen en este estudio, fueron informadas garantizando la protección de su dignidad. Los encuestadores fueron previamente capacitados para encuestar a las madres de los menores de dos a cinco años de edad, se hizo uso de una balanza, de un tallmetro en buenas condiciones para dar datos exactos y verídicos.

3.9. Análisis de datos

Los datos fueron recolectados manualmente y procesados por el programa Excel 2010 y el paquete estadístico.

Se utilizó la estadística descriptiva. Los resultados, fueron presentados en tablas y gráficos y sometidos a pruebas estadísticas mediante el programa SPSS versión 20.

3.10. Aspectos éticos

El estudio fue presentado al Comité de Ética de la DISA (Dirección de Salud) IV Lima Este. (ANEXO 7).

Se tuvo en cuenta los principios éticos fundamentales. El respeto por las personas (Dignidad Humana), las madres fueron tratadas como sujetos autónomos, con derecho a la autodeterminación, no sufrieron coerción de ningún tipo, siendo la persona un ser autónomo, único y libre con la capacidad de tomar sus propias decisiones de participar en la investigación, el principio de beneficencia con la investigación no se ocasionó ningún daño a la madre y el niño/a.

Principio de justicia, las madres fueron tratadas por igual sin preferencia alguna su participación fue muy valiosa. Aplicando procedimientos técnicos adecuados con la finalidad de proteger la integridad física, psicológica, enfocados a la sensibilidad.

Las madres que participaron fueron tratadas de igual manera sin discriminación alguna, con equidad y privacidad. Tenían opción a retirarse si lo deseaban en cualquier momento, no habría lugar a ninguna represalia. Firmaron el Consentimiento informado, con la finalidad de obtener beneficios para la madre y su niña/o.

CAPÍTULO 4: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se presentan a continuación los datos sociodemográficos de las madres de los niños de 2 a 5 años de edad Puesto de Salud Túpac Amaru – Ate Vitarte, 2014.

4.1. Resultados

Tabla 1: Factores sociales asociados a la Desnutrición en niños de 2 a 5 años Puesto de Salud Túpac Amaru - Ate Vitarte 2014

FACTORES SOCIALES	ESTADO NUTRICIONAL				Chi cuadrado	p
	Adecuado		Inadecuado			
	N	%	N	%		
Ocupación de la Madre						
Remunerada	25	25	12	12	8,2881	0,0039
No Remunerada	57	57	6	6		
Ingreso Familiar						
Adecuado	5	5	3	3	2,2402	0,1344
Inadecuado	77	77	15	15		
Vivienda						
Adecuada	5	5	2	2	0,6578	0,4502
Inadecuada	77	77	16	16		
Número de Habitaciones						
Adecuada	69	69	12	12	2,9303	0,0869
Inadecuada	13	13	6	6		
Acceso a Agua						
Si	48	48	9	9	0,4388	0,5076
No	34	34	9	9		
Acceso a Red Eléctrica						
Si	80	80	16	16	2,8907	0,0805
No	1	1	2	2		
Acceso a Seguro de Salud						
Si	62	62	4	4	18,7475	0,0000
No	20	20	14	14		

p<0,05

Chi cuadrado= 3, 84

El factor social asociado a la desnutrición en niños de 2 a 5 años fue la ocupación de la madre hallándose un valor de chi cuadrado mayor al valor crítico = 8,2881 y el acceso al seguro de salud = 18,7475 ($X^2 > 3,84$) y con un valor de p < 0,05.

Tabla 2: Factores demográficos asociados a la Desnutrición en niños de 2 a 5 años Puesto de Salud Túpac Amaru – Ate Vitarte 2014

FACTORES DEMOGRÁFICOS	ESTADO NUTRICIONAL				Chi cuadrado	P
	Adecuado		Inadecuado			
	N	%	N	%		
Edad de la Madre						
20 a 24 años	22		22		5	5
25 a 29 años	33		33		4	4
30 a 34 años	15		15		3	3
35 a 39 años	4		4		4	4
40 años a más	8		8		2	2
Número de Hijos						
1 a 2	56		56		6	6
3 a 4	22		22		10	10
5 a más	4		4		2	2
Grado de Instrucción						
Primaria	16		16		3	3
Secundaria	65	65	11	11		
Superior no universitaria		1		1	3	3
Superior universitaria		0		0	1	1
Estado Civil						
Conviviente	68		68		3	3
Separados		2		2	6	6
Casadas		12		12	7	7
Solteras		0		0	2	2
Procedencia						
Costa		33		33	0	0
Sierra		49		49	15	15
Selva	0	0	3	3		

p<0,05

Los factores demográficos asociados a la desnutrición en niños de 2 a 5 años fue el número de hijos, grado de instrucción, estado civil y procedencia, alcanzando un nivel de significancia con un valor de $p < 0,05$.

Tabla 3: Estado Nutricional de niños de 2 a 5 años según Indicadores Antropométricos Puesto de Salud Túpac Amaru – Ate Vitarte 2014

EDAD	IND. ANTROPOMETRICO	CATEGORÍA	N=34	100%
2 años	Peso/Edad	Sobrepeso	3	9
		Normal	28	82
		Riesgo de desnutrición	2	6
		Desnutrición	1	3
	Talla/Edad	Normal	25	74
		Riesgo de talla baja	2	6
		Talla baja	7	20
		Sobrepeso	5	15
Peso/Talla	Normal	29	85	
EDAD	IND. ANTROPOMETRICO	CATEGORÍA	N=26	100%
3 años	Peso/Edad	Sobrepeso	2	7
		Normal	22	85
		Riesgo de desnutrición	1	4
		Desnutrición	1	4
	Talla/Edad	Normal	22	85
		Riesgo de talla baja	1	4
		Talla baja	3	11
		Sobrepeso	3	12
Peso/Talla	Obesidad	1	4	
	Desnutrición	1	4	
	Normal	21	80	
EDAD	IND. ANTROPOMETRICO	CATEGORÍA	N=30	100%
4 años	Peso/Edad	Sobrepeso	3	10
		Normal	26	87
		Desnutrición	1	3
	Talla/Edad	Riesgo de talla baja	2	7
		Normal	28	93
		Sobrepeso	5	17
Peso/Talla	Obesidad	1	3	
	Desnutrición	1	3	
	Normal	23	77	
EDAD	IND. ANTROPOMETRICO	CATEGORÍA	N=10	100%
5 años	Peso/Edad	Sobrepeso	1	10
		Normal	9	90
	Talla/Edad	Normal	10	100
Peso/Talla		Sobrepeso	1	10
		Normal	9	90

Los preescolares de 2 años (n=34) según el indicador antropométrico de peso para la edad presentan normalidad 82% (28), talla para la edad normal 74% (25) e indicador peso para la talla normal 85% (29).

Los preescolares de 3 años (n=26) según el indicador antropométrico de peso para la edad presentan normalidad 85% (22), talla para la edad normal 85% (22) e indicador peso para la talla normal 80% (21).

Los preescolares de 4 años (n=30) según el indicador antropométrico de peso para la edad presentan normalidad 87% (26), talla para la edad normal 93% (28) e indicador peso para la talla normal 77% (23).

Los preescolares de 5 años (n=10) según el indicador antropométrico de peso para la edad presentan normalidad 90% (9), talla para la edad normal 100% (10) e indicador peso para la talla normal 90% (9).

Tabla 4: Estado de la Piel de niños de 2 a 5 años Puesto de Salud Túpac Amaru - Ate Vitarte 2014

ESTADO DE LA PIEL	CATEGORIA	N=100	100%
Turgencia Inadecuada	Presente	17	17%
	Ausente	83	83%
Palidez Palmar	Presente	16	16%
	Ausente	84	84%

Los preescolares presentan a la evaluación del estado de la piel ausencia de turgencia inadecuada 83% (83) y además también ausencia de palidez palmar 84% (84).

Tabla 5: Calidad de Alimentación asociado a la Desnutrición en niños de 2 a 5 años Puesto de Salud Túpac Amaru – Ate Vitarte 2014

CALIDAD DE ALIMENTACIÓN	ESTADO NUTRICIONAL				Chi cuadrado	p
	Adecuado		Inadecuado			
	N	%	N	%		
Adecuada	50	50	5	5	6,5725	0,0103
Inadecuada	32	32	13	13		

La calidad de la alimentación está asociada a la desnutrición en niños menores de 2 a 5 años hallándose un valor de chi cuadrado mayor al valor crítico= 6,5725 ($X^2 > 3,84$) y con un valor de $p < 0,05$.

4.2. Discusión

En el Perú, uno de los principales problemas que afrontan los niños de dos a cinco años es la desnutrición infantil, porque no sólo afecta el desarrollo normal de la primera infancia, si no se interviene dentro de los dos primeros años de vida del niño, la desnutrición infantil será irreversible; sus efectos lo acompañaran durante toda su vida y producirá efectos en el desarrollo social, económico del País.

La información que se presenta en la Tabla 1. Indican que los factores sociales están asociados a la desnutrición en niños de 2 a 5 años, en este factor predomina es aspecto económico, la mayoría de las madres sus ingresos son bajos. El 37% de las madres tienen ocupación remunerada menos del mínimo vital y sus hijos (12%) tienen estado nutricional inadecuado. Esto se debe a que ellas tienen que salir a cumplir con su trabajo ya sea en instituciones públicas y/o privadas, por lo que deben dejar a sus hijos, con sus familiares.

La ocupación es un factor importante en la sociedad ya que el ser humano va a desempeñar diversas actividades donde puedan recibir un salario que les va a permitir satisfacer sus necesidades básicas. Pero un determinado grupo de madres que no tienen apoyo del esposo no tienen trabajo estable, algunas de las madres son separadas por lo que tienen que salir fuera de su hogar en busca de un trabajo que respalde su situación económica y puedan vivir, ya que muchas veces las madres dejan sus hijos con familiares más cercanos o en cunas o centros de wawa wasi, que dan servicios de cuidado diurno y atención integral, donde los niños trascurren la jornada y las madres vienen a recogerlos según su horario de trabajo.

Asimismo se observa que el acceso al seguro social tiene mayor valor significativo ($\chi^2 > 3,84$ y $p < 0.05$), el 66% de las madres tienen seguro y de las cuales el 4% de sus hijos presentaban un estado nutricional inadecuado. El 34% de las madres no cuentan con un seguro y el 14% de sus hijos presentaban un estado nutricional inadecuado, lo que hace un porcentaje mayor con respecto a las madres aseguradas las cuales son atendidas con sus hijos en el puesto de salud en los servicios de niño sano, crecimiento y desarrollo.

Estos resultados se deben a que las madres en una mínima proporción tienen conocimiento sobre el seguro integral de salud, ya que es un servicio público que brinda el Estado peruano con la finalidad de garantizar el derecho a la salud, a la asistencia médica. Y además para hacer uso de este beneficio se debe presentar el DNI para su identificación.

Hay madres que tienen niños que no son reconocidos por los padres lo que les impide a que tengan este documento de identificación.

Otro de Los factores demográficos asociados a la desnutrición en niños de 2 a 5 años (Tabla 2). La mayoría de las madres proceden de la sierra y el 37% de sus edades oscilan entre 25 a 29 años de los cuales el 5% de sus hijos tenían estado nutricional inadecuado.

El 32% de las madres que tenían 3 a 4 hijos, el 10% de sus hijos presentaban estado nutricional inadecuado. El tener un mayor número de hijos, no reciben una alimentación balanceado con alimentos ricos en vitaminas, proteínas y carbohidratos.

Datos contrarios se hallaron en los resultados de Reyes J, Gallegos J⁸. Encontraron que el 66% de las madres tenían un hijo y el 34% tenían 2 hijos. El tiempo transcurrido desde su nacimiento de un hijo a otro es corto, y es un factor determinante en los estudios demográficos, esto influye en la alimentación, vivienda, salud, ingresos económicos²⁴.

El Lugar de procedencia de la familia se le asigna la originalidad de las personas que vienen en un determinado lugar. Por lo tanto la desnutrición no es sólo el producto de una insuficiente ingesta alimentaria, sino el resultado de una combinación de factores 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 ineficaces²⁹.

Los resultados hallados, se debe que gran parte de su población emigrar a la periferia de grandes ciudades en busca de mejores oportunidades laborales, donde se pierden muchos hábitos y costumbres entre ellos la lactancia materna; factor muy importante para el crecimiento y desarrollo del niño, muchas veces las madres no lactan quedando expuestos a un ambiente contaminado desde edades muy tempranas adquieren enfermedades digestivas, respiratorias e infecciosas iniciándose así el ciclo de la desnutrición.

En el estudio se halló que el 76% de las madres tenían grado de instrucción secundaria, de las cuales el 11% de sus hijos su estado nutricional era inadecuado. Datos contrarios, se encontraron en el estudio de Asencio L, Muñoz K⁹. Las madres tenían grado de instrucción primaria el 75% el 23%

nivel secundario y el 2% nivel superior. Situación similar se evidencia según los estudios realizados por León A, Terry B, Quintana I¹³. Se observó que el 39,3 % tenían un nivel primario o analfabetas.

En su estudio de Garcés T¹¹ halló en relación al nivel de instrucción de las madres presentan el 41,7% de educación primaria. Grado de Instrucción son estudios obtenidos, en un centro o institución educativa, se basa en el conocimiento y capacidades cognitivas adquiridas²⁴.

Se ha demostrado que el nivel educativo de una población está íntimamente relacionado con su estado nutricional de los niños en edad preescolar. Muchas veces por falta de educación se desconocen las prácticas de higiene, las técnicas de conservación de los alimentos o las cantidades óptimas que se deben consumir.

Según Indicadores Antropométricos. Tabla 3, el 85% de los niños de 2 años tienen peso para la talla normal. El 85% de los niños de 3 años, según el indicador de peso para la edad presentan normalidad, talla para la edad normal 85% y el 80% tienen peso para la talla normal. El 93% de los niños de 4 años tienen talla para la edad normal. El 100% de los niños de 5 años según el indicador antropométrico tienen talla para la edad normal.

Datos contrarios se encontraron en comparación con los estudios de Asencio L, Muñoz K⁹, encontraron que el 77% niños/as con peso normal, el 12% niños/as con desnutrición o bajo peso, el 7% con riesgo de sobrepeso y el 4% con obesidad. También en el estudio de Romero P, López M, Cortés A¹², encontraron el 50.4% tenían desnutrición leve o moderada y 17,2 por peso

por debajo de la norma para la edad. De igual manera para León A, Terry B, Quintana I,¹³ encontraron que el 7,9% de los casos presentaron algún grado de desnutrición. Mientras que Nieto B, Suarez M¹⁰. Encontraron que el 42% de familias de niños y niñas con desnutrición leve subsecuente tenían un hijo, el 38% dos hijos.

Los datos antropométricos son útiles porque registran y miden con precisión, a través de indicadores como: Peso/talla: detecta la desnutrición aguda o el sobrepeso.³³ Este indicador del crecimiento, relaciona el peso que tiene el niño con su talla en un momento determinado. Talla/Edad: detecta la desnutrición crónica, un proceso por el cual las reservas orgánicas que el cuerpo ha ido acumulando mediante la ingesta alimentaria se agotan debido a una carencia calórico-proteica. Asociada normalmente a situaciones de pobreza, con consecuencias para el aprendizaje y menos desempeño económico.²⁹ Peso / Edad: detecta la desnutrición global; es una carencia de peso para la edad.

La enfermera, en el primer nivel de atención hace uso de la educación sanitaria como elemento principal para crear en el individuo una cultura de salud que permite adoptar medidas óptimas de autocuidado y debe dirigir sus actividades hacia la prevención de trastornos del crecimiento; tales como la desnutrición crónica, retardo en el crecimiento y desarrollo.³⁵

Leininger defiende que así como la enfermería es significativa para los pacientes y para las enfermeras de todo el mundo, el saber de la enfermería transcultural y sus competencias serán imprescindibles para orientar las decisiones y las acciones de enfermeras(os) y así obtener resultados buenos y

eficaces. El trabajo de la enfermera es un servicio sacrificado, muchas veces no viene reconocido y gratificado, como es debido.

La información que se presenta en la tabla 4. Indican el estado de la piel de niños a 2 a 5 años. El 83% de los preescolares presentan a la evaluación del estado de la piel ausencia de turgencia inadecuada y el 84% ausencia de palidez palmar.

Es importante determinar la turgencia de la piel porque es un indicador para saber si el niño presenta anemia. La Turgencia cutánea es la capacidad de la piel para cambiar de forma y retornar a la normalidad, por lo tanto la piel que tiene turgencia normal regresa rápidamente a su posición normal, mientras que la piel con disminución de la turgencia permanece elevada y retorna lentamente a su posición normal. Otra de las características es la palidez palmar como signo de anemia, si el niño tiene la palma muy pálida y casi blanca significa que tiene una palidez palmar intensa y leve cuando la piel se ve ligeramente pálida.

La Calidad de Alimentación está asociada a la desnutrición en niños de 2 a 5 años (Tabla 5). El 55% es adecuado y el 45% es inadecuado. Datos contrarios se encuentran en Asencio L, Muñoz K9, demuestran que el 81% de los 72 preescolares llevaron una alimentación balanceada, en la cantidad y calidad de alimentos, los porcentajes de los diferentes alimentos de cantidad adecuada e inadecuada de los alimentos; el 78% consumen verduras en su mayoría 1 a 2 porciones, el 23% consume carnes 2 a 4 veces por semana y el 78% consumen verduras en su mayoría 1 a 2 porciones, el 23% consume carnes 2 a 4 veces por semana.

Una buena nutrición empieza en el útero materno; el cuidado prenatal es clave para evitar la desnutrición al nacer.

Es una etapa de vida de mayor velocidad de crecimiento de órganos y sistemas humanos. Existe poco conocimiento y valoración por parte de la familia del uso integral del control del Crecimiento y desarrollo, por lo tanto es necesario un cuidado integral del niño.

Los niños en edad preescolar, son vulnerables a la desnutrición por eso es importante asegurar una alimentación suficiente y adecuado; el ser humano necesita, energía para controlar su propio organismo. La energía es el combustible que nos permite realizar actividades como moverse, aprender, dormir, trabajar entre otras.²⁷

Desde el punto de vista del desarrollo psicomotor, el niño ha alcanzado un nivel que le permite una correcta manipulación de los utensilios empleados durante las comidas, siendo capaz de usarlos para llevar los alimentos a la boca. Normalmente, el niño tiende a comer lo que ve comer a sus padres y de otras personas que le acompañan.

Para lograr un bienestar nutricional en los niños en edad preescolar, es necesario el acceso de alimentos nutritivos, adecuadas prácticas del cuidado infantil, adecuados servicios de salud, abastecimiento de agua y saneamiento.

Según esta visión será posible que un niño este bien nutrido cuando esté bien alimentado y tenga buena salud; ello a su vez dependerá de que el niño esté bien atendido en su casa, en su comunidad, y que sus padres sepan preparar sus alimentos con calidad nutritiva e higiene.

Las madres con medios económicos bajos, buscan una alimentación balanceada y muchas de ellas acuden a los programas que el gobierno ha establecido según las estrategias de alimentación y nutrición que el puesto de salud cumple para dar prioridad a los grupos más vulnerables como es la niñez peruana. Además les permite reconocer la importancia de una alimentación suficiente y adecuada, con el triple objetivo de satisfacer sus necesidades nutritivas, prevenir y/o tratar diversas situaciones patológicas y crear unos buenos hábitos alimentarios

Alimentación y nutrición no son un mismo proceso. Alimentación es la ingesta de alimento para proveerse de energía y elementos para su desarrollo (crecimiento o reparación corporal), la nutrición viene hacer el conjunto de fenómenos involuntarios que ocurren tras la ingestión de los alimentos, es decir la digestión, la absorción (paso a la sangre de los nutrientes desde el tubo digestivo), y su asimilación en las células del organismo.

La malnutrición es el estado patológico debido a la deficiencia, el exceso o la mala asimilación de los alimentos. Por lo tanto el tratamiento y el seguimiento deben ser de carácter integral e interdisciplinario.²⁹

En el 2013 se promulgó la Ley N°30061 que declara de prioritario interés nacional la atención integral de la salud de los estudiantes de educación básica regular y especial de las instituciones públicas del ámbito del Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma y los incorpora como asegurados del Seguro Integral de Salud (SIS). Dicha Ley tiene como objetivo contribuir al desarrollo de las capacidades y mejorar el estado de salud de los estudiantes con especial énfasis en las zonas de mayor pobreza.

Asimismo en los últimos años el gobierno del Perú ha declarado la lucha contra la desnutrición crónica infantil (DCI) y fija una meta de reducir a 10% en el año 2016. Con este objetivo, el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social ha realizado estimaciones por cada región, de la meta de reducción de la desnutrición crónica infantil (DCI) y de las metas de cobertura de las principales intervenciones y estrategias efectivas. A nivel Nacional se encuentran programas como, Programa Articulado Nutricional (PAN), Programa de salud Materno Neonatal (SMN), Programa Nacional de Saneamiento Rural (PNSR), Programa Nacional de Saneamiento Urbano (PNSU), JUNTOS Y Cuna Más (PNCM).

CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

1. Los factores sociales de las madres asociados a la desnutrición en niños de 2 a 5 años es el nivel económico bajo y limitado acceso al seguro de salud.
2. Los factores demográficos asociados a la desnutrición en los niños de 2 a 5 años son el número de hijos, grado de instrucción, estado civil y procedencia, no encontrándose asociación con la edad de la madre.
3. El estado nutricional de los niños de 2 a 5 años de edad en la mayoría según los indicadores antropométricos y características de la piel se encontraron normales.
4. La calidad de la alimentación que reciben los niños de 2 a 5 años sí está asociada a la desnutrición.

5.2. RECOMENDACIONES

- Implementación de Programas Educativos en las Instituciones de Educación Inicial sobre la Calidad de la Alimentación sobre todo en el consumo balanceado de alimentos y formas de combinación que favorezcan el equilibrio nutricional, para la prevención de los problemas nutricionales asociados a la anemia; involucrado a los padres y profesores para que sirva de apoyo al equipo de salud.
- Preparación de material educativo dirigido a los niños para que puedan ser partícipes del cuidado de su salud desde edades tempranas y contribuya en mantener su salud en estado óptimo.
- A los estudiantes de enfermería durante su formación sigan promocionando la salud infantil desde el ámbito comunitario para contribuir a mejorar los indicadores sanitarios en favor de la población, porque garantizando la salud infantil es posible tener un mejor futuro con menos problemas de índole nutricional.
- Realizar investigaciones a nivel de las Micro redes y Redes para tener un amplio conocimiento de la Problemática del binomio madre niño en la etapa preescolar, para poder elaborar las estrategias apropiadas que permita aminorar las brechas existentes en el campo de la salud infantil.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF). Estado Mundial de la infancia 2012, niños y niñas en un mundo urbano [Internet] .2012 [Citado el 25 de enero 2013]. Disponible en: http://www.unicef.org/lac/SOWC_2012-Main_Report_SP.pdf
2. Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF). La desnutrición infantil, causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento [Internet] 2011 [citado 28 de enero]. Disponible en:<http://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/Dossierdesnutricion.pdf>
3. Martínez R, Hambre y desnutrición en los países de la Asociación de estados del Caribe (AEC) RELI [Internet] 2005 [Citado el 31 de enero 2013] Serie Políticas Sociales N°111. Disponible en: http://www.eclac.org/publicaciones/xml/4/22924/sps111_lcl2374_esp.pdf
4. Yagui M, Whitembury A, Romani F, Salinas W, Huamán L, Curisínche M, Cabezas C, Construcción de la agenda de investigación en desnutrición infantil en el Perú, periodo 2012 -2016.Rev Peruana de Epidemiología, [Internet] 2012[Citado 31 de Enero 2013 Enero],16 (2): [Alrededor de 8 p.]. Disponible en http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVrevistas/epidemiologia/v16_n2/contenido.htm
5. Encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES).indicadores de resultados de los Programas Estratégicos,2000 – 2012-[Citado el 20 de Julio 2013].Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2012/>

6. Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF).Estado Mundial de la infancia 2013, niños y niñas en un mundo urbano [Internet]. 2013; [Citado el 25 de enero 2013].Disponible en: [http://www.unicef.org/.../sowc2013/.../...](http://www.unicef.org/.../sowc2013/.../)
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).Se Reduce la Desnutrición Infantil. [Internet].[Actualizado el 29 de Abril 2013,citado el 20 de julio del 2013].Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/web/NotaPrensa/Attach/16355.pdf>
8. Reyes J, Gallegos J. La desnutrición infantil: Población rural del programa oportunidades. Rev. Académica de Investigación [Internet]. 2012 (9):[alrededor de 23 p]. [Citado el 28 de enero 2013].Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/tlatemoani/09/rhgm.pdf>
9. Asencio L, Muñoz K. Influencia de los factores socioeconómicos y culturales en el estado nutricional de los preescolares según su alimentación en la guarderías “San Pablito” y “Mis primeros pasos” comuna San Pablo, Santa Elena. Rev. Académica de Investigación [Internet]. 2012 Citado el 16 de agosto 2014].Disponible en <http://repositorio.upse.edu.ec:8080/bitstream/123456789/700/1/TESIS%20MARITA%20ASENCIO%20Y%20KAREN%20MU%C3%91OZ.pdf>
10. Nieto B, Suarez M. Factores asociados al estado de desnutrición leve subsecuente en los niños menores de 5 años en la clínica comunal Guadalupe-Apopa .San Salvador[Internet] San Salvador 2010.[Citado el 01 julio 2013] Disponible en <http://>

http://www.medicina.ues.edu.sv/index.php?option=com_content&view=article&id=102&Itemid=127

11. Garcés T. Desnutrición crónica, incidencia en niños menores de cinco años atendidos en el hospital Alfredo Noboa Montenegro del Cantón Guaranda en el periodo 2007-2008, [Internet]. Riomba – Ecuador; Servicio de publicaciones e intercambio científico, Facultad de salud Pública – Ecuador; 2009.[Citado el 30 de Enero 2013]Disponible en: <http://www.dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/147/3/94T00049.pdf>

12. León A, Terry B, Quintana I. El estado nutricional en niños menores de 5 años en un consultorio de Babahoyo (República de Ecuador). [Internet].2009 Rev cubana Hig Epide.,vol. 49,n.1,pp 1561-3003 [Citado el 30 de julio2014].Disponible en <http://scielo.sld.cu/pdf/hie/v47n1/hie03109.pdf>

13. Romero P, López M, Cortés A. Desnutrición y desarrollo infantil: Evolución de factores de riesgo ambientales y de historia de salud, Psicología y Salud, Universidad Veracruzana Xalapa, México [Internet].2008 [Citado el 30 de enero 2013] 18(001): [Alrededor de 80 p].Disponible en:[http:// www redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArpdfRed.jsp?](http://www.redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArpdfRed.jsp?)

14. Cudós M, Diángelo A. Percepción materna del estado nutricional y de la ingesta alimentaria de niños preescolares [Internet].2007 Citado el 2 de julio de 2014].Disponible en http://www.nutrinfo.com/biblioteca/monografias/percepcion_estado_nutricional_ingesta_alimentaria_ninos_preescolares.pdf

15. Silva Z, et al. Situación nutricional y hábitos alimentarios en preescolares del distrito de Belén, Iquitos – Perú. Citado el 30 de julio 2014]. Disponible en: <http://www.scribd.com/.../ARTICULO-CIENTIFICO-DRA-Zoraida-Rosario-Silva-Ac>. [Citado el 30 de julio 2014]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/hie/v47n1/hie03109.pdf>
16. Córdova R, Novoa F. Factores socio culturales – económicos y desnutrición en niños de 1 a 4 años. De Salud Santa Teresita. Sullana. Tesis [Internet]. 2006: [Citado el 2 de julio de 2013]. Disponible en: <http://sigb.uladech.edu.pe/intranet-tmpl/prog/es-ES/PDF/6.pdf>
17. Miller K. Diccionario enciclopédico de Enfermería. Médica Panamericana España, 1992.
18. Real Academia Española [Internet]. Dic de la real ac... vigésima segunda edición. [Citado del 21 de junio 2013]. Disponible en <http://lema.rae.es/drae/?val=ingreso%20>
19. Definición de trabajo [Internet] 2012 [Citado el 22 de junio 2013]. Disponible en: <http://www.wordreference.com/definicion/trabajo>
20. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Definiciones y Conceptos Censales Básicos. [Internet]. 2012 [Citado el 22 de junio 2013]. Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0862/anexo04.pdf>
21. Miller K. Diccionario enciclopédico de Enfermería. Médica Panamericana España, 1992.

22. Valenzuela M.I. Edad biológica y cronológica. [Internet]. 2008 Nov [citado el 12 de junio 2013]:[alrededor de 1 p.]. Disponible en:<http://www.ligasmayores.bcn.cl/content/view/323486/Que-es-la-edad-biologica-y-que-es-la-edad-cronologica.html>
23. Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet] 2012.[Citado el 20 de junio 2013]. Disponible en : <http://censos.inei.gob.pe/Anexos/Libro.pdf>
24. Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet] 2012.[Citado el 20 de junio 2013]. Disponible en: <http://censos.inei.gob.pe/Anexos/Libro.pdf>
25. Etapa preescolar Psicología [Internet].2012 [citado el 15 de junio 2014] <http://etapapreescolarpsicologia.blogspot.com/2012/11/desarrollo-en-eta>
26. Fondo de Naciones unidas para la infancia (UNICEF), “la desnutrición [Internet]. 2012 [Citado 15 de junio 2014] disponible en: http://www.unicef.org/lac/glosario_malnutricion.pdf
27. Guía Infantil [Internet] 2012 [Citado el 23 de junio 2013]. Disponible en: <http://www.guiainfantil.com/salud/alimentacion/preescolar.htm>
28. Ministerio de Salud [internet]. [Citado el 10 de Junio 2014]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2014/aprende/index.html>
29. Roggiero EA, Di Enzo MA. Desnutrición Infantil Fisiopatología Clínica y Tratamiento Dietoterápico. Corpus Editorial y distribuidora, Argentina 2007. 1a ed. 218 p.

30. La reducción de la Desnutrición Crónica Infantil como Política de Estado. [Internet] 2010 [Citado el 9 de setiembre 2014] disponible en:http://www.midis.gob.pe/dgsye/evaluacion/documentos/La_reduccion_de_la_Desnutricion_Cronica_Infantil.pdf
31. Fondo de Naciones unidas para la infancia (UNICEF), “la desnutrición [Internet]. 2012 [Citado 15 de junio 2014] disponible en: http://www.unicef.org/lac/glosario_malnutricion.pdf
32. Ministerio de Salud, Norma Técnica de Salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y niño menor de cinco años.[Internet] 2010 [Citado el 9 de febrero 2013] R.M. – N° 990 – 2010/MINSA.URL disponible en: http://unicef.org/Perú/spanish/NORMA_CRED.pdf
33. Ministerio de Salud, Norma Técnica de Salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y niño menor de cinco años.[Internet] 2010 [Citado el 9 de febrero 2013] R.M. – N° 990 – 2010/MINSA.URL disponible en: http://unicef.org/Perú/spanish/NORMA_CRED.pdf
34. Nubia M. Index de Enfermería. [Internet] 2009 [citado el 20 de Julio 2013]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962009000200007&script=sci_arttext
35. Marriner A, Raile M, modelos y teorías en enfermería, 4 ed. Madrid, Harcourt brace 1999.

36. Beth HA, Nicolau A, Américo CF, Ximenes LB, Bernheim RG, Oriá M, Factores socioculturales que influyen en la práctica de la lactancia entre mujeres de baja renta en fortaleza, Ceará Brasil: una perspectiva a partir del modelo del sol naciente de Leininger. RELI [Internet] 2010 [Citado el 16 de enero 2013], (19) disponible en <http://www.um.es/eglobal>.
37. Definiciones sobre factores socioeconómicos [Internet] 2012 [Citado el 23 de junio 2013]: Disponible en: <http://www.ehowenespanol.com/definicion-factores-socioeconomicos>
38. Martínez B, Céspedes N. Metodología de la investigación Estrategia para investigar como hacer un proyecto de tesis. Perú. Ed. Libro Amigo; 2008.

ANEXOS

ANEXO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES
Variable Independiente: Factores Sociodemográficos .Factores sociales de la madre.	Son condiciones internas y externas que influyen directa o indirectamente en las condiciones de vida.	Ocupación	Nivel o condición en que se desenvuelve la madre de familia en el aspecto económico dentro de la comunidad y grupo social.	Tipo de ocupación
		Ingreso familiar	Cantidad de dinero que ingresa al hogar por parte de los padres y que sirve para satisfacer las necesidades de sus ocupantes al mes.	Entradas económicas de la Familia.
		Ingreso destinado a la alimentación	Es la cantidad del ingreso que se destina al gasto en alimentos durante la semana.	Gasto consignado a la alimentación.
	Son los diversos modos de interactuar de las madres en grupo social.	Vivienda	Mansión destinada a ser habitada por una o varias personas.	Tipo de vivienda
		Número de habitaciones	Se refiere a los compartimientos que tiene una vivienda.	Número de habitaciones
		Servicios Públicos de suministro	Se refiere a la forma de abastecimiento y procedencia del agua utilizada en la vivienda.	Tipo de servicio
		Posibilidad al servicio de electricidad.	Es el tipo de alumbrado que prevalece en las viviendas de la población de menores ingresos residentes en el área marginal.	Tipo de servicio

Factores Demográficos de la madre.	Son condiciones que se encuentran ligadas en la vida de la madre del niño de dos a cinco años, edad, sexo, lugar de procedencia, número de hijos, grado de instrucción, estado civil.	Edad	Esta referida a la edad biológica de la madre es decir al tiempo transcurrido desde el nacimiento, que corresponde a una etapa de vida.	20a 24 años 25 a 29 años 30 a 34 años 35 a 39 años 40 años a más
		Lugar de procedencia.	Es la extensión geográfica de un país, región, lugar determinado, para designar la originalidad de las personas incluyendo a los factores humanos	Costa Sierra Selva
		Fecundidad	Referido a la cantidad de hijos que la madre tiene y les ofrece sus cuidados.	Número de hijos
		Grado de Instrucción	Nivel de estudios o aprendizaje obtenidos por la madre, se basa en el nivel de conocimiento y capacidades cognitivas adquiridas en un centro o institución educativa	Último nivel de enseñanza alcanzado por la madre.
		Estado Civil	Es la situación de las madres determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes,	Tipos de estado civil

Variable Dependiente Desnutrición de niños/as de dos a cinco años de edad.	Estado patológico resultante de una dieta deficiente en uno o varios nutrientes esenciales o de una mala asimilación de los alimentos.	T/E	Es un indicador del crecimiento y detecta la desnutrición crónica. Al restringirse la alimentación, la velocidad de crecimiento, tanto el peso como la talla, disminuyen.	Estado nutricional
		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.	Estado nutricional
		P/E	Es un indicador del crecimiento de la masa corporal, detecta la desnutrición global.	Estado nutricional
Alimentación del niño/a	A partir de los 6 meses a más, las necesidades de energía y nutrientes del niño/a empiezan a ser superiores a lo que puede aportar la leche materna, por lo que se hace necesaria la introducción de una	Inicio de alimentación	Es la introducción de alimentos complementarios seguros y nutricionalmente adecuados a partir de los 6 meses, continuando la lactancia materna hasta los 2 años o más.	Edad de inicio

	alimentación complementaria	Consumo de alimentos	Son sustancias nutritivas que el cuerpo necesita en pequeñas cantidades para proteger de cualquier enfermedad.	Tipo de alimentos. Números raciones. Cantidad de frutas y verduras que consume. Tipo y consumo de menestras.
--	-----------------------------	----------------------	--	---



ESCUELA DE ENFERMERIA PADRE LUIS TEZZA
AFILIADA A UNIVERSIDAD RICARDO PALMA



ANEXO: 2

DISEÑO MUESTRAL

$$n = \frac{Z^2 \times p(1-p) \times N}{e^2 \times (N-1) + Z^2 \times p(1-p)}$$

N = 135 (Población mensual)

Z= 1.96 (95% de Intervalo de Confianza)

P= 0.5

Q= (P- 1) = 0.5

E= 0.05 (5%)

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 135}{(0.05)^2 (135 - 1) + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

n=100



ESCUELA DE ENFERMERIA PADRE LUIS TEZZA
AFILIADA A UNIVERSIDAD RICARDO PALMA



ANEXO 3
CUESTIONARIO

PRESENTACIÓN

Buenos días señora mi nombre es sor Faustina Ruiz Collazos, soy estudiante del X ciclo de Enfermería Padre Luis Tezza Afiliada a la Universidad Ricardo Palma en coordinación con la Institución, estoy realizando un estudio con el objetivo de obtener información sobre los factores Sociodemográficos y estado nutricional en niños de dos a cinco años.

Por lo que se solicita responder con sinceridad para tener información veraz y poder orientarla más adelante y mejorar el estado de nutrición de sus niños. Agradezco de antemano su participación, que será anónima y los datos que Ud., brinde serán confidenciales.

INSTRUCCIONES: A continuación se presentaran preguntas. Conteste marcando con un solo circulo (O) o una sola aspa (X) una alternativa de respuesta. Si Ud. tuviera alguna duda, pregúntele a la persona a cargo.

I.DATOS GENERALES:

Edad del niño/a:..... Fecha de nacimiento:.....

Sexo del niño:

a) Masculino () b) Femenino ()

ALIMENTOS QUE RECIBE EL NIÑO/A

1. ¿Al iniciar la alimentación de su hijo con que tipos de alimento comenzó?

a) Sopas () b) leche () c) puré o papilla () d) especifique.....

2. ¿Número de raciones que consume diariamente el niño(a)?

a) Desayuno - almuerzo ()

b) Desayuno - almuerzo - Lonche ()

c) Desayuno – refrigerio – almuerzo- cena ()

d) Desayuno – refrigerio – almuerzo – lonche - cena ()

3. ¿Cuántas veces al día come frutas la niña/o?

a) Una vez () b) dos veces () c) tres veces () d) especifique.....

4. ¿Cuántas veces al día come verduras la niña/o?

a) Una vez () b) dos veces () c) tres veces () d) especifique.....

5. ¿Qué alimentos recibe su niña/o en el desayuno?

a) Leche y pan () b) avena y pan () c) té o infusión ()

d) otro especificar.....

6. ¿Cuántas veces por semana consume carne?

a) Una vez por semana () b) dos veces por semana ()

c) tres veces por semana () d) especifique.....

7. ¿Qué tipo de carne consume con mayor frecuencia?

a) Res, pollo, pescado () b) pescado y pollo () c) pollo ()

d) otros especifique.....

8. ¿Con qué frecuencia consume hígado, corazón, sangrecita?

a) Una vez por semana () b) dos veces por semana ()

c) tres veces por semana () d) otros especifique.....

9. ¿Cuántas veces por semana su niño/a come menestras?

a) Una vez por semana () b) dos veces por semana ()

c) tres veces por semana () d) otros especifique.....

II. FACTORES SOCIALES DE LA MADRE

1. Ocupación de la madre:

- a) Estudiante () b) Empleada () c). Independiente ()
d). Ama de casa ()

2. Ingreso familiar: al mes

- a). S/ 300 o menos () b).S/ 301 -500 () c). S/501-700 ()
d).S/701 -900 () d). Otros especificar.....

3. Cantidad de dinero que destina a la alimentación: semanal

- a). S/ 100 () b).S/ 150 () c). S/ 200 ()
d).S/ 2 0 () e). Otros especificar.....

4. Vivienda

- a) Propia concluida () b) Propia inconclusa () c) Propia precaria ()
d) Alquilada () e) Alojados ()

5. Número de habitaciones de la vivienda:

- a) Una () b) Dos () c) Tres ()

6. Acceso a agua potable:

- a) Red () b) Pilón () c) Cilindro ()

7. Acceso a servicios de luz:

- a) Electricidad () b) Vela ()

8) Tipo de seguro:

- a) Es salud () b) Sis () c) Otros especificar.....

III.FACTORES DEMOGRÁFICOS DE LA MADRE

1 .Edad de la madre: _____años Fecha de nacimiento:.....

2. Número de hijos: _____

3. Grado de instrucción:

- a) Sin nivel () b) Primaria () c) Secundaria ()
d) Superior no universitario () e) Superior universitario ()

4. Estado Civil:

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

5. Lugar de procedencia de la Madre:

- a) Costa () b) Sierra () c) Selva ()

ANEXO 3A

Hoja de criterios de cuestionario

PREGUNTA	RESPUESTA CORRECTA
1	C
2	D
3	C
4	C
5	A
6	C
7	A
8	C
9	C

Fuente: cuestionario calidad de alimentos del niño/a

II. DATOS DEMOGRÁFICOS Y ANTROPOMETRICOS DEL NIÑO/A

ANEXO: 3B

N°	Iniciales del niño	Edad	sexo	Peso al nacer	Peso actual	Talla al nacer	Talla actual	Peso/ edad	Turgencia de la piel	Palidez Palmar intenso

ANEXO: 3C

ALIMENTACIÓN DIARIA PARA NIÑOS Y NIÑAS DE 2 A 5 AÑOS

ALIMENTO	FRECUENCIA	CANTIDAD SUGERIDA	
		NIÑOS	NIÑAS
Lácteos bajos en grasa	diaria	3 tazas	3 tazas
Verduras	diaria	Dos platos chicos crudos o cocidos	Dos platos chicos crudos o cocidos
Frutas	diaria	3 unidades	3 unidades
Pescado	Dos veces por semana	Una presa chica	Una presa chica
Pollo, pavo o carnes sin grasa	Dos veces por semana	Una presa chica	Una presa chica
legumbres	Dos veces por semana	Un plato chico	Una presa chica
Huevos	2 o 3 veces por semana	½ a 1 unidad	½ a 1 unidad
Cereales o pastas o papas cocidas	4 a 5 veces por semana	1 plato chico	1 plato chico
Panes	diario	1 unidad	1/2 unidad
Aceites y otras grasas	diaria	Poca cantidad	Poca cantidad
Azúcar	diaria	4 cucharadas	4 cucharadas
Agua	diaria	5 a 6 vasos	5 a 6 vasos
Aporte	calórico	Aprox. 1400 kcal	1250 kcal

Fuente: Guía Consumo Saludable



**ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA
AFILIADA A LA UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**



ANEXO 4

VALIDEZ DE INSTRUMENTO

Ítems	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	Juez 6	Suma	P
1	1	1	1	1	1	1	6	0,0156
2	1	1	1	1	1	1	6	0,0156
3	1	1	1	1	1	1	6	0,0156
4	1	1	1	1	1	1	6	0,0156
5	1	1	1	1	1	1	6	0,0156
6	1	1	1	1	1	1	6	0,0156
7	1	1	1	1	1	1	6	0,0156
8	1	1	1	1	0	0	4	0,2344
9	1	1	1	1	1	1	6	0,0156
10	1	1	1	1	1	1	6	0,0156
								0,3750

Se ha considerado:

0: Si la respuesta es negativa.

1: Si la respuesta es positiva.

Excepto en las preguntas 7 y 8 que es lo contrario.

n=8

$$P = 0,3750 = 0.0375$$

10

Si "P" es menor de 0.0 entonces la prueba es significativa: Por lo tanto el grado de concordancia es significativo, siendo el instrumento válido según la prueba binomial aplicada al juicio de experto **p = 0.0375**.



**ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA
AFILIADA A LA UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**



**ANEXO 5
CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTO
PRUEBA KUDER RICHARSON**

ALIMENTACIÓN DEL NIÑO	n	KR-20	CONFIABILIDAD
General	08	0,857	Aceptable

$$r_r = \frac{n}{n-1} * \frac{V_t - \sum pq}{V_t}$$

En donde:

r_r = coeficiente de confiabilidad.

N = número de ítems que contiene el instrumento.

V_t = varianza total de la prueba.

$\sum pq$ = sumatoria de la varianza individual de los ítems.

Una confiabilidad es buena cuando su coeficiente se acerca a 1 y es mayor que 0,5 por lo cual la confiabilidad del instrumento es ACEPTABLE, tomando en cuenta todos los ítems de cada dimensión.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANEXO 6

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

Factores sociodemográficos asociados a la desnutrición en niños de dos a cinco años que se atienden en un Puesto de Salud, del AA.HH. Túpac Amaru.

Objetivo de la investigación:

Conocer los factores sociodemográficos y el estado nutricional en los niños de dos a cinco años del Puesto de salud AA.HH. Túpac Amaru.

¿Qué se propone en este estudio?

Llenar un perfil de la madre del niño y un cuestionario que contiene 25 preguntas y una guía de observación.

¿Cómo se seleccionaran a los participantes?

Los niños (as) serán seleccionados por disponibilidad en las familias con previa autorización de los padres.

Cantidad y edades de los participantes

La cantidad será 100 madres entre 15 a 60 años y niños/as y las edades entre dos a cinco años.

Tiempo requerido:

El tiempo estimado para contestar el cuestionario será 15 minutos. se pesará y tallará los niños/as en un tiempo estimado de 15 minutos.

Riesgos y Beneficios: La madre y el niño/a no correrá riesgo ni de manera física o mental y evitará todo tipo de molestias.

Confidencialidad:

El proceso será estrictamente confidencial. Su nombre no será utilizado en ningún informe cuando los resultados de la investigación sean publicados.

Participación voluntaria:

La participación es estrictamente voluntaria.

La participante tendrá el derecho a retirarse de la investigación en cualquier momento. No habrá ningún tipo de sanción o represalias.

A quién contactar en caso de preguntas:

Investigadora sor Faustina Ruiz Collazos N° de Cel. 988416574

Si desea Ud., y su hijo participar, por favor llenar el talonario de autorización y devolver a la muestra a la investigadora.

Nombre investigadora

Sor Faustina Ruiz Collazos

.....

AUTORIZACIÓN

He leído el procedimiento descrito arriba. El (la) investigador(a) me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para que mi hijo (a) _____, participe en el estudio de (nombre de la investigadora) sobre _____.

Padre /Madre

Fecha



ESCUELA DE ENFERMERIA PADRE LUIS TEZZA
AFILIADA A LA UNIVERSIDAD RICARDO PALMA



ANEXO: 7

**CARTA DE APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA Y AUTORIZACIÓN PARA
EJECUTAR EL PROYECTO**



ESCUELA D ENFERMERIA PADRE LUIS TEZZA

AFILIADA A LA UNIVERSIDAD RICARDO PALMA



ANEXO 8

INFORME DE LA PRUEBA PILOTO

La prueba piloto se llevó a cabo en el puesto de salud, ubicado en la Mzna C, Zona 2, del AA.HH. Túpac Amaru, en el distrito de Ate - Vitarte, a la altura del Km, 4.5 de la carretera Central. Donde se realizaron coordinaciones correspondientes con el Dr. Jefe de la Micro red Ate II- Ate Vitarte, para la aplicación de las variables de estudio.

Las madres aceptaron participar libre y voluntariamente luego de informarle sobre el estudio de investigación. El día 11,12 13 de noviembre del 20113 se realizó por la tarde de 3: pm a 6:00 pm previo consentimiento informado, con una población de 25 madres y 25 niños donde se aplicó el cuestionario a las madres y a los niños de 2 a 5 años, se les peso y tallo, con un tiempo de duración de 15 a 20 min por niño. Entre los inconvenientes que se presentaron fue que algunas madres por motivo de trabajo no asistían a la hora por lo que se emplearon tres días con la finalidad de que las madres participaran en el estudio. A continuación se presentan los resultados obtenidos en la prueba piloto:

Factores sociodemográficos fueron que el 92% de las madres tenían de 15 a 19 años de edad, y el 60% eran de la sierra, el 60% de las madres tenían

un solo hijo, el 72% con grado de instrucción secundaria, y el 64% eran convivientes.

Factores sociales se encontró que el 56% de las madres eran amas de casa, 44% tenían un ingreso familiar de s/ 701 – 900, un 76% contaban con una cantidad de dinero destinada a la alimentación semanal de S/ 100.00y el 28% habitaban en viviendas precarias y el 28 % eran alojadas, el 40% con tres habitaciones, el acceso de los servicios de agua potable el 68% y el 100% al servicio de luz eléctrica.

El 56% de los niños/as tuvieron 2 años a 11 meses de edad, el 52% eran de sexo masculino. Los niños de 2 a 11 meses, 13 niños presentaron un estado nutricional normal y uno presentó desnutrición, los niños que tenían 3 años 11 meses, uno presentó sobre peso y tres presentaron un estado nutricional normal, los niños de 4 años 11 meses, siete presentaron un estado nutricional normal.

En conclusión los factores predominantes fueron la edad de la madre que venían de la sierra y eran de estado civil convivientes y de ocupación amas de casa; las edades de los niños fluctuaban entre 2 años 11 meses y eran de sexo masculino, presentando un estado nutricional normal.

Tabla 9 A:

**Factores Sociales de las madres de niños de 2 a 5 años Puesto de Salud
Túpac Amaru – Ate Vitarte, 2014**

FACTORES SOCIALES	CATEGORIA	N=100	100%
Ocupación de la madre	Remunerada	37	37
	No remunerada	63	63
Ingreso Familiar	Adecuado	8	8
	Inadecuado	92	92
Vivienda	Adecuada	7	7
	Inadecuada	93	93
Número de habitaciones	Adecuada	19	81
	Inadecuada	81	19
Acceso a agua potable	Si	57	57
	No	43	43
Acceso a red eléctrica	Si	96	96
	No	4	4
Acceso a seguro de salud	Si	66	66
	No	34	34

Las madres de preescolares tienen actividades ocupacionales no remuneradas 63% (63), su ingreso familiar es inadecuado 92% (92), vivienda inadecuada 93% (93), número de habitaciones inadecuada 81% (81), cuentan con acceso a agua potable 57% (57), acceso a red eléctrica 96% (96) y acceso a seguro de salud 66% (66).

Tabla 9B:

**Factores Demográficos de las madres de niños de 2 a 5 años
Puesto de Salud Túpac Amaru – Ate Vitarte, 2014**

FACTORES DEMOGRÁFICOS	CATEGORIA	N=100	100%
Edad	20 a 24 años	27	27
	25 a 29 años	37	37
	30 a 34 años	18	18
	35 a 39 años	8	8
	40 años a más	10	10
Número de hijos	1 a 2	62	62
	3 a 4	32	32
	5 a más	6	6
Grado de Instrucción	Primaria	19	19
	Secundaria	76	76
	Superior no universitaria	4	4
	Superior universitaria	1	1
Estado Civil	Conviviente	71	71
	Separados	8	8
	Casadas	19	19
	Solteras	2	2
Procedencia	Costa	33	33
	Sierra	64	64
	Selva	3	3

Las madres de preescolares tienen en su mayoría entre 25 a 29 años 37% (37), tienen entre 1 a 2 hijos 62% (62), su instrucción secundaria 76% (76), estado civil convivientes 71% (71) y de procedencia de la sierra 64% (64).

Tabla 9C:

**Calidad de Alimentación de niños de 2 a 5 años del Puesto de Salud
Túpac Amaru según indicadores – Ate Vitarte, 2014**

CALIDAD DE LA ALIMENTACIÓN	CATEGORIA	N=100	100%
Número de Raciones	3 raciones	41	41
	4 raciones	10	10
	5 raciones	49	49
Consumo de frutas	1 vez al día	40	40
	2 veces al día	32	32
	3 veces al día	28	28
Consumo de verduras	1 vez al día	60	60
	2 veces al día	21	21
	3 veces al día	19	19
Consumo en el desayuno	Leche y pan	60	60
	Avena y pan	37	37
	Té o infusión	3	3
Consumo de carne	1 vez por semana	50	50
	2 veces por semana	26	26
	3 veces por semana	24	24
Tipo de carne que consume	Res/pollo/Pescado	51	51
	Pollo/pescado	30	30
	Pollo	19	19
Consumo de alimentos hemínicos	1 vez por semana	70	70
	2 veces por semana	20	20
	3 veces por semana	10	10
Consumo de menestras	1 vez por semana	18	18
	2 veces por semana	10	10
	3 veces por semana	82	82

Las madres ofrecen a los niños de 2 a 5 años cinco raciones de comidas 49% (49), consume frutas 1 vez al día 40% (40), consumo de verduras 1 vez al día 60% (60), consumo en el desayuno leche y pan 60% (60), consumen carne una vez por semana 50% (50), el tipo de carne es la de res, pollo y pescado 51% (51), consumen alimentos hemínicos 1 vez por semana 70% (70) y menestras 3 veces por semana 82% (82).

Tabla 9D:**Datos Generales según edad y sexo de los niños de 2 a 5 años del Puesto de Salud Túpac Amaru – Ate Vitarte, 2014**

DATOS	CATEGORIA	N=100	100%
Edad	2 años	34	34
	3 años	26	26
	4 años	30	30
	5 años	10	10
Género	Femenino	46	46
	Masculino	54	54

Los niños preescolares tienen edades en su mayoría de 2 años 34% (34), seguidos de las de 4 años 30% (30), 3 años 26% (26) y 5 años 10% (10); pertenecen al género masculino 54% (54) y femenino 46% (46).

Puesto de Salud, Túpac Amaru. Se encuentra ubicado en la Mzna C, Zona 2, del AA.HH. Túpac Amaru, en el Distrito de Ate – Vitarte, a la altura del Km, 4.5 de la carretera Central



La clasificación del estado nutricional en niñas y niños de 29 días a menores de cinco años, se realiza en base a la comparación de indicadores: peso para la edad (P/E), longitud/estatura para la edad (T/E), peso para la longitud/estatura (P/T) con los valores de los Patrones de Referencia vigentes.

