



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“DETERMINANTES DE LA SALUD QUE CONDICIONAN LA
DESNUTRICION EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS DEL
AA.HH. HUSARES DEL PERU, 2017”**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERIA**

LIMA AROSTEGUI, THALIA MELISSA

PUCALLPA - PERÚ

2017

ÍNDICE

Pág.

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

ÍNDICE DE TABLAS

RESUMEN

i

ABSTRACT

ii

INTRODUCCIÓN

iii

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

1

1.2 Formulación del problema

4

1.2.1 Problema principal

4

1.2.2 Problemas secundarios

4

1.3 Objetivos de la investigación

5

1.3.1 Objetivos generales

5

1.3.2 Objetivos específicos

5

1.4 Justificación del estudio

6

1.5 Limitaciones de la investigación

8

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

9

2.2. Bases teóricas

22

2.3. Definición de términos

59

2.4. Hipótesis

60

2.4.1. Hipótesis general

60

2.4.2. Hipótesis específica	60
2.5. Variables	61
2.5.1. Definición conceptual de la variable	61
2.5.2. Definición operacional de la variable	62
2.5.3. Operacionalización de la variable	63

CAPITULO III: MATERIAL Y MÉTODO

3.1. Tipo y nivel de investigación	65
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	66
3.3. Población y muestra	66
3.4. Método	67
3.5. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	67
3.6. Validez y confiabilidad del instrumento	68
3.7. Plan de recolección y procesamiento de datos	70
3.8. Análisis de datos	70
3.9. Consideraciones éticas	71

CAPITULO IV: RESULTADOS

CAPITULO V: ANALISIS Y DISCUSIÓN

CONCLUSIÓN

RECOMENDACIONES.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA (ESTILO VANCOUVER)

ANEXOS

Anexo 1: Base de datos del Alfa de Crombach

Anexo 2: Pruebas de Confiabilidad

Anexo 3: Formato de validación

Anexo 4: Autorización del Presidente del AA.HH Húsares del Perú

Anexo 5: Graficas de CRED niño

Anexo 6: Graficas de CRED niña

Anexo 7: Peso y talla de la variable 2

Anexo 8: Cuestionario

Anexo 9: Base de datos de las variables

Anexo 10: Matriz de consistencia

DEDICATORIA

A mi madre, que siempre será mi soporte e inspiración y a mi tíos Karina y Moisés por su apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTO

A Dios por darme salud y ser mi fortaleza en momentos de debilidad, a mis maestros de la UAP por sus enseñanzas brindadas, en especial al Doctor Marco Antonio Díaz Apac por ser partícipe en la realización de este proyecto.

Índice de tabla

Tabla N°: 1 Variable determinantes de la salud	72
Tabla N°: 2. Variable determinantes socioculturales.....	73
Tabla N°: 3. Variable determinantes medioambientales	74
Tabla N°: 4. Variable determinantes biológicos.....	75
Tabla N°: 5. Variable desnutrición infantil en niños menores de cinco años	76
Tabla N°: 6. P – valor determinantes de la salud y desnutrición.....	77
Tabla N°: 7. Correlación de Pearson Variable 1_Variable2	78
Tabla N°: 8. P – valor determinantes socioculturales y desnutrición	80
Tabla N°: 9. Correlación de Pearson Socioculturales_Desnutricion	80
Tabla N°: 10. P-valor Determinantes medioambientales y desnutrición	82
Tabla N°: 11. Correlación de Pearson Medioambientales_desnutricion.....	83
Tabla N°: 12. P-valor Determinantes biológicos y desnutrición	85
Tabla N°: 13. Correlación de Pearson Biologicos_desnutricion.....	85

Índice de gráficos

Grafico N° 1: Determinantes de la salud	72
Grafico N° 2. Determinantes socioculturales.....	73
Grafico N° 3. Determinantes medioambientales	74
Grafico N° 4. Determinantes biológicos.....	75
Grafico N° 5. Variable desnutrición infantil en niños menores de cinco años...	76
Grafico N° 6. Grado de correlación de Pearson	78
Grafico N° 7. Correlación de Pearson	81
Grafico N° 8. Grado de correlación de Pearson.....	83
Grafico N° 9. Grado de correlación de Pearson	86

RESUMEN

Estudio desarrollado con el objetivo de Establecer cuál es el grado de relación que existe entre los determinantes de la salud y la desnutrición en niños menores de cinco años del AA.HH Húsares Del Perú, 2017. Metodología: Investigación descriptiva en la modalidad de estudio correlacional de corte transversal; Población de 30 niños con desnutrición, Muestra 22 niños menores de cinco años con problemas de desnutrición; el instrumento utilizado fue un cuestionario con 19 preguntas. Se realizó la validez del contenido mediante juicio de expertos y la prueba alfa de Crombach. Los datos se analizaron con estadísticas descriptivas, La relación de las variables fueron analizadas mediante prueba de Pearson. Resultados: existe relación de dependencia entre los determinantes de la salud y la desnutrición en niños menores de cinco años del AA.HH Húsares Del Perú del Distrito de Yarinacocha, 2017. Conclusión: El grado de relación que existe entre los determinantes de la salud y la desnutrición en niños menores de cinco años del AA.HH Húsares Del Perú del Distrito de Yarinacocha, 2017 es inversamente proporcional; ya que la correlación de PEARSON determina $r = -0,502$, el cual Indica que existe un grado de correlación negativa media.

PALABRAS CLAVES: Desnutrición, Peso, Talla, Determinantes de la salud.

ABSTRAC

This study was developed with the aim to find out about the degree of relationship that exists between the determinants of health and malnutrition in children under five years of the A.H. Húsares Del Perú, 2017.

Methodology: It was a descriptive research, with a cross-sectional correlational study type; the population consisted of 30 children with malnutrition, with a sample of 22 children under five years old with malnutrition problems; the instrument used was a questionnaire with 19 questions. The content was validated by expert judgment and the Crombach alpha test. The data were analyzed with descriptive statistics, and the relationship of the variables were analyzed using the Pearson's test.

Results: A dependence relationship was found between the determinants of health and malnutrition in children under five years of the A.H. Húsares Del Perú, 2017.

Conclusion: It was found that the degree of the existing relationship between the determinants of health and malnutrition in children under five years of the A.H. Húsares Del Perú Yarinacocha District, 2017 is inversely proportional; since it was determined by the PEARSON correlation that $r = -0.502$, which indicates that there was an average degree of negative correlation.

KEYWORDS: Malnutrition, Weight, Height, Determinants of health.

INTRODUCCION

La desnutrición es el desequilibrio celular entre el suministro de nutrientes y la energía y la demanda del cuerpo para que puedan garantizar el crecimiento, mantenimiento y funciones específicas. (30)

La desnutrición, especialmente en la infancia, es un obstáculo que impide que los individuos, e incluso las sociedades, desarrollen todo su potencial. Los niños y niñas desnutridos tienen menos resistencia a las infecciones y más probabilidades de morir a causa de dolencias comunes de la infancia, como las enfermedades diarreicas y las infecciones de las vías respiratorias. Los que sobreviven pueden quedar atrapados en un círculo vicioso de enfermedades recurrentes y alteración del crecimiento, a menudo con daños irreversibles en su desarrollo cognitivo y social.

La desnutrición implica pesar menos de lo normal para la edad, tener una estatura inferior a la que corresponde a la edad (retraso en el crecimiento), estar peligrosamente delgado (emaciación) y presentar carencia de vitaminas y minerales (malnutrición por carencia de micronutrientes). (41)

La desnutrición infantil tiene orígenes complejos que involucran determinantes biológicos, socioeconómicos y culturales. Sus causas inmediatas incluyen la alimentación inadecuada en cantidad o calidad, la incidencia de enfermedades infecciosas y el cuidado impropio del niño, del cual depende su adecuada alimentación y salud. Éstas son, a su vez, el resultado de una inapropiada disponibilidad de alimentos, de servicios de salud, de educación, así como de una infraestructura sanitaria deficiente (causas subyacentes). Asimismo, éstas, a su vez, son consecuencia de inequidad en la distribución de recursos, servicios, riqueza y oportunidades (42)

De acuerdo con el reporte del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), divulgado en la sede de la ONU. los porcentajes de los niños con bajo peso son de 28% en África Subsahariana, 17% en Medio Oriente y África del Norte, 15 % en Asia oriental y el Pacífico, y 7% en Latinoamérica y el Caribe. La

tabla la completan Europa Central y del Este, con el 5 por ciento, y otros países en desarrollo, con 27 por ciento.

Las crudas realidades del mundo muestran que 852 millones de personas padecen de hambre y que 53 millones de ellas viven en América Latina. Sólo en México hay cinco millones 200 mil personas desnutridas y en Haití tres millones 800 mil, mientras (32)

Según las estadísticas de la Organización Mundial de Salud entre 3 y 5 millones de niños menores de 5 años mueren por año en el mundo por causas asociadas a la desnutrición. Si se amplía el rango de edad la cantidad de personas en esta situación aumenta. Existe una grave crisis humanitaria en varias partes del mundo especialmente en África, Asia y América Latina. Son demasiadas las personas que mueren de hambre y que podrían evitarse. (41)

En el Perú 410 mil menores de cinco años son afectados por la desnutrición crónica. Las regiones con mayor índice de desnutrición infantil crónica son Huancavelica (42%), Cajamarca (35%), Huánuco (29%), Apurímac (29%) y Ayacucho (28%). (32)

La desnutrición causa diferentes problemas de salud y enfermedades, algunas leves, otras crónicas y algunas muy graves, afectando el desarrollo y crecimiento normal, puede ocasionar retraso mental e intelectual y hasta la muerte.

Los niños que sufrieron desnutrición por un largo tiempo padecen secuelas por el resto de su vida.

Para revertir esta difícil realidad se deben implementar políticas urgentes para poder asistir alimentariamente a los niños y las familias pobres. Así como brindarle atención médica, pero con esto no alcanza ya que se necesitan acciones a mediano plazo para poder solucionar el problema habitacional, de desocupación, falta de servicios sanitarios, entre otros. (41)

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

La desnutrición infantil es un problema de salud pública a nivel mundial condicionado por determinantes de la salud, se conoce que aproximadamente 45% de las muertes infantiles están asociados a malnutrición (1). Existe una alta prevalencia de desnutrición en la población menor de 5 años causando la muerte de tres a cinco millones de estos niños (2). Pudiéndose observar que en América Latina hay más de 7 millones de niños en edad preescolar crónicamente desnutridos. (3)

Por ello la desnutrición infantil ha sido catalogada por UNICEF (2006) como una emergencia silenciosa: ya que genera efectos muy dañinos que se manifiestan a lo largo de la vida de la persona, y que no se detectan de inmediato. La primera señal es el bajo peso, seguido por la baja altura; sin embargo, ellas son solo las manifestaciones más superficiales del

problema. Existe una deficiente nutrición en la población de niños menores de 5 años, lo que genera efectos negativos en el estado de salud del infante, en su habilidad para aprender, para comunicarse, para desarrollar el pensamiento analítico, la socialización y la habilidad de adaptarse a nuevos ambientes. La desnutrición en la infancia es una de las grandes causas de mortalidad, según UNICEF, hasta el 50% de la mortalidad infantil se origina, directa o indirectamente, por un pobre estado nutricional. (4).

Existen diversos determinantes de la salud que condicionan este problema de salud pública, los cuales están expresados como factores sociales y de desarrollo asociados con la pobreza y brechas de inequidad (5). El género influye de tal forma que existe una mayor prevalencia de desnutrición en niños del sexo masculino (31,9%) en comparación con el sexo femenino (26,4%). El nivel económico también está inmerso dentro de estos determinantes ya que la brecha entre el quintil más pobre y el quintil más rico es realmente notable, porque dentro del 20% de familias más pobres, 53 de cada 100 niños sufren de desnutrición crónica, mientras que en el 20% más rico, sólo 6 de cada 100 niños la padecen. La ingesta inadecuada de nutrientes, así como episodios infecciosos frecuentes también puede atribuirse como determinantes que condicionan el estado de desnutrición. Los servicios básicos es decir, las condiciones de las viviendas (agua y desagüe) están ampliamente relacionadas con la aparición de esta enfermedad. Existe mayor prevalencia de desnutrición infantil en madres con bajo nivel educativo observándose que en las madres que carecen de educación la prevalencia de desnutrición crónica en sus hijos fue de 58.7%, en comparación con las madres que si cuentan con educación superior dicha prevalencia solo alcanzo un porcentaje de 8.3%. (4)

En el Perú, una de las principales amenazas en los niños menores de cinco años es la desnutrición crónica, cuyas consecuencias se presentan a lo largo de todo el ciclo de vida, afectan también su potencial productivo futuro; comprometiendo la situación económica y social de la persona, la familia, la comunidad y el país. Nuestro país se encuentra en el puesto 21

de 25 países con una considerable prevalencia de desnutrición crónica. Estimándose así un 25.4%. (6). Existe una mayor prevalencia de desnutrición infantil según la ubicación geográfica, ya que 45 de cada 100 niños en la zona rural sufre de desnutrición crónica, mientras que solo 16 de cada 100 la padece en la zona urbana. (7).

En la región Ucayali la desnutrición infantil es también un problema alarmante y sobre todo latente. Según la encuesta demográfica y de salud familiar – ENDES 2016 la prevalencia de desnutrición crónica infantil fue de 24% en niños menores de cinco años, por lo que nuestra región es catalogada como una de las regiones del país que todavía presenta brechas por superar. De otro lado, un estudio realizado por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos precisa que las diferencias abismales entre los distritos rurales alejados del ámbito urbano de Coronel Portillo, por ejemplo Callería tiene un índice de desnutrición crónica de 19.5% versus 75.4% del distrito de Tahuania.

De acuerdo al SIEN 2016 la desnutrición crónica infantil afecta gravemente a diversos distritos, en Iparia el 38.5% de los niños menores de cinco años está afectado por la desnutrición, en Masisea el 33.3%, en Campo verde 19.1%, en Sepahua 25.2% y en Irazola el 17.6%. (8)

Lo ideal sería que la desnutrición infantil disminuya o en todo caso que se produzca su erradicación total, mediante la intervención basada en determinantes socios económicos, articulación multisectorial efectiva y participación activa de la comunidad que debe conducir al desarrollo local y nacional.

Aun los niveles de desnutrición en niños menores de cinco años siguen siendo elevados, pese a los programas sociales impulsados por el Gobierno Central. Ante esta situación, el Estado peruano ha redefinido su política de lucha contra la pobreza y la desnutrición crónica infantil.

1.2. Formulación del problema.

1.2.1. Problema principal

- ¿Cuál es el grado de relación que existe entre los determinantes de la salud y la desnutrición en niños menores de cinco años del AA.HH Húsares Del Perú, 2017?

1.2.2. Problemas secundarios

- ¿Cuál es el grado de relación que existe entre los determinantes socioculturales y la desnutrición en niños menores de cinco años del AA.HH Húsares Del Perú, 2017?
- ¿Cuál es el grado de relación que existe entre los determinantes medioambientales y la desnutrición en niños menores de cinco años del AA.HH Húsares Del Perú, 2017?
- ¿Cuál es el grado de relación que existe entre los determinantes biológicos y la desnutrición en niños menores de cinco años del AA.HH Húsares Del Perú, 2017?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivos generales

- Establecer cuál es el grado de relación que existe entre los determinantes de la salud y la desnutrición en niños menores de cinco años del AA.HH Húsares Del Perú, 2017.

1.3.2. Objetivos específicos

- Establecer cuál es el grado de relación que existe entre los determinantes socioculturales y la desnutrición en niños menores de cinco años del AA.HH Húsares Del Perú, 2017.
- Identificar cuál es el grado de relación que existe entre los determinantes medioambientales y la desnutrición en niños menores de cinco años del AA.HH Húsares Del Perú, 2017.
- Establecer cuál es el grado de relación que existe entre los determinantes biológicos y la desnutrición en niños menores de cinco años del AA.HH Húsares Del Perú, 2017.

1.4. Justificación del estudio

La desnutrición infantil es un problema de salud pública que afecta el desarrollo infantil temprano, se suscita a nivel mundial, en la actualidad aún persiste en diversos países del mundo, siendo los más afectados aquellos que aún se encuentran en vías de desarrollo. Las cifras de prevalencia en los últimos años han sido realmente elevadas generando una gran preocupación en toda la población, cada día son más los niños afectados por este padecimiento, además es considerada una de las principales causas de mortalidad infantil debido al pobre estado nutricional que tiene este grupo etareo, pero también influye en el desarrollo biopsicosocial del infante, ya que la ingesta inadecuada de nutrientes no permite su desarrollo óptimo y completo. Es preocupante darse cuenta del elevado número de niños menores de cinco años tanto a nivel mundial, nacional y regional que no han alcanzado su pleno potencial físico, cognitivo y social por el déficit de nutrientes en su alimentación.

Por otro lado existen diversos determinantes que condicionan este problema de salud, donde el nivel educativo de las madres influye en dicho padecimiento, ya que el conocimiento es uno de los pilares de formación de buenos hábitos. El estatus socioeconómico también es el reflejo de un buen estado nutricional, porque se ha demostrado que existe mayor prevalencia de desnutrición infantil en aquellas familias que tienen un ingreso económico insuficiente, por otro lado los estilos de vida representan el reflejo de la buena nutrición en el ser humano; el espacio geográfico genera mayor vulnerabilidad en la población, siendo la zona rural un condicionante en el padecimiento de este problema de salud y por último las enfermedades infecciosas frecuentes también tiene relación con la prevalencia de la desnutrición infantil.

En el Perú la desnutrición infantil continúa siendo un grave problema para la salud. Si bien el notable crecimiento económico de nuestro país en los

últimos años ha permitido mostrar mejoras en la tasa de pobreza y en varios indicadores de desarrollo, aun los porcentajes resultan insuficientes, especialmente en aquellos indicadores relacionados con la salud y la prevalencia de la desnutrición infantil crónica.

En la región Ucayali las cifras de desnutrición infantil en la actualidad se han incrementado en relación a los últimos años generando entonces gran preocupación a nivel social referente a este grupo etareo.

Por tal motivo la importancia de realizar la presente investigación radica en identificar los determinantes de la salud que condicionan el padecimiento de la desnutrición infantil en un espacio geográfico determinado, por lo que se realizara una observación y/o descripción exhaustiva de dichos factores que influyen en este padecimiento. Ya que si este problema continúa afectando a la población infantil lo más probable es que siga generando alteraciones en el desarrollo a futuro de este grupo etáreo y por ende que se produzca falencias en el desarrollo del país. Los resultados permitirán generar información importante y relevante para lograr disminuir los factores de riesgo inmersos en lo determinantes de la salud que condicionan la desnutrición infantil.

1.5. Limitaciones de la investigación

Para realizar la presente investigación se ha identificado una serie de limitaciones y dificultades entre ellas:

- En los días en que se realizó la encuesta no se encontraron presentes a algunas de las madres de familia, por lo que se procedió a acudir otro día en la que ellas estuvieron disponibles.
- Algunas madres de familia no le dieron el debido interés a la encuesta por lo que se procedió a realizar sesiones de motivación y a explicarles el objetivo de la investigación.
- El estudio solo servirá para determinar los determinantes de la salud que condicionan la desnutrición infantil en el Asentamiento Humano Húsares del Perú. Pero servirá para hacer una comparación con otras localidades en estudio.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del estudio

Al momento se ha realizado un gran número de investigaciones en los que se puede determinar diversos factores que influyen en la desnutrición infantil.

2.1.1 A Nivel Internacional

Velásquez, E. (República de Colombia, 2015). El objetivo de esta investigación es estudiar los determinantes o aquellos factores que tienen incidencia sobre el estado nutricional infantil en niños menores de cinco años de edad. La desnutrición infantil ha sido ampliamente estudiada y existe cuantiosa evidencia sobre los efectos negativos y secuelas permanentes de este fenómeno sobre el normal desarrollo de los niños y sobre sus resultados en la edad adulta. Utilizando la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (ENSIN 2010) y la Encuesta

Nacional de Demografía y Salud (ENDS 2010) y mediante un modelo bivariado y multivariado se exploraron los determinantes de la desnutrición crónica y aguda. Entre los principales resultados se aprecia que la prevalencia de desnutrición crónica en Colombia es del 13.1% y de desnutrición aguda es del 0.9%. En cuanto a los determinantes, se observa que la posición socioeconómica del hogar constituye un factor crucial al igual que la educación de la madre y del jefe del hogar en la condición nutricional de los niños. La disposición de un adecuado sistema de excretas en los hogares resultó ser un factor fundamental. Asimismo, los indicadores antropométricos de la madre (talla y edad) resultaron preponderantes en el análisis, así como la condición étnica del niño. Conclusiones: En cuanto a los determinantes del estado nutricional en niños menores de cinco años en Colombia, A lo largo de la todas las especificaciones se encontró que variables geográficas, variables a nivel individual y a nivel hogar son importantes determinantes del estado nutricional infantil. (9)

Olivas, a. (Juárez Chihuahua, 2009). Estudio realizado con el objetivo de evaluar la relación entre las condiciones de vivienda como determinantes de desnutrición en niños menores de 7 años de Ciudad Juárez, Chihuahua. Se realizó un estudio transversal observacional prospectivo en 642 niños y niñas en edad preescolar adscritos a jardines de niños públicos y privados así como en guarderías y estancias infantiles de Ciudad Juárez, realizándose evaluación antropométrica, evaluación socioeconómica y análisis estadístico. De los 642 niños evaluados, 9.5, 8.1, 5.8 y 3.0 tuvieron talla baja, sobrepeso/obesidad, bajo peso y emaciación, respectivamente. La mayoría de las viviendas eran propias (91%), totalmente pagadas o hipotecadas. $\geq 97\%$ tenían al menos un televisor y

contaban con todos los servicios públicos (drenaje y agua potable). No hubo diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de alteraciones nutricionales entre familias con buenas y malas condiciones de vivienda. Este estudio no permitió evidenciar el efecto de las condiciones de vivienda sobre el estado nutricional de niños en edad preescolar de Ciudad Juárez. (10)

Canelón, Y. (Barcelona, 2009). Estudio realizado con la finalidad de analizar la desnutrición y su relación con la parasitosis intestinal en la población pediátrica de 1 a 12 años de edad de la isla de Guaraguao estado Anzoátegui. Los trastornos nutricionales presentan una incidencia elevada a nivel mundial, siendo los países subdesarrollados los más afectados; por lo tanto América Latina no escapa de esta situación y en particular Venezuela por el deterioro socioeconómico que han hecho que se incrementen las carencias nutricionales en las poblaciones. Existen diversos factores socioeconómicos a nivel mundial que favorecen a la desnutrición infantil entre ellos: la escasez en la disponibilidad de alimentos con nutrientes esenciales, los hogares que presentan grandes carencias de agua potable y la diarrea e infecciones parasitarias intestinales, cuya prevalencia es elevada en países latinoamericanos y entre ellos en numerosas regiones del país y en particular en el Estado Anzoátegui. Se estudiaron un total de 57 niños, se realizó la toma de medidas antropométricas (peso/talla), 19/57 casos (33,4%) presentaron desnutrición, siendo la desnutrición leve más frecuente con 13/57 casos (22,8%) seguida por la desnutrición moderada con 5/57 casos (8,8%) y 1/57 caso (1,8%) desnutrición severa, en relación a los niños menores de 2 años (6/57) se utilizó el percentil P/E el cual es más específico para este grupo etario, encontrándose todos en estado

nutricional normal; en los resultados del examen coproparasitológico, 52/57 casos (91,2%) se encontraron parasitados, los agentes patógenos mayormente identificados fueron los helmintos tales como: *Trichuris trichiura*, con 25,2% (30/119); seguido de *Áscaris lumbricoides* con 23,5% (28/119) y de los protozoarios se encontraron entre los más frecuentes: *Blastocystis hominis* con 16,8% (20/119); *Entamoeba histolytica* con 12,6% (15/119) y *Giardia intestinalis* con 5,1% (6/119). Se observó una mayor tendencia de poliparasitados con 73% (38/52), de los cuales la asociación de protozoarios y helmintos fue la más frecuente con 36,5% (19/52). En comparación a los resultados sobre el estado nutricional y la presencia de parásitos en la población estudiada, se puede observar que del 33,4% (19/57) de los pacientes que presentaron desnutrición, el 94,7% (18/19) presentó parasitosis intestinal, resaltando así la relación entre las dos entidades clínicas, sin embargo al realizarse el análisis estadístico no se encontró dependencia entre ambas patologías. (11)

Paraje, G. (Santiago De Chile, 2009). Evolución de la desnutrición crónica infantil y su distribución socioeconómica en 7 países de América Latina y el Caribe. Numerosas causas pueden explicar el nivel de la desnutrición crónica infantil en un país y, por lo general, poseen un complejo entramado de relaciones entre ellas. En países como los latinoamericanos donde la desigualdad en la concentración en la distribución socioeconómica de esta variable es alta, la disminución de la desnutrición crónica infantil puede lograrse de manera más efectiva disminuyendo dicha desigualdad, la que, como se muestra en este estudio, tiene fuertes condicionantes socioeconómicos. El ingreso/riqueza de los hogares o, más generalmente, su situación socioeconómica no sólo es

determinante del nivel de la desnutrición sino que es un importante determinante de la distribución de dicha desnutrición: cuanto más concentrada esté la riqueza, más concentrada está la desnutrición crónica infantil entre hogares pobres. El nivel educacional de los padres, especialmente de la madre, es otra variable que influye decisivamente en el nivel y la distribución de la desnutrición crónica. Para que las mejoras en la educación tengan un efecto pleno sobre la desnutrición deben beneficiar principalmente a los hogares más pobres y deben concentrarse primeramente en el nivel básico. Factores geográficos, culturales, étnicos e idiosincráticos juegan un rol explicativo, algunos de ellos han sido medidos aquí directamente y otros de manera indirecta, pero aparentemente lo hacen a partir de su relación con la distribución de variables socioeconómicas tales como la “riqueza” del hogar y la educación de la madre. De allí su importancia a la hora de diseñar políticas sectoriales. En la medida en que dichos grupos posean sistemáticamente menores recursos económicos, un menor acceso a la educación o peor acceso a agua potable y saneamiento, éstos deben ser el núcleo de programas destinados a acortar la brecha entre ellos y el resto de la población. (12)

Mamani, S. (Bolivia, 2008). Desnutrición infantil-escolar y su impacto en el desarrollo económico sostenible. La desnutrición es un proceso de salud no resuelto en el mundo y en Bolivia. Una fuerza laboral desnutrida no contribuye al crecimiento económico. La salud y la ausencia de desnutrición en la fuerza laboral son los ejes del crecimiento y el desarrollo económico. El sistema de salud actual incluye a la Medicina Tradicional de los pueblos indígenas y la tesis propone que se garantice a la población organizada la toma de decisiones y la gestión del sistema público de salud. Se correlaciona nutrición con:

ingresos, actividad económica, hábitos en la alimentación y calidad nutritiva de lo que consume la población del municipio de Comanche, Provincia Pacajes. Es un intento sistemático para demostrar el impacto de la desnutrición en especial la desnutrición infantil en el desarrollo y crecimiento económico regional. Plantea el objetivo de estimar la prevalencia del déficit nutricional de niños menores de 5 años y de los comprendidos entre 5 a 19, y que los estimadores sean eficientes y consistentes estadísticamente para sustentar la búsqueda de Desnutrición Cero – Bolivia 2010, como una de las políticas del nuevo paradigma de desarrollo económico-social vigente en el país, luego de determinar la población: 20 unidades educativas estudiadas entre abril a junio 2008. Se señalan ejes de acción para erradicar la desnutrición en el Municipio de Comanche hasta el año 2010, los ejes son: intersectorial, fortalecimiento de la alimentación y nutrición, de la capacidad institucional, la participación de la comunidad y las alianzas estratégicas con la Cooperación Internacional, poniendo énfasis en la interculturalidad y género, como una forma de hacer frente a la desnutrición en Comanche. Se describe con detalle la situación de la Salud en Bolivia y se propone un firme apoyo al Nuevo Modelo de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural. El análisis demográfico es detallado y preciso, enfatizando en los Objetivos, de Desarrollo del Milenio planteados en el Plan Nacional de Desarrollo 2006-2011. Entre las diversas políticas y estrategias se pone énfasis en la Movilización Social que consiste en promover a la ciudadanía activa participativa y responsable de su salud (gestión social, movilización social y control social, creando consejos de salud a nivel nacional, Departamental y municipal). Esto permitirá aumentar los años de vida saludable de la población y con ello se logrará contar con más gente sana y se obtendrá mayor productividad para el país. El énfasis es no

sólo más años de vida, sino sobre todo vida saludable. Se describe en detalle datos numéricos y estadísticos sobre seguridad alimentaria en Bolivia, las carencias nutricionales específicas, en especial las que afectan a mujeres embarazadas y que dan de lactar. Se expresan con detalle aspectos económicos, sociodemográficos y de salud en el Municipio de Comanche. Se detalla el diseño metodológico y se aclara que es un estudio de investigación operativa de diagnóstico, de carácter descriptivo y transversal sobre la población de referencia (Niños menores de 5 años y escolares de 20 Unidades Educativas en Comanche). Se determina el tamaño de la muestra y se presentan los resultados detallados en gráficas y tablas estadísticas destacándose las correlaciones entre peso, talla y edad de acuerdo al sexo y la composición nutricional de los alimentos que consume la población estudiada. Se dan los resultados con detalle y la autora propone un modelo econométrico dinámico y estocástico de la forma VAR (P) de vectores autoregresivos en el que todas las variables se consideran endógenas y pasa a dar las Pruebas de Consistencia del modelo. Finaliza con las conclusiones y recomendaciones que tienen que ver con la baja estructura productiva del Municipio; los efectos de la desnutrición son acumulativos; la correlación negativa entre desnutrición y crecimiento económico; el futuro impacto positivo del Plan Nacional de Desnutrición Cero en el crecimiento económico del Municipio de Comanche; y que las condiciones actuales mantendrán los elevados índices de desnutrición y pobreza, concluye recomendando el cambio de la cultura alimentaria en la población escolar; implantar una política productiva en el Municipio; fortalecer la ganadería de camélidos; participación de las organizaciones estatales y prefecturales; saneamiento básico y centros de salud municipales. (13)

Valladares, M. “Desnutrición infantil perpetúa la pobreza”, revista científica británica – Londres. La desnutrición infantil es uno de los principales factores que impide salir de la pobreza a muchos países en desarrollo, según una serie de estudios que publica en su último número la revista científica británica “The Lancet”. La calidad de la alimentación durante la gestación y sus primeros meses de vida no solo afecta a las posibilidades del niño de sobrevivir, sino que determina un amplio rango de características futuras como el rendimiento escolar y la susceptibilidad a enfermedades infecciosas. Por ese motivo, los científicos advierten de que mejorar la nutrición infantil es un factor clave para asegurar el crecimiento económico y las mejoras sociales en países en vías de desarrollo. “Las causas del problema tienen raíces políticas, sociales y económicas. La solución no es sencilla y no se puede enmarcar dentro de un solo ciclo político, lo que hace que el pronóstico sobre la situación no sea demasiado positivo”, señaló Richard Horton, director de “The Lancet”. Según el médico paquistaní Zulfiqar Bhuta, del Colegio Real de Pediatría y Cuidado Infantil británico, una inversión de 9.600 millones de dólares (7.344 millones de euros) salvaría la vida de unos 900.000 niños en un año. El análisis de Bhuta sostiene que más de la mitad de ese capital podrían aportarlo los países afectados por el problema, mientras que entre 3.000 y 4.000 millones de dólares (2.100 y 2.800 millones de euros) deberían provenir de donantes externos, “menos de lo que invierten Coca-Cola y McDonald’s cada año en publicidad”, apunta el estudio. Otra de las investigaciones divulgadas hoy, dirigida por el investigador Robert Black, de la Escuela de Salud Pública John Hopkins de Baltimore (Estados Unidos), subraya que la malnutrición deriva de la falta de sustancias esenciales como la vitamina A, el zinc, el hierro y el calcio, así como de problemas durante la fase de lactancia. Esas carencias pueden

producir retrasos en el crecimiento, delgadez extrema, así como incrementar el riesgo de muerte por enfermedad tanto en la madre como en el niño. “Los países no serán capaces de salir de la pobreza ni de lograr avances económicos sostenidos si gran parte de su población no alcanza la seguridad nutricional indispensable para una vida productiva y saludable”, señaló Black. Su equipo propone diez intervenciones urgentes para paliar la desnutrición infantil entre las que se incluye la administración de ácido fólico, calcio y complementos alimenticios a las mujeres embarazadas. Los expertos aconsejan asimismo impulsar la lactancia materna y asegurar la alimentación complementaria para los niños, unas medidas que “han demostrado que reducen las enfermedades y las muertes en mujeres y niños con gran eficacia”, señala el estudio. “En los últimos años, algunos países han logrado una reducción rápida y sustancial de la desnutrición, lo que demuestra que una acción decidida puede atajar el problema. En Etiopía, por ejemplo, se han producido mejoras considerables en los últimos años”, afirma un estudio liderado por Stuart Gillespie, del Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias (IFPRI, en inglés).

Para el director de “The Lancet”, si se “optimiza la nutrición infantil y maternal los beneficios se extenderán a varias generaciones. Es por eso que debemos trabajar unidos para aprovechar ahora esta oportunidad”, afirmó. (14)

2.1.2 A Nivel Nacional.

Sullcaray, H. (Perú, 2015). Objetivo: Comparar los factores asociados a la desnutrición crónica en niños peruanos de 6 a 23

meses de las 3 regiones naturales en un análisis secundario del Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricionales 2010. Materiales y métodos: Análisis secundario de la base de datos de la encuesta Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricionales (MONIN) 2010. Se calcularon las prevalencias de desnutrición crónica a nivel nacional, regiones naturales y para cada uno de los indicadores. Se realizó un análisis multivariado de regresión logística para cada región para identificar la fuerza de asociación. Resultados: Se encontraron 8 factores comunes a las tres regiones naturales. Entre ellos, el ser hijo de madres sin educación o solo primaria (costa OR: 2.04, sierra OR: 3.75 y selva OR: 3.05), no tener diversidad alimentaria (costa OR: 2.95; sierra OR: 3.14 y selva OR: 2.21) e inadecuadas prácticas de alimentación infantil (costa OR: 2.41; sierra OR: 1.73 y selva OR: 1.93). En la costa además estuvo el factor tipo de piso (OR: 1.85). En la sierra otros factores fueron ser hijo de madre con <6 controles prenatales (OR: 2.09), niños con <6 controles prenatales (OR: 2.09) y no disponer de recursos sanitarios (OR: 1.84). En la selva otros factores fueron no tener todas las vacunas básicas para la edad (OR: 2.26) y no disponer de recursos sanitarios (OR: 2.33). Conclusiones: Al comparar los factores se encontró algunas diferencias entre las regiones; la selva tuvo más factores asociados a la desnutrición crónica que la costa y la sierra. (15)

Palomino, N. (Perú, 2010). El objetivo general de esta investigación es determinar el grado de inequidad del nivel socioeconómico en la desnutrición crónica infantil en los niños menores de 5 años. La Metodología, se hizo en base a estudios de fuente secundaria de carácter descriptivo en base a los resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005 (ENDES) y se realizó una investigación de la inequidad del nivel

socioeconómico y su relación con la desnutrición crónica en niños menores de 5 años en el Perú. Los resultados nos indican inequidad entre el nivel socio económico y la desigual distribución de la desnutrición crónica, ya los niños de la Sierra del quintil I tienen 6.6 veces más probabilidades de tener desnutrición crónica, que los niños de los quintiles IV y V en esa misma región. Como conclusión los niños siguen siendo el grupo más vulnerable de nuestra sociedad, a pesar de nuestro crecimiento económico de 8 % para el 2014. El 65% de los niños son pobres y la mitad tienen un nivel de nutrición insuficiente. El problema es aún mayor si consideramos las diferencias entre los niños urbanos y rurales que registran dos tercios y un tercio de los niños, con nutrición normal. (16)

Delgado, H; Tuesta, P; Valqui, A. (Moronacocha, 2015). El estudio realizado tuvo como objetivo determinar los factores maternos (edad, trabajo, nivel educativo, ingresos económicos, espacio intergenésico) asociados al riesgo de desnutrición en niños de 6 a 36 meses atendidos en el consultorio CREDE del Centro de Salud Morona Cocha I-4, 2015. La metodología empleada fue el cuantitativo, diseño no experimental, transversal, correlacional. La muestra estuvo conformada por 123 madres con niños de 6 a 36 meses que acuden al centro de salud Morona Cocha I-4. Los datos se recolectaron aplicando el cuestionario “Factores maternos asociados al riesgo de desnutrición en niños de 6 a 36 meses del Centro de Salud Morona Cocha I-4, 2015”. El procesamiento de datos se realizó utilizando el programa estadístico SPSS versión 22, obteniendo lo siguiente: el 100.0% (123) de madres con niños(as) 6 a 36 meses, el 20.3% (25) tienen menor edad y el 79.7% (98) tienen mayor edad, el 26.8% (33) de ellas presentan trabajo remunerado, mientras que el 73.2% (90) no tienen trabajo

remunerado, el nivel educativo el 27.6% (34) tienen menor nivel educativo y el 72.4% (89) manifiestan tener mayor nivel educativo, con menor ingreso económico son el 52.8% (65) y con mayor ingreso el 47.2% (58), con menor espacio intergenésico el 48.0% (59) de las madres, mientras que el 52.0% (64) tienen mayor espacio intergenésico. Asimismo se determinó que del 100% (123) el 93.5% es decir 115 presentan riesgo de desnutrición mientras que el 6.5% no presentan riesgo de desnutrición. Se logró determinar que existe relación estadísticamente significativa entre el riesgo de desnutrición y las variables trabajo $p = 0.001$, $< \alpha = 0.05$, ingresos económicos $p = 0.018$, $< \alpha = 0.05$ y espacio intergenésico $p = 0.038$, $< \alpha = 0.05$; al mismo tiempo se logró determinar que no existe relación estadísticamente significativa entre el riesgo de desnutrición y las variables edad $p = 0.140$, $> \alpha = 0.05$ y nivel educativo $p = 0.071$, $> \alpha = 0.05$. (17)

Sobrino, M; Gutiérrez, C; Cunha, A; Dávila, A; Alarcón, J. (Rev. Panam Salud Pública, 2014). Objetivo: Analizar las tendencias en materia de desnutrición y anemia en menores de 5 años peruanos y su asociación con algunos factores determinantes en el período 2000–2011. Métodos. Se analizaron indicadores nutricionales de menores de 5 años de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2011 y su evolución a partir de datos de las ENDES 2000, 2005 y 2008. Se estimaron las tendencias de desnutrición crónica (DC) (talla/ edad $\leq 2DS$), de desnutrición aguda (DA) (peso/talla $\leq 2DS$) y de anemia. Se encontraron asociaciones con factores como sexo del niño, edad del niño, zona de residencia (urbana o rural), región de residencia, educación de la madre, quintil de riqueza, disponibilidad de red pública de agua, disponibilidad de cloacas, nivel de altitud, presencia de otros niños en el hogar, orden de

los nacimientos, presencia de diarrea en los 15 días previos y presencia de tos en los 15 días previos. Resultados. La DA, la DC y la anemia en menores de 5 años peruanos han descendido entre 2000 y 2011. Tal disminución no ha sido homogénea para las tres afecciones, registrando descensos de 1,1% a 0,4% para DA, de 31,6% a 19,6% para DC y de 50,4% a 30,7% para anemia. Si bien los factores analizados se relacionaron con las prevalencias de estos tres padecimientos, al calcular las razones de probabilidades ajustadas se encontraron diferencias significativas para DC (educación de la madre, región de Sierra, altitud por encima de 2 500 msnm, presencia de dos o más hijos en el hogar y ser el tercer hijo o sucesivo) y para anemia (sexo del niño [más en varones], niños menores de 2 años, región Resto de costa y región Selva, altitud por encima de 2 500 msnm, disponibilidad de red pública de agua, disponibilidad de cloacas, presencia de dos o más hijos en el hogar y presencia de diarrea en los 15 días previos a la encuesta). Para DA se observaron diferencias según algunos factores, pero no resultaron significativas en el modelo ajustado. Conclusiones. En el período 2000–2011, Perú ha logrado disminuir sus tasas de DC, DA y de anemia. Las tasas de DA han descendido casi a un tercio, manteniéndose en cifras generales más bien bajas, y afecta en mayor medida a zonas y colectivos muy localizados del país. Sin embargo, las actuales tasas de desnutrición crónica y de anemia siguen siendo muy altas, lo que constituye un verdadero desafío para las políticas públicas, al igual que sucede en otros países de la región. Para superar ese reto será necesario modificar el enfoque, dejando de concebir a la desnutrición infantil como un problema exclusivamente alimentario y haciendo hincapié en los factores determinantes asociados. Por último, en las comunidades más pobres se

deberán incentivar y fortalecer iniciativas integrales e integradas.
(18)

2.1.3 A Nivel Regional

A nivel local no se encontró antecedentes de investigaciones desarrolladas con relación al problema de la presente investigación, este es el primer trabajo de investigación sobre este tema en la región de Ucayali.

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 Teorías sobre desnutrición.

2.2.1.1 Teoría de Abraham Maslow

La contribución de Maslow, en su libro " La Teoría de la Motivación Humana" consiste en ordenar por categorías y clasificar por niveles las diferentes necesidades humanas, según la importancia que tienen para la persona que las contiene. En la base de la pirámide están las necesidades de déficit (fisiológicas) que se encuentran en las partes más bajas, mientras que las necesidades de desarrollo (autorrealización) se encuentran en las partes más altas de la jerarquía. De este modo, en el orden dado por la potencia y por su prioridad, encontramos entre las necesidades de déficit las necesidades fisiológicas, las necesidades de seguridad, las necesidades sociales, las necesidades de estima. En tanto, las necesidades de desarrollo comprenderían las necesidades de autorrealización (self-actualization) y las necesidades de trascendencia.

Dentro de esta estructura, cuando las necesidades de un nivel son satisfechas, no se produce un estado de apatía, sino que el foco de atención pasa a ser ocupado por las necesidades del próximo nivel y que se encuentra en el lugar inmediatamente más alto de la jerarquía siendo estas necesidades las que se busca satisfacer. La teoría de Maslow plantea que las necesidades inferiores son prioritarias, y por lo tanto, más potente que las necesidades superiores de la jerarquía y coloca el ejemplo que “un hombre hambriento no se preocupa por impresionar a sus amigos con su valor y habilidades, sino, más bien, con asegurarse lo suficiente para comer”.

Mirado desde este prisma, solamente cuando la persona logra satisfacer las necesidades inferiores aunque lo haga de modo relativo, entran gradualmente en su conocimiento las necesidades superiores y con eso la motivación para poder satisfacerlas. En cuanto a la satisfacción de las necesidades, está dada por las necesidades fisiológicas. Estas necesidades estaría asociadas con la supervivencia del organismo dentro de la cual estaría el concepto de homeostasis, el cual se refiere “a los esfuerzos automáticos del cuerpo por mantener un estado normal y constante, del riego sanguíneo”, lo que se asociaría con ciertas necesidades, como lo son la de alimentarse, dormir y mantener la temperatura corporal apropiada. Sin embargo, no todas las necesidades fisiológicas son homeostáticas pues dentro de estas están; el deseo sexual, el comportamiento maternal, las actividades completas y otras. Una mejor descripción sería agruparlas dentro de

la satisfacción del hambre, satisfacción sexual, entre otras. Cuando estas necesidades no se satisfacen por un tiempo largo, la satisfacción de las otras necesidades pierde su importancia, por lo que éstas dejan de existir. (19).

2.2.1.2 Teoría de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson.

El ser humano es un ser biopsicosocial con necesidades que trata de cubrir de forma independiente según sus hábitos, cultura, etc. El ser humano cuenta con 14 necesidades básicas:

Respirar, comer y beber, evacuar, moverse y mantener la postura, dormir y descansar, vestirse y desnudarse, mantener la temperatura corporal, mantenerse limpio, evitar los peligros, comunicarse, ofrecer culto, trabajar, jugar y aprender.

La salud es la habilidad que tiene la persona para llevar a cabo todas aquellas actividades que le permitan mantener satisfechas las necesidades básicas. Necesidad es, pues, un requisito fundamental que toda persona debe satisfacer para mantener su equilibrio y estabilidad; de tal manera, que si uno de estos requisitos no existe, se produce un problema que hace que la persona no se mantenga en el estado de salud dentro de los límites, que en biología, se consideran normales. La necesidad no satisfecha se expresa en una serie de manifestaciones, las cuales se pueden representar de diferentes formas para cada una de las necesidades.

Cuando una necesidad no está satisfecha, la persona deja de ser un todo completo, pasando a ser dependiente para realizar los componentes de las 14 necesidades básicas. (20)

2.2.2 Desnutrición infantil

2.2.2.1 Conceptos.

Di Sanzo y Roggiero (21) definen que en la actualidad el término desnutrición se refiere al cuadro clínico producido por un aporte energético y/o proteico deficiente, causado por una ingesta insuficiente y pérdidas exageradas de nutrientes, desde una perspectiva biológica, en cambio, afirman que se puede definir a la desnutrición como una incapacidad de la célula para disponer de todos los nutrientes que requiere para expresar su potencial genético a pleno.

Tamayo y Corella (22) describen que la desnutrición es un concepto relativo, porque se define como suministro insuficiente de alimentos para las necesidades del organismo, donde la alteración más característica de la desnutrición es la inhibición del proceso normal de crecimiento desarrollo, no solo de la talla sino de la capacidad esquelética y mental.

Viveros (23) afirma que la desnutrición es un estado patológico inespecífico y potencialmente reversible que se origina de una deficiente utilización por parte de las células del organismo de cantidades adecuadas de nutrientes esenciales con manifestaciones clínicas diversas, y de

intensidad variable de acuerdo con factores individuales y ecológicos ya que reviste diversos grados de intensidad.

2.2.2.2 Clasificación.

Wisbaum (24) nos explica que el índice de desnutrición se determina mediante la observación directa, que permite identificar niños demasiado delgados o con las piernas edematizadas; y midiendo la talla, el peso, el perímetro del brazo y conociendo la edad del niño, que se comparan con unos estándares de referencia. La desnutrición se manifiesta en el niño de diversas formas:

- Es más pequeño de lo que le corresponde para su edad.
- Pesa poco para su altura.
- Pesa menos de lo que le corresponde para su edad.

Cada una de estas manifestaciones está relacionada con un tipo específico de carencias.

La altura refleja carencias nutricionales durante un tiempo prolongado, mientras que el peso es un indicador de carencias agudas. De ahí las distintas categorías de desnutrición.

a) Desnutrición Crónica.

Un niño que sufre desnutrición crónica presenta un retraso en su crecimiento, Se mide comparando la talla del niño con el estándar recomendado para su sexo y edad. Refleja los efectos acumulados de la inadecuada alimentación o ingesta de nutrientes y de episodios repetitivos de enfermedades (principalmente diarreas e infecciones respiratorias) y, de la

interacción entre ambas. La desnutrición crónica, siendo un problema de mayor magnitud en cuanto al número de niños afectados, es a veces invisible y recibe menor atención. El retraso en el crecimiento puede comenzar antes de nacer, cuando el niño aún está en el útero de su madre. Si no se actúa durante el embarazo y antes de que el niño cumpla los 2 años de edad, las consecuencias son irreversibles y se harán sentir durante el resto su vida. (24)

b) Desnutrición Aguda.

La desnutrición aguda es el estado en el cual las niñas y niños tienen un peso menor al esperado para su talla y sexo con relación a una población de referencia. Esta condición de peso inadecuado para la talla es una condición que pone en riesgo la vida de la niña o niño. La desnutrición aguda refleja una reciente carencia de ingesta de alimentos (que limita el consumo de energía) o la presencia de enfermedades agudas recientes (en especial la diarrea), o la presencia de ambas simultáneamente.

La desnutrición aguda se produce cuando el cuerpo no recibe el aporte alimenticio necesario, este se adapta y empieza a reducir su actividad física, de sus órganos, de los tejidos, de las células. Al mismo tiempo, las reservas energéticas (músculo y grasa) se metabolizan para responder a las necesidades vitales, resultando en una pérdida de peso debido a la desaparición de masa muscular y tejido graso, mientras que los órganos vitales son preservados. A mayor pérdida de masa muscular y de tejido graso, menor es la probabilidad de sobrevivir. (24)

c) Desnutrición global.

El niño tiene un peso muy por debajo del estándar de referencia para su edad. Este tipo de desnutrición es el resultado de desequilibrios nutricionales pasados y recientes. Se considera que un niño/a de una edad dada, manifiesta peso insuficiente cuando este es menor al mínimo que se espera para esa edad según los patrones de desarrollo físico establecidos para una población considerada sana y bien nutrida. (24)

2.2.2.3 Epidemiología.

a) Desnutrición crónica:

La desnutrición crónica es un indicador del desarrollo del país y su disminución contribuirá a garantizar el desarrollo de la capacidad física intelectual emocional y social de las niñas y niños. Según característica seleccionada a nivel nacional, la desnutrición crónica afectó al 14,6% de niñas y niños menores de cinco años de edad, esta situación reflejaría una tendencia decreciente al observar el año 2009 (23,8%). Por sexo, la desnutrición crónica presentó una diferencia de 2,3 puntos porcentuales (15,7% en niños y 13,4% en niñas). En el grupo de niñas y niños menores de seis meses de edad fue 9,7% y, en los infantes de seis a ocho meses de edad este porcentaje fue 10,9%, observándose un incremento con la edad, alcanzando el más alto porcentaje en el grupo de niñas y niños de 18 a 23 meses de edad (19,1%) y luego los porcentajes disminuyen.

En niñas y niños de 24 a 35 meses de edad, la proporción de desnutrición crónica fue 16,0%, en el grupo de 36 a 47 meses de edad fue 14,7%, y en las niñas y niños de 48 a 59 meses de edad (14,8%). El porcentaje de desnutrición crónica entre niñas y niños que tuvieron un tamaño muy pequeño al nacer fue 31,6%, 20,6 puntos porcentuales más que aquellos que tuvieron un tamaño promedio o más grande (11,0%). La desnutrición crónica se presentó en mayor proporción en niñas y niños cuyo intervalo de nacimiento fue menor a 24 meses y de 24 a 47 meses (23,6% y 22,4%, respectivamente). Los nacimientos primogénitos y aquellos con intervalo de 48 y más meses presentaron menores porcentajes (9,8% y 13,0%, respectivamente). La desnutrición crónica de niñas y niños menores de cinco años de edad cuyas madres tenían IMC10 entre 18,5 y 24,9 (normal) ascendió a 19,5%, de madres con IMC menor a 18,5 fue 15,2% y de aquellas con sobrepeso u obesidad (IMC mayor a 24,9) fue 11,8%. La desnutrición crónica afectó con mayor intensidad a niñas y niños de madres sin educación (45,1%); en relación con aquellas con mayor nivel educativo: 4,9% con nivel superior y 11,4% con secundaria. Por tratamiento del agua, las niñas y niños que consumieron agua sin tratamiento presentaron mayor porcentaje de desnutrición crónica (25,8%), seguido de quienes hierven el agua que proviene de otra fuente distinta a la red pública (24,2%), hervida que procede de red pública (14,2%), en comparación con los que consumen agua con cloro residual (6,5%). Por quintil de riqueza, las niñas y niños ubicados en el quintil inferior fueron afectados en mayor proporción con desnutrición crónica (34,0%), comparados con los que pertenecen al quintil superior y cuarto quintil

(3,7% y 4,0%, respectivamente). Según ámbito geográfico, la desnutrición crónica afectó en mayor proporción a niñas y niños del área rural (28,8%), es decir, 20,5 puntos porcentuales más que en el área urbana (8,3%). Por región natural, el mayor porcentaje de desnutrición crónica fue en las niñas y niños de la Sierra (24,4%), seguido de la Selva (20,7%); mientras, que en Lima Metropolitana este porcentaje representó el 4,1%. A nivel departamental, se observó que el 35,0% de las niñas y niños de Huancavelica y el 32,2% de Cajamarca fueron afectados con desnutrición crónica; en tanto, que los departamentos de Tacna, (3,7%), Moquegua (4,2%) y el departamento de Lima (4,6%) presentaron las menores proporciones. (23)

b) Desnutrición aguda:

Según característica seleccionada en el país, la desnutrición aguda afectó al 0,6% de niñas y niños menores de cinco años de edad, porcentaje similar al valor observado en el año 2009. Los más altos porcentajes de niñas y niños con desnutrición aguda se presentaron en el grupo de menos de seis meses de edad (1,5%) y de seis a ocho meses de edad (1,8%).

Por sexo, la proporción de desnutrición aguda en niños fue 0,7%, mientras que en las niñas fue 0,5%. Según área de residencia la proporción de desnutrición aguda en el área rural fue 0,7%, mientras que en la urbana fue 0,5%. (23)

c) Desnutrición grave o severa (global):

Según característica seleccionada A nivel nacional, la desnutrición global afectó al 3,1% de niñas y niños menores de cinco años de edad, valor que ha descendido en 1,1 punto porcentual en relación al año 2009 que fue 4,2%. La desnutrición global en niñas y niños menores de seis meses de edad fue de 6,3%, seguido del grupo de 12 a 17 meses de edad, 4,7%. Siendo menor entre los 36 a 47 meses de edad y 48 a 59 meses de edad (1,7%, en cada caso). Por sexo, la desnutrición global fue ligeramente mayor en niños (3,3%) que en niñas (2,9%). Entre niñas y niños que tuvieron un tamaño promedio o más grande al nacer, se observa el más bajo porcentaje de desnutrición global (2,0%), se elevó en el grupo de niñas y niños con un tamaño pequeño y muy pequeño al nacer (6,9% y 12,3%, respectivamente). La desnutrición global se presentó en mayor proporción en niñas y niños cuyo intervalo de nacimiento fue menor a 24 meses y de 24 a 47 meses (5,2% y 4,3%, respectivamente), en relación con los primogénitos y los nacimientos con intervalo de 48 y más meses (2,0% y 3,2%, respectivamente). La proporción de niñas y niños con desnutrición global en el grupo de madres desnutridas (Índice de Masa Corporal- IMC menor a 18,5) ascendió a 10,7%. Entre las madres con sobrepeso u obesidad (IMC mayor a 24,9) la proporción fue 2,2%; mientras, que en el grupo de madres con IMC de 18,5 a 24,9, el porcentaje de niñas y niños desnutridos fue 4,6%. Las madres con menor nivel de educación tuvieron una mayor proporción de niñas y niños con desnutrición global en relación a las de mayor educación. Así, el 1,0% de infantes de madres con educación superior tuvo desnutrición global, proporción que se elevó a 9,5% (8,5 puntos porcentuales

más) cuando las madres no tienen nivel de educación. La desnutrición global se presentó en mayor porcentaje en niñas y niños que consumieron agua sin tratamiento (6,6%) y agua que no obstante hervida es procedente de otra fuente distinta a la red pública (5,0%). Las niñas y niños con mayor porcentaje de desnutrición global se ubicaron en el quintil inferior (7,3%); mientras, que en el quintil superior fue solo el 1,1%. Desnutrición global según ámbito geográfico Por área de residencia, la desnutrición global afectó al 6,1% de niñas y niños del área rural y al 1,8% del área urbana. Por región natural, la desnutrición global se presentó con mayor intensidad en las niñas y niños de la Selva (5,6%), 5,1 puntos porcentuales más que el valor presentado en Lima Metropolitana (0,5%). A nivel departamental, Huancavelica tuvo el mayor porcentaje de desnutrición global (8,6%), seguido de Amazonas (8,2%), Loreto (7,3%), Pasco (6,7%) y Ucayali (6,6%). El menor porcentaje se presentó en Moquegua (0,3%). (25)

2.2.2.4 Etiología.

Wisbaum (24). Refiere que existen diversas causas que generan la desnutrición infantil el cual es el resultado de la ingesta insuficiente de alimentos (en cantidad y calidad), la falta de una atención adecuada y la aparición de enfermedades infecciosas. Detrás de estas causas inmediatas, hay otras subyacentes como son la falta de acceso a los alimentos, la falta de atención sanitaria, la utilización de sistemas de agua y saneamiento insalubres, y las prácticas deficientes de cuidado y alimentación. En el origen de todo ello están las causas básicas que incluyen

factores sociales, económicos y políticos como la pobreza, la desigualdad o una escasa educación de las madres.

Por su parte **Ibáñez** (26) concluye en que la correlación de la desnutrición infantil con factores socioeconómicos y ambientales adversos se debe no sólo a falta de aportes de nutrientes esenciales, sino a la interacción de factores como la contaminación del medio y saneamiento ambiental, deprivación afectiva, acceso a la salud y educación, condiciones de vivienda, etc.

El destete precoz y la introducción inadecuada de alimentación artificial en el lactante es el principal factor que lleva a su desnutrición en los primeros dos años de vida. La edad y escolaridad de la madre, cesantía del padre y número de hijos, pueden constituir factores de riesgo.

2.2.2.5 Fisiopatología.

La nutrición está íntimamente ligada con el fenómeno biológico del crecimiento, que puede manifestarse por el aumento (balance positivo), mantenimiento (balance neutro) o disminución (balance negativo) de la masa y del volumen, que conforman al organismo, así como por la adecuación a las necesidades del cambio de forma, función y composición corporal. Cuando la velocidad de síntesis es menor que la de destrucción, la masa corporal disminuye en relación con el momento previo, pero el balance negativo, cualquiera que sea la causa que lo genere, no puede mantenerse por tiempo prolongado, ya que las disfunciones orgánicas que lo acompañan son incompatibles con la vida. Por ello, la desnutrición daña las funciones celulares de manera progresiva, afectándose primero el depósito de nutrientes y

posteriormente la reproducción, el crecimiento, la capacidad de respuesta al estrés, el metabolismo energético, los mecanismos de comunicación y de regulación intra e intercelular y, finalmente, la generación de temperatura, lo cual lleva a un estado de catabolismo que de no resolverse a tiempo conduce a la destrucción del individuo.

Hay cuatro mecanismos que pueden verse afectados:
Falta de aporte energético (falla en la ingesta), Alteraciones en la absorción, Catabolismo exagerado, Exceso en la excreción.

Ya desde 1950, Jolliffe propuso la siguiente secuencia de eventos en el organismo carente de energía: depleción de reservas nutricias, alteraciones bioquímicas, alteraciones funcionales y alteraciones anatómicas. Los requerimientos de energía no son iguales para todos los órganos, las células del corazón y el cerebro son las que se protegen durante el catabolismo acelerado. Un ser humano que por alguna razón presenta una interrupción en la transformación de los alimentos podrá mantener la energía durante las primeras horas por el almacenamiento de glucógeno en el hígado, que aporta en promedio 900 kilocalorías. Cuando estas reservas se han repletado, la gluconeogénesis otorga energía a los tejidos vitales (cerebro y corazón), a través de la oxidación de los lípidos. Durante el proceso se obtiene energía; sin embargo, en el proceso se liberan lactato y cuerpos cetónicos. Una vez que el tejido adiposo se ha sacrificado para mantener la energía, el siguiente proceso de producción energética de la gluconeogénesis es a través de las reservas proteicas. La alanina es un aminoácido que circula libremente; no obstante, una vez que se ha utilizado por completo, precisa de la

catabolia del músculo estriado para su liberación. Durante este proceso la masa muscular disminuye y los niveles de urea (secundarios a la liberación de otros aminoácidos) incrementan hasta que se agota por completo la reserva corporal de aminoácidos. Para este momento, el individuo ha manifestado cambios anatómicos como los descritos en los signos universales de la desnutrición y falla orgánica secundaria.

Dicho autor propone la siguiente falla orgánica durante la desnutrición: pérdida inicial de peso, pérdida de la relación entre el segmento superior e inferior, estancamiento de la talla, perímetro torácico y finalmente cefálico. Funcionalmente: pérdida de la capacidad de lenguaje, capacidad motora y finalmente funcional a expensas de falla cardíaca y neurológica que conlleva finalmente a la muerte. El curso de la desnutrición es, en resumen, una carrera para mantener energía a costa de lo que sea. La emaciación es el resultado de esta penosa secuencia de eventos. El clínico puede identificar en el paciente pediátrico el inicio del proceso de la desnutrición, de acuerdo con el siguiente horizonte: el motivo que condiciona la intervención médica será frecuentemente la talla baja o la pérdida de peso acentuada; excepcionalmente será la falla orgánica (es de esperarse que la condición de estos niños sea grave); la conducta deberá buscar inicialmente la estabilización si el estado es precario y posteriormente clasificar la desnutrición de acuerdo a la etiología, clínica, temporalidad e intensidad. Una vez que se hayan contestado estas interrogantes deberá iniciarse el tratamiento gradual, evitando la indicación acelerada de nutrimentos para impedir síndrome de realimentación.

La respuesta se espera que sea sumamente parecida a la secuencia de las pérdidas, esto es: recuperación del peso, armonización del peso con la talla, recuperación bioquímica, recuperación de cada uno de los segmentos afectados: talla, torácico y cefálico. Todo lo anterior refleja que el organismo ha alcanzado un estado de homeostasis. (27)

2.2.2.6 Signos y síntomas.

Signos universales: Al menos uno de ellos está presente en todos los pacientes con esta enfermedad y son tres:

a) Dilución bioquímica:

Principalmente en la desnutrición energético-proteica por la hipoproteinemia sérica (aunque no excluye a las otras entidades clínicas). Se presenta con osmolaridad sérica disminuida, alteraciones electrolíticas como hiponatremia, hipocalcemia e hipomagnesemia.

b) Signos circunstanciales:

No se presentan en todos los pacientes; al ser encontrados durante la exploración esto puede manifestar que la intensidad de la desnutrición es de moderada a severa. Los más frecuentemente encontrados: alteraciones dermatológicas y mucosas, déficit de niacina, en piel y faneras uñas frágiles y quebradizas; cabello delgado, quebradizo, con pérdida del brillo y decoloración (por déficit de zinc); edema, temblores o rigidez muscular, manifestaciones clínicas por déficit de vitaminas específicas como raquitismo por déficit de vitamina D, entre otras.

c) Signos agregados:

No son ocasionados directamente por la desnutrición, sino por las enfermedades que acompañan al paciente y que se agravan por la patología de base. (27)

2.2.2.7 Diagnóstico.

VALORACIÓN DEL ESTADO DE NUTRICIÓN. El uso inteligente de la anamnesis, exploraciones clínica y antropométrica y la selección de algunas pruebas complementarias constituye la forma más eficaz de orientar un trastorno nutricional para poder instaurar pronto medidas terapéuticas y determinar aquellos casos que deben ser remitidos al centro de referencia para su evaluación más completa.

La sistemática de la valoración incluirá los siguientes aspectos:

a) Anamnesis:

Se obtendrán datos acerca de la familia y el medio social (trabajo de los padres, personas que cuidan del niño, número de hermanos, afecciones de los padres y hermanos).

- **Antecedentes personales:** Se deben conocer circunstancias ocurridas durante la gestación, medidas al nacimiento y progresión en el tiempo. Se pondrá especial atención en los datos sugerentes de patología orgánica aguda, crónica o de repetición, y en la sintomatología acompañante, sobre todo a nivel gastrointestinal.

- **Encuesta dietética:** Es fundamental para orientar el origen de un trastorno nutricional. Una encuesta detallada (recuerdo de 24 horas, cuestionario de frecuencia, registro de ingesta con pesada de alimentos durante varios días), es prácticamente inviable en la consulta porque requiere mucho tiempo y necesita informatización. Sin embargo, siempre se puede hacer una aproximación con la historia dietética preguntando qué consume habitualmente en las principales comidas del día, cantidad aproximada, tipo y textura del alimento y tomas entre horas, completándolo con la frecuencia diaria o semanal de los principales grupos de alimentos, alimentos preferidos o rechazados y suplementos vitamínicos y minerales. Al tiempo que nos informa sobre la ingesta aproximada, nos da una idea de la conducta alimentaria y permite establecer recomendaciones dietéticas.

b) Exploración clínica.

Siempre hay que inspeccionar al niño desnudo, porque es lo que más informa sobre la constitución y sobre la presencia de signos de organicidad. El sobrepeso y la obesidad son fácilmente detectables, pero no así la desnutrición, ya que hasta grados avanzados los niños pueden aparentar “buen aspecto” vestidos, porque la última grasa que se moviliza es la de las bolas de Bichat. Al desnudarlos y explorarlos podremos distinguir los niños constitucionalmente delgados de aquellos que están perdiendo masa corporal con adelgazamiento de

extremidades y glúteos, con piel laxa señal de fusión del panículo adiposo y masa muscular. Otro aspecto importante es valorar la presencia de distensión abdominal hallazgo muy sugestivo de enfermedad digestiva como la celiacía. La exploración sistematizada permitirá detectar signos carenciales específicos y los sospechosos de enfermedad. En niños mayores se debe valorar siempre el estadio de desarrollo puberal.

c) Antropometría:

Permite valorar el tamaño (crecimiento) y la composición corporal del niño. Es muy útil siempre que se recojan bien las medidas y se interpreten adecuadamente.

– **Medidas básicas Incluyen:**

Peso, talla, perímetro craneal, perímetro braquial y pliegue tricípital. Es fundamental obtenerlos con la técnica y el instrumental adecuados.

d) Exploraciones complementarias:

En la mayor parte de centros de atención primaria se puede acceder a diversas exploraciones complementarias para valorar la nutrición y el crecimiento, bien realizadas en el mismo, o remitidas a otros concertados. Cada profesional debe conocer los mecanismos habituales para su solicitud. Una forma especialmente beneficiosa es disponer de contacto estrecho con los pediatras especialistas del hospital de

referencia, tanto para la realización de pruebas como para el seguimiento conjunto de pacientes remitidos para estudio.

– **Determinaciones analíticas:**

Se deben seleccionar cuidadosamente. Habitualmente se precisa la determinación de hemograma, y bioquímica con metabolismo del hierro, cinc, pre albúmina, albúmina, inmunoglobulinas y función hepática. La albúmina es muy buen índice del estado de la síntesis hepática, pero como tiene una vida media muy larga (21 días) tarda en modificarse con el trastorno nutricional y en recuperarse con la terapia; por ello, la determinación de la pre albúmina al tener una vida media más corta (2 días) resulta mucho más eficaz para evaluar la desnutrición aguda y la respuesta al tratamiento. La determinación de factores de crecimiento, principalmente el factor de crecimiento similar a la insulina o IGF-1, a la vez que refleja precozmente los cambios nutricionales informa sobre alteraciones del crecimiento. (28)

2.2.2.8 Tratamiento.

a) Manejo dietético

La OMS recomienda lo siguiente:

- Iniciar la alimentación inmediatamente vía oral o enteral, si la condición clínica del niño lo permite.
- Administrar pequeños volúmenes de alimento (formula láctea o producto de terapia nutricional, preferiblemente sin lactosa). A intervalos cortos

durante el día y la noche; la alimentación nocturna es imprescindible para evitar hipoglucemia.

- El volumen de líquidos a suministrar no debe ser mayor de 9 a 130mL/Kg/día.
- El aporte inicial de proteína (principalmente proteína láctea) es de 0,8 a 1 g/kg/día y el aporte inicial de calorías es de 8 a 100 kcal/kg/día.
- Mantener la lactancia materna en los casos que aplique
- La alimentación complementaria dependerá de la condición clínica y del peso del paciente.
- Si el consumo de la fórmula láctea y de alimentos complementarios no cubre sus adecuaciones nutricionales vía oral por rechazos al alimento o saciedad temprana; debe considerarse el uso de sonda enteral para el suministro de todo el requerimiento hasta mejorar el apetito.
- Las fórmulas elegidas deben ser normo o hiposmolares. Existen diversas alternativas para el uso de fórmulas infantiles en casos especiales, como son las fórmulas a base de soya y libre de lactosa. Si el caso lo amerita debido a las alteraciones en los mecanismos de absorción intestinal, está indicado el uso de las fórmulas semielementales.
- La fórmula F-75 que sugiere la OMS para la fase aguda es a base de leche en polvo completa o semidescremada, combinada con otros ingredientes para modificar su composición y aportar 75 kcal en 100 mL

b) Fase de rehabilitación.

El tratamiento de esta fase es principalmente dietético; se recomienda el siguiente esquema de intervención por grupo de edad:

En los niños con edad menor o igual a 6 meses se debe mantener la lactancia materna verificando, el volumen producido por la madres ya que en algunos casos es necesario complementar la formula infantil adecuada para la edad y complicaciones biomédicas existentes (diarreas y/o síndrome de mala absorción intestinal). Se indica toma láctea cada 2 a 3 horas, no más de 3 onzas por toma.

En niños entre 7 y 24 meses de edad se continua con la lactancia materna y/o formula infantil de ser necesario, que dependerá de la edad y las complicaciones biomédicas existentes (diarreas y/o síndrome de mala absorción intestinal); se le pueden agregar cereales cocidos y/o precocidos sin azúcar; así como recomendar el módulo de grasas (aceites comestibles) para cubrir las necesidades calóricas iniciales.

c) Intervención dietética.

Objetivos del tratamiento dietético:

- Realizar el diagnostico dietético de la situación alimentaria basado en la identificación de los hábitos, conductas alimentarias y apetito observados según la edad específica del paciente.

- Prescribir los requerimientos de energía y nutrientes para lograr la recuperación nutricional tomando en cuenta los factores socioeconómicos y biológicos del niño.
- Ofrecer educación nutricional al niño y al representante con la finalidad de corregir y lograr cambios en conductas y hábitos de alimentación dentro del entorno familiar.
- Ofrecer estrategias y herramientas a la madre y/o representantes que faciliten los cambios conductuales requeridos para la resolución de los problemas en esta área.

d) Suplementación con vitaminas y minerales.

Los micronutrientes que siempre deben ser tomados en cuenta son: ácido fólico, vitamina A, vitamina E, riboflavina, hierro, zinc, calcio, fosforo, magnesio, cobre y los electrolitos.

e) Vigilancia y evaluación periódica del estado nutricional.

Las evaluaciones periódicas se realizarán mensualmente y trimestralmente dependiendo de la intensidad de la desnutrición y la evolución clínica durante su recuperación. En cada consulta se interrogará al cuidador(a) sobre la presencia de enfermedades intercurrentes, apetito del niño, alimentación, cumplimiento del tratamiento con micronutrientes y actividades lúdicas. Se debe reforzar la educación nutricional y las prácticas higiénico – ambientales. (29)

2.2.2.9 Efectos De Desnutrición Infantil.

La desnutrición infantil tiene una serie de consecuencias negativas en distintos ámbitos. Entre ellas destacan los impactos en morbilidad, educación y productividad, constituyéndose en uno de los principales mecanismos de transmisión intergeneracional de la pobreza y la desigualdad. La desnutrición en gestantes aumenta el riesgo de bajo peso al nacer, incrementando, a su vez, el riesgo de muerte neonatal. Los bebés que nacen con un peso de 2.000 a 2.499 gramos enfrentan un riesgo de muerte neonatal que cuadruplica el de aquellos que pesan entre 2.500 y 2.999 gramos, y es 10 a 14 veces superior respecto de los que pesan al nacer entre 3.000 y 3.499 gramos. En distintos estudios se observa que la desnutrición es el mayor contribuyente de la mortalidad infantil y de la niñez en edad preescolar (50-60%), mientras el porcentaje de casos de morbilidad atribuible a la desnutrición es de 61% para la diarrea, 57% para la malaria, 53% para la neumonía y 45% para el sarampión, e incrementa significativamente el riesgo de que en la edad adulta se desarrollen patologías crónicas, tales como enfermedades coronarias, hipertensión y diabetes y enfermedades transmisibles como la tuberculosis. En cuanto a los micronutrientes, la anemia por deficiencia de hierro es, junto con la desnutrición crónica, el problema nutricional más serio de la región, y afecta principalmente a los niños menores de 24 meses y a las mujeres embarazadas, con efectos negativos en el rendimiento escolar y la productividad. La deficiencia de vitamina A disminuye la capacidad de respuesta a las diferentes infecciones, genera problemas de ceguera y aumenta hasta en un 25% el riesgo de mortalidad materna e infantil. La falta de yodo es la

principal causa de retardo mental y aminora el coeficiente intelectual en aproximadamente 10 puntos. Los efectos en educación son igualmente alarmantes. La desnutrición afecta al desempeño escolar a causa del déficit que generan las enfermedades asociadas, y debido a las limitaciones en la capacidad de aprendizaje vinculadas a un menor desarrollo cognitivo. La mayor probabilidad de enfermar hace que los niños y niñas desnutridos presenten una incorporación tardía al sistema educativo y mayor ausentismo escolar, con lo que aumenta su probabilidad de repetición y deserción. El déficit de micronutrientes Las consecuencias de la desnutrición a nivel productivo se relacionan directamente con los bajos niveles de escolaridad y las referidas dificultades de aprendizaje. Por su parte, la mortalidad genera una pérdida importante de capital humano con efectos económicos y sociales acumulativos en el largo plazo. De manera que, además del mandato ético que obliga a proveer soluciones al problema, en las decisiones de política también deben considerarse los costos económicos que entraña la desnutrición para el conjunto de la sociedad.

- Según Cecilia Sommer ex presidenta de la Asociación de Nutriología C.A Los niños desnutridos tendrá que enfrentar múltiples desventajas con respecto a quienes si son alimentados adecuadamente.
- Según la UNICEF, los niños que a los dos años tienen una grave disminución de la estatura presentan cocientes intelectuales inferiores a los de los niños que no padecen ese problema.
- Según Burgués Rodríguez en los niños desnutridos disminuye la motivación y la curiosidad, reduce el nivel de juego y de actividades de exploración e investigación,

efectos que limitan su desarrollo mental y cognoscitivo por la falta de interacción con el medio ambiente. (30)

2.2.2.10 Formas de prevenir la desnutrición.

Prevenir la desnutrición infantil debe basarse en:

- Aporte de vitaminas y minerales esenciales: hierro, ácido fólico, vitamina A, zinc y yodo.
- Fomento de la lactancia temprana (en la primera hora).
- Fomento de la lactancia exclusiva hasta los 6 meses de edad.
- Fomento de una alimentación complementaria adecuada a partir de los 6 meses y continuación de la lactancia.
- Peso de los recién nacidos.
- Medición de peso y altura, y detección de casos de desnutrición aguda.
- Promoción del consumo de sal yodada.

Cambios en el entorno sociocultural

- Formación y acciones para prevenir los embarazos precoces.
- Acciones para proteger los derechos de las mujeres y niñas.
- Fomento del uso de alimentos locales, hábitos de alimentación saludables y sensibilización a la comunidad sobre la necesidad de hacer controles de crecimiento.
- Promoción de hábitos de higiene, como el lavado de manos, para reducir el riesgo de diarrea y otras enfermedades.

- Creación de instalaciones adecuadas de agua y saneamiento, y formación para su mantenimiento.
 - Acciones para lograr una atención sanitaria adecuada y formación de personal sanitario y comunitario.
 - Acciones para lograr una educación de calidad para todos que capacite para prevenir y abordar las consecuencias de la desnutrición.
 - Medidas para reducir las consecuencias negativas del cambio climático sobre la disponibilidad de alimentos.
- (24)

2.2.3 Modelos sobre determinantes De La Salud.

2.2.3.1 Modelo holístico de laframboise, Marc Lalonde 1974.

Cabe resaltar que entre todos los modelos de determinantes de la salud que se han propuesto en las últimas décadas, el más difundido y aceptado es el modelo holístico de Laframboise, más conocido por ser posteriormente utilizado por Lalonde en Canadá, que clasifica los determinantes de la salud en cuatro grandes grupos o campos: la biología humana, el medio ambiente, los hábitos o estilos de vida y la organización de los servicios de salud. En este modelo de determinantes, la biología humana engloba todos los aspectos que influyen en la salud, que tienen su origen en el propio individuo y dependen de la estructura biológica y de la constitución orgánica del individuo. Para Laframboise, este determinante incluía la dotación genética de los individuos, el crecimiento y desarrollo. Aunque en 1973, cuando Laframboise propuso su modelo, no se conocía la secuencia del genoma

humano, Laframboise expresaba que la influencia de la biología humana en distintos procesos es innumerable, siendo causa de todo tipo de morbilidad y mortalidad. El medio ambiente incluye todos aquellos factores externos al cuerpo humano y sobre los cuales la persona tiene poco o ningún control (contaminación química de las aguas y del aire, ruido, campos electromagnéticos, contaminantes biológicos, etc., así como también factores psicosociales y socioculturales nocivos). El tercer determinante lo constituyen los hábitos de salud o estilo de vida. Representa el conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a su salud y sobre las cuales ejerce un cierto grado de control. Según diversos autores, éste sería el determinante con una mayor influencia sobre la salud, y comprendería: la alimentación, el ejercicio físico, el consumo de tabaco, el consumo de alcohol, etc. El cuarto determinante es la organización de la asistencia sanitaria, que consiste en la cantidad, calidad, orden, índole y relaciones entre las personas y los recursos en la prestación de la atención de salud. Incluye la práctica de la medicina, la enfermería, los hospitales, los medicamentos, los servicios públicos comunitarios de atención de la salud y otros servicios sanitarios. (31)

2.2.3.2 Modelo Dahlgren y Whitehead: Las capas de influencia.

Dahlgren y el modelo frecuentemente citado de Whitehead explica cómo las desigualdades sociales en salud son el resultado de las interacciones entre los diferentes niveles de las condiciones causales, de lo individual a las comunidades a nivel de las políticas

nacionales de salud. Según ellos los individuos están dotados de factores de riesgo como: la edad, el sexo, factores genéticos que sin duda, influyen en su potencial para la salud final, también influyen las conductas personales y estilos de vida. Las personas con una situación económica desfavorable tienden a exhibir una mayor prevalencia de factores de comportamiento, como el tabaquismo y la mala alimentación. También se enfrentan a mayores barreras financieras a la elección de un estilo de vida saludable. Las influencias sociales influyen en los comportamientos personales ya sea de forma positiva o negativa. Indicadores de la organización de la comunidad registra un menor número de redes y sistemas de apoyo disponibles a las personas hacia la escala social, agravada por las condiciones prevalecientes en el área de alta marginación, que tienen un menor número de servicios sociales y servicios para la comunidad actividad y débiles medidas de seguridad. También hacen mención a otros factores relacionados con el trabajo, los suministros de alimentos y el acceso a las instalaciones y servicios esenciales. Consideran que las pobres condiciones de vivienda, la exposición a un trabajo más peligroso, condiciones estresantes y los más pobres al acceso de los servicios crean riesgos diferenciales para las personas socialmente desfavorecidos. Las condiciones económicas, culturales y ambientales prevalentes en la sociedad en su conjunto, así como la situación económica del país y condiciones del mercado laboral, tienen una influencia en todos los aspectos antes mencionado. El nivel de vida alcanzado en una sociedad, por ejemplo, puede influir en la elección de un

individuo de la vivienda, el trabajo social y interacciones, así como los hábitos de comer y beber. Del mismo modo, las creencias culturales sobre el lugar de la mujer en la sociedad o las actitudes dominantes en las comunidades de minorías étnicas pueden influir en su estándar de vida y posición socioeconómica. (32)

2.2.4 Determinantes de la salud.

Conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones.

Los factores que influyen en la salud son múltiples e interrelacionados. La promoción de la salud trata fundamentalmente de la acción y la abogacía destinada a abordar el conjunto de determinantes de la salud potencialmente modificables; no solamente aquellos que guardan relación con las acciones de los individuos, como los comportamientos y los estilos de vida saludables, sino también con determinantes como los ingresos y la posición social, la educación, el trabajo y las condiciones laborales, el acceso a servicios sanitarios adecuados y los entornos físicos. Combinados todos ellos, crean distintas condiciones de vida que ejercen un claro impacto sobre la salud. Los cambios en estos estilos de vida y condiciones de vida, que determinan el estado de salud, son considerados como resultados intermedios de salud. (36)

De acuerdo al Documento Técnico del Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia en el país según resolución ministerial N° 258 - 2014/MINSA considera que la desnutrición infantil en nuestro país

todavía sigue siendo uno de los principales problemas de salud infantil, lo cual es producto de múltiples factores, relacionados directamente con la ingesta de alimentos y la salud del niño, como son la incidencia del bajo peso al nacer, la elevada morbilidad por enfermedades infecciosas, la deficiencia de consumo de micronutrientes, así como las condiciones físicas y sociales del ambiente, educación, acceso a información, estado de salud de la madre, ingreso familiar, condiciones de trabajo, entre otros determinantes sociales, donde el sector salud tiene un rol relevante. (5)

Sobre la salud actúan diversos determinantes o factores, que es necesario tener en cuenta a la hora de delimitar el concepto de salud, y que hacen referencia a aspectos tan variados como los biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y religiosos. La casi totalidad de estos factores pueden modificarse, incluidos algunos factores de tipo biológico, dados los avances en el campo genético, científico, tecnológico y médico. La incidencia de unos sobre otros es tal que no pueden disociarse, a no ser que se quiera tender al reduccionismo simplista que no conduce a parte alguna. Los factores biológicos y hereditarios se refieren a la herencia genética recibida de nuestros padres y a la constitución personal. Los avances científicos pueden eliminar o mitigar enfermedades provenientes de la herencia genética. Los personales hacen referencia al estilo de vida que cada cual configura teniendo en cuenta las condiciones de vida y el contexto económico, social, laboral, cultural, familiar. Los factores familiares acerca del número de componentes, clima, los ingresos económicos, la educación, los valores, el lugar de residencia. El sexo y la edad también constituyen factores determinantes.

Los sociales como la clase social a la que pertenece, los estilos de vida de la sociedad provenientes de unos determinados valores, que a su vez, se plasman en normas y conductas. Los ambientales como el cuidado y respeto o no de la naturaleza, del medio ambiente tanto próximo como lejano referente a la limpieza, polución, contaminación, los incendios, la tala de los bosques. Los alimenticios, manifestados en las costumbres y hábitos de alimentación tanto personal, familiar como social, la cultura gastronómica, la moda de adelgazamiento, la anorexia, el hambre, la pobreza, los medios de comunicación social, la publicidad.

Los económicos reflejados en la capacidad adquisitiva de bienes materiales e inmuebles que satisfagan las necesidades tanto primarias de la persona, alimentación, vestido, vivienda, educación, como secundarias.

El autor manifiesta que la vulnerabilidad alimentaria refleja "la probabilidad de que se produzca una disminución aguda del acceso a alimentos, o a su consumo, en relación con un valor crítico que define niveles mínimos de bienestar humano"

La vulnerabilidad nutricional, por su parte, se relaciona con el aprovechamiento biológico de los alimentos, condicionado a su vez por factores ligados a la calidad de la dieta y al estado de salud individual, entre otros aspectos. Entonces, la población más vulnerable es aquella que, por una parte, enfrenta un mayor riesgo y, por otra, presenta una menor capacidad de respuesta frente a dicho riesgo. En esta perspectiva, la vulnerabilidad debe analizarse en función de dos dimensiones que interactúan: una atribuible a las condiciones que presenta el entorno (natural,

social y económico) y otra relativa a la capacidad y voluntad (individual y colectiva) de contrarrestarlas. (33)

La UNICEF clasifica los determinantes de la salud de la siguiente manera:

2.2.4.1 Factores medioambientales

La relación entre el entorno y la salud es conocida desde tiempos antiguos. La medicina hipocrática consideraba el aire, el agua y el lugar donde se habita como elementos esenciales para la salud, y su alteración como causa de enfermedades. En el siglo XIX se constituye en Europa el llamado Movimiento Sanitarista que constata que el hacinamiento, la falta de saneamiento y de agua potable, junto con los alimentos en malas condiciones, habían facilitado la expansión de las enfermedades epidémicas y plantean una transformación social para mejorar las malas condiciones de vida de la mayoría de la población

La información disponible permite sostener que aproximadamente la mitad de los problemas nutricionales ocurren en hogares de zonas rurales localizados en ambientes muy expuestos a riesgos ambientales donde el nivel económico es precario. Las cifras más altas de desnutrición y mortalidad infantil se observan en países donde la agricultura a menudo es afectada por desastres naturales. Los frecuentes embates de, sequías, terremotos y heladas generan riesgos "directos", que obstaculizan el acceso a bienes alimentarios, e "indirectos", debido a los problemas económicos y sociales derivados de estos eventos.

Por otra parte, el hogar en que habitan niños desnutridos frecuentemente no dispone de instalaciones adecuadas de agua potable y saneamiento básico, lo que incrementa el riesgo de contraer enfermedades infecciosas, principalmente diarreas y parásitos, creándose un círculo vicioso en que el elemento ambiental es un agente activo en el desarrollo de la desnutrición. En el caso de los países andinos, por ejemplo, la prevalencia de desnutrición global en hogares con agua proveniente de fuentes inseguras (río, lago o pozo) duplica la de aquellos que tienen acceso a "agua de cañería": 11% a 15% entre los primeros y 6% entre los segundos. (30)

2.2.4.2 Factores socioculturales.

La desnutrición se relaciona estrechamente con la extrema pobreza. Sin embargo, ambas presentan características específicas, por lo que no pueden ser tratadas como un solo fenómeno. Entre los diversos aspectos relacionados con la pobreza que inciden en la desnutrición, cabe destacar los siguientes:

El bajo nivel de ingresos limita el acceso a los alimentos, en cantidad o calidad necesarias, o en ambas lo que hace que los hábitos alimentarios sean poco frecuentes. La falta de acceso a la tierra afecta a la capacidad de acceso al crédito y otros recursos, lo que repercute en los ingresos económicos. La sustitución de cultivos tradicionales por cultivos comerciales más rentables tiende a aumentar la vulnerabilidad nutricional y reducir el acceso a alimentos en tiempos de caída de precios o crisis económicas. El bajo nivel educativo parental en

especial de la madre y la falta de conocimientos sobre salud reproductiva, nutrición y desarrollo infantil inciden negativamente en la desnutrición de los hijos. En los países andinos, por ejemplo, la prevalencia de desnutrición global es inferior en 30% a 40% entre los niños con madres que cursaron educación primaria, en comparación con niños de madres que no completaron dicho ciclo. La falta de acceso y la deficiente calidad de los servicios de atención primaria de salud y de intervenciones específicas en salud y nutrición, representan otro obstáculo considerable.

La condición de pobreza extrema, discriminación y aislamiento geográfico de los pueblos indígenas son factores relacionados con la alta prevalencia de desnutrición en dichas poblaciones. En el caso de los países con una considerable presencia indígena, por ejemplo, la desnutrición es superior hasta en un 140% entre niños pertenecientes a hogares indígenas. La pérdida de capital social y la desarticulación de las redes de apoyo de los más pobres, como consecuencia de procesos migratorios y conflictos sociales, limitan la capacidad de respuesta colectiva ante desastres naturales o económicos que dificultan su acceso a los alimentos. (30)

– **Lactancia Materna Exclusiva**

Promover la lactancia materna exclusiva es vital para evitar los cuadros de desnutrición. Protege contra infecciones y reduce el riesgo de morbilidad y mortalidad. La leche humana “es un sistema de soporte especializado, sofisticado y complejo que le

proporciona nutrición, protección e información al lactante humano”. No solo es un conjunto de nutrientes apropiados para el lactante, sino “un fluido vivo con más de 200 componentes conocidos, que interactúan y que tienen más de una función cada uno, generalmente una nutricional, otra de protección contra las infecciones, y otra de estímulo del desarrollo al asegurar y prolongar la formación de vínculos”. En este sentido, la práctica de la lactancia materna es una de las mejores intervenciones para proteger la supervivencia, nutrición y desarrollo de los niños. En el Perú, la lactancia materna es una práctica culturalmente aceptada, sin embargo el crecimiento urbano, la escasa regulación de la comercialización y la distribución de los sucedáneos de la leche materna, el incremento de la actividad laboral de la mujer, los cambios en las pautas de alimentación infantil, el incremento de los partos por cesáreas, así como la escasa información y educación en derechos vinculados a la lactancia materna; han influido en la tendencia decreciente de la LME en las últimas décadas. La lactancia exclusiva, recomendada por Organizaciones Internacionales durante los primeros seis meses de vida, es otorgada al 76% de menores de 2 meses, al 60% de infantes de 2 a 3 meses y el 53% de infantes de 4 a 6 meses, luego es otorgado solo al 13% de infantes de 6 a 7 meses de edad. (34)

– **Inmunizaciones**

El Ministerio de Salud define que la inmunización es la actividad de salud pública que ha demostrado ser la de mayor costo beneficio y costo efectividad en los últimos dos siglos. Aunque se admite que las vacunas no son completamente eficaces, constituyen las intervenciones más seguras en salud. (35)

A nivel mundial, se estima que las inmunizaciones previenen cerca de tres millones de muertes infantiles cada año. A pesar de la cobertura casi global de la inmunización (80%), es todavía un reto llegar a una cobertura universal y el número de muertes causadas por enfermedades prevenibles por medio de vacunas aún es elevado a nivel mundial.

Todas las vacunas consideradas en el esquema de vacunación aprobado por el MINSA20 son importantes, sin embargo, se han identificado dos de ellas que tienen mayor relación con las enfermedades prevalentes de la infancia: 1) vacuna contra el rotavirus que previene la presentación de diarreas severas (EDA), y 2) vacuna contra el neumococo que previene las enfermedades respiratorias severas bacterianas como las neumonías (IRA). (34)

– **Control De Crecimiento Y Desarrollo**

El control de crecimiento y desarrollo son el conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas en los establecimientos de salud con el objetivo de vigilar de manera adecuada y oportuna el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de

9 años, a fin de detectar de manera precoz y oportuna riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico y tratamiento y, de este modo, reducir la severidad y duración de la alteración, evitar secuelas, disminuir la incapacidad y prevenir la muerte.

El control de crecimiento y desarrollo debe tener como componente principal a la consejería integral con el objetivo de incorporar y reforzar en las familias, las prácticas claves para mejorar el cuidado infantil: lactancia materna exclusiva, alimentación complementaria, la suplementación con hierro (multimicronutrientes), lavado de manos, etc. (34).

2.2.4.3 Factores biológicos

Entre los factores biomédicos más importantes se destacan: Un deficiente estado nutricional materno como consecuencia de una mala nutrición previa, aumenta los riesgos de desnutrición intrauterina y bajo peso al nacer. (30)

– Bajo peso al nacer

El bajo peso al nacer depende en gran medida del estado nutricional de la madre antes de la concepción y durante el embarazo; está definido como el nacimiento de una niña o niño con menos de 2 500 g y es, en general, un factor de riesgo para su salud y supervivencia, es así que también sus probabilidades de tener desnutrición crónica son también más altas. (34)

Ibáñez, S. (26) define que se ha demostrado que el niño desnutrido es más susceptible a las infecciones. Éstas constituyen uno de los factores que más contribuye a incrementar la morbilidad y mortalidad cuando se asocia a la DEP. Tal es el caso de la diarrea, el sarampión y las enfermedades respiratorias

Por otro lado, la presencia de las infecciones promueve el desarrollo de la desnutrición, lo que implica que por lo general ésta y las infecciones aparecen juntas y se retroalimentan entre sí. El ciclo desnutrición-infección-desnutrición se debe a la presencia e interacción de varios factores, entre los que destacan: el abandono temprano de la lactancia, la ablactación prematura (antes del segundo mes) o tardía (después del sexto mes), el uso inadecuado de sucedáneos de la leche humana y la falta de higiene en su preparación, que provocan infecciones gastrointestinales frecuentes y merman el estado nutricional del niño.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Determinantes medioambientales

Son aquellos factores del medio ambiente que pueden representar un riesgo e incluso influir negativamente en la salud de las personas. Por ese motivo, la calidad y la salubridad de nuestro entorno son vitales para una buena salud.

Determinantes socio-culturales

Los determinantes socioculturales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido

el sistema de salud. Adquiriendo Patrones de comportamiento determinados por la interacción entre: características personales, interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales.

Determinantes biológicos

Los factores biológicos y hereditarios se refieren a la herencia genética recibida de nuestros padres y a la constitución personal.

2.4 HIPÓTESIS

2.4.1. Hipótesis general

Los determinantes de la salud se relacionan con la desnutrición en niños menores de cinco años del AA.HH Húsares Del Perú, 2017.

2.4.2. Hipótesis específica

Hipótesis específica 1

Los determinantes socioculturales se relacionan con la desnutrición en niños menores de cinco años del AA.HH Húsares Del Perú, 2017.

Hipótesis específica 2

Los determinantes medioambientales se relacionan con la desnutrición en niños menores de cinco años del AA.HH Húsares Del Perú, 2017.

Hipótesis específica 3

Los determinantes biológicos se relacionan con la desnutrición en niños menores de cinco años del AA.HH Húsares Del Perú, 2017.

2.5 VARIABLES

2.5.1 Definición conceptual de la variable

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL
<u>VARIABLE 1</u> Determinantes de la salud	Conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones. (36)
<u>VARIABLE 2</u> Desnutrición infantil	Estado patológico inespecífico y potencialmente reversible que se origina de una deficiente utilización por parte de las células del organismo de cantidades adecuadas de nutrientes esenciales con manifestaciones clínicas diversas, y de intensidad variable. (23)

2.5.2 Definición Operacional de la variable

VARIABLES	DEFINICION OPERACIONAL	Dimensiones	INDICADORES	ITEM	
VARIABLE 1 Determinantes de la salud	Villar (33) lo define como el conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los Individuos o de las poblaciones. CLASIFICADOS POR LA UNICEF	DETERMINANTES SOCIOCULTURALES	Identificar la edad y grado de instrucción de la madre	(1) (2)	
			Identificar la frecuencia y cantidad de ingresos de la madre	(3) (4)	
			Identificar el número de hijos de la madre	(5)	
			Determinar frecuencia del lavado de manos de la madre.	(6)	
			Identificar el género y grupo de edad del niño	(7) (8)	
			Determinar lactancia materna exclusiva en el niño	(9)	
			Identificar vacunación y control de crecimiento y desarrollo en el niño	(10) (11)	
			DETERMINANTES MEDIAMBIENTALES	Identificar áreas de la vivienda de la madre	(12), (13), (14),(15)
				Determinar el saneamiento básico de la vivienda de la madre.	(16)
			DETERMINANTES BIOLÓGICOS	Identificar enfermedades infecciosas frecuentes en el niño	(17)
		Identificar el peso del niño al nacer		(18)	
		Identificar la edad gestacional que tuvo la madre		(19)	
		VARIABLE DEPENDIENTE Desnutrición infantil	Di Sanzo y Roggiero (19) definen que la desnutrición se refiere al cuadro clínico producido por un aporte energético y/o proteico deficiente, causado por una ingesta insuficiente y pérdidas exageradas de nutrientes	Desnutrición crónica	Peso para la talla (P/T) (OMS)
Desnutrición aguda	Talla para la edad (T/E) (OMS)			ORDINAL	
Desnutrición global	Peso para la edad (P/E) (OMS)			ORDINAL	

2.5.3 Operacionalización de las variables.

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORIAS	Escala
VARIABLE 2 Desnutrición infantil	DESNUTRICION CRONICA	EVALUAR TALLA BAJA PARA LA EDAD DEL NIÑO	GRADO I [-2.1 a -2.4]	ORDINAL
			GRADO II [-2.5 a -2.7]	
			GRADO III [-2.8 a -3]	
	DESNUTRICION AGUDA	EVALUAR PESO PARA LA TALLA DEL NIÑO	GRADO I [-2.1 a -2.4]	ORDINAL
			GRADO II [-2.5 a -2.7]	
			GRADO III [-2.8 a -3]	
	DESNUTRICION GLOBAL	EVALUAR PESO PARA LA EDAD DEL NIÑO	GRADO I [-2.1 a -2.4]	ORDINAL
			GRADO II [-2.5 a -2.7]	
			GRADO III [-2.8 a -3]	
VARIABLE 1 Determinantes de la salud	DETERMINANTES SOCIOCULTURALES.	EDAD DE LA MADRE.	[17 – 25, [26 – 34], [35 – 44].	Malo [11-17] Regular [18-24] Bueno [25-32]
		NIVEL EDUCATIVO DE LA MADRE	Primaria, Secundaria, Técnica.	
		FRECUENCIA DE INGRESOS.	Diario, Semanal, Quincenal.	
		CANTIDAD DE INGRESOS	< Menos – 850], [851-1251], [1252- a más>.	
		NUMERO DE HIJOS	1, 2, 3 a mas	
		HIGIENE LAVADO DE MANOS.	Nunca, a veces, siempre	
		GENERO	Masculino, Femenino	
		EDAD DEL NIÑO.	< 1 año – 2 a 11 m], [3 a – 3 a 11 m], [4 a – 5 a]	
		LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.	Solo leche materna, Leche materna más formula, Leche materna más otras bebidas caseras	
		VACUNACION	NO (), SI ()	
CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO.	Casi nunca, Muy raramente, Raramente			

	DETERMINANTES MEDIOAMBIENTALES	IDENTIFICAR CONDICIONES DE LA VIVIENDA.	Baño, piso, habitaciones, número de personas que habitan la vivienda	Malo [5-8] Regular [9-12] Bueno [13 – 15]
		SANEAMIENTO BASICO	Ningunos, solo agua, agua y desagüe,	
	DETERMINANTES BIOLÓGICOS	ENFERMEDADES INFECCIOSAS FRECUENTES	Enfermedades diarreicas agudas, Infecciones respiratorias agudas, Parasitosis intestinal,	Malo [3-5] Regular [6-7] Bueno [8-9]
		PESO DEL NIÑO AL NACER.	<2.500, 2.500 a 2.999, 3000 a mas	
		EDAD GESTACIONAL	7 meses, 8 meses, 9 meses.	

CAPITULO III

MATERIAL Y METODO

3.1 TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

3.1.1 Tipo de investigación

Investigación aplicada, porque de acuerdo a Carrasco Díaz mediante este tipo de investigación se aplica la ciencia para mejorar y ampliar el dominio del hombre sobre la realidad con el fin de resolver los problemas importantes del quehacer educativo.

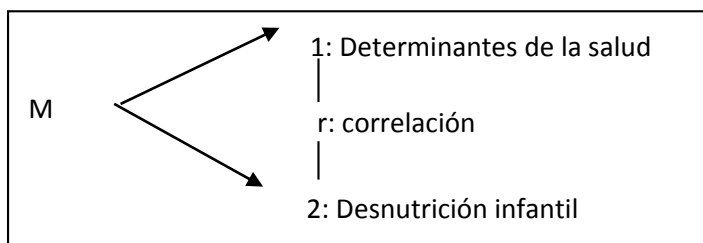
(37)

3.1.2 Nivel de investigación

El presente estudio hace referencia al nivel correlacional, de corte transversal, según lo propuesto por Hernández Sampieri define que este nivel de investigación se encarga de relacionar dos o más variables dentro de un mismo contexto en un tiempo determinado. (38)

3.1.3 Diseño de la investigación

El diseño de la investigación es correlacional y se esquematizo siguiendo el esquema sugerido por Sánchez Carlessi. (39)



3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación se llevó a cabo en el AA.HH Húsares Del Perú ubicada en el Distrito de Yarinacocha, provincia de Coronel Portillo del departamento de Ucayali.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1 Población

La población de estudio estuvo conformada por 30 niños con problemas de desnutrición del AA.HH Húsares Del Perú.

3.3.2 Muestra

El cálculo del tamaño muestral fue determinado por muestra intencionada eligiendo a 22 niños menores de cinco años con problema de desnutrición según lo propuesto por Carrasco Díaz este tipo de muestra es aquella que el investigador selecciona según su propio criterio, sin ninguna regla matemática o estadística. (37)

Unidad de muestreo

La unidad de muestreo estuvo conformada por niños menores de cinco años con problemas de desnutrición.

Unidad de análisis

V2 Desnutrición (unidad de análisis directo)

Todos los niños menores de cinco años con problemas de desnutrición

V1 Determinantes de la salud (unidad de análisis indirecto)

Todas las madres de niños menores de cinco años con problemas de desnutrición.

3.4. Método

Se utilizó el método descriptivo en la modalidad de estudio correlacional de acuerdo a Roberto Ávila Costa (2000:43) entendemos como método al camino o procedimiento que se sigue mediante un conjunto sistemático de operaciones y reglas prefijadas, para alcanzar un resultado propuesto. Todos concuerdan que el enfoque descriptivo tiene por objeto identificar, clasificar, relacionar y delimitar las variables que operan en una situación determinada. Mientras que la correlación es la medida en que dos variables varían juntas, por ejemplo cuando los puntajes de X son ascendentes y los de Y descendentes o a la inversa. (40)

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

3.5.1. Técnica.

Las técnicas utilizadas en esta investigación fueron La entrevista, la observación, Técnica de lectura y técnica de fichaje.

3.5.2. Instrumento

El instrumento de recolección de datos consistió en un cuestionario de preguntas cerradas, politómicas el cual tiene como finalidad recopilar información necesaria y suficiente para evaluar cuáles son los determinantes de la salud que condicionan la desnutrición infantil en niños menores de 5 años.

3.6. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

3.6.1. Validez

El instrumento de recolección de datos, fue sometido a juicio de expertos o especialistas en el tema, a quienes se les envió una carta adjuntando la matriz de consistencia de proyecto, el cuadro de Operacionalización de variables, la encuesta, el alfa de Crombach y un formato de evaluación del instrumento. Una vez que se consiguió la respuesta de 5 jueces: un experto en estadística, un experto en metodología, un experto en lingüística, y dos expertos especialistas en enfermería se procedió con la evaluación cualitativa y cuantitativa de las mismas. La evaluación cualitativa consistió en considerar todas las sugerencias, aportes que han escrito los jueces en el instrumento; ello ayudo a mejorar las preguntas del cuestionario y eliminar aquellas que no tenían relación con la dimensión/variable que se está midiendo.

3.6.2. Prueba piloto

Se realizó una prueba piloto para verificar la confiabilidad del instrumento de recolección de datos con 19 preguntas , el mismo que se aplicó a 12 madres con niños menores de cinco años con problemas de desnutrición, del AA.HH Venecia, las mismas no fueron consideradas en la muestra de estudio.

3.6.3. Confiabilidad

La confiabilidad será clasificada de acuerdo a la tabla propuesta por González (1990), la cual será categorizada en base a los valores siguientes:

Coefficiente de Alpha Crombach Confiabilidad

Menos de 0.20 No es confiable.

0.21 - 0.40 Baja confiabilidad.

0.41 - 0.70 Moderada confiabilidad.

0.71 - 0.90 Fuerte confiabilidad.

0.91 - 1.00 Alta confiabilidad.

Para probar la hipótesis aplicó la técnica del grado de correlación de Pearson. Porque permitió llegar a una conclusión a partir de la información que se obtuvo de la muestra de estudio.

Nivel de medición de las variables: intervalos o razón.

Interpretación: el coeficiente r de Pearson *puede variar de -1.00 a $+1.00$, donde:*

-1.00 = *correlación negativa perfecta.* (“A mayor X , menor Y ”, de manera proporcional. Es decir, cada vez que X aumenta una unidad, Y disminuye siempre una cantidad constante.)

Esto también se aplica “a menor X , mayor Y ”.

-0.90 = Correlación negativa muy fuerte.

-0.75 = Correlación negativa considerable.

-0.50 = Correlación negativa media.

-0.25 = Correlación negativa débil.

-0.10 = Correlación negativa muy débil.

0.00 = No existe correlación alguna entre las variables.

$+0.10$ = Correlación positiva muy débil.

$+0.25$ = Correlación positiva débil.

$+0.50$ = Correlación positiva media.

+0.75 = Correlación positiva considerable.

+0.90 = Correlación positiva muy fuerte.

+1.00 = *Correlación positiva perfecta*. (“A mayor X, mayor Y” o “a menor X, menor Y”, de manera proporcional. Cada vez que X aumenta, Y aumenta siempre una cantidad constante.)

El *signo indica la dirección de la correlación* (positiva o negativa); y *el valor numérico, la magnitud de la correlación*. Los principales programas computacionales de análisis estadístico reportan si el coeficiente es o no significativo

3.7. Plan de recolección y procesamiento de datos

Previamente se remitió oficio al presidente del AA.HH. Húsares Del Perú para obtener su consentimiento y proceder con la ejecución de la investigación. El cuestionario fue aplicado en el mes de marzo del 2017, la aplicación de dicho instrumento se realizó de lunes a viernes de 8 A.M a 1 P.M Y DE 3PM a 6PM de la tarde. Luego de recolectada la información, previo control de calidad del llenado del cuestionario fueron procesados en una base de datos elaborada en la hoja de cálculo el programa Microsoft Excel.

3.8. Análisis de datos

Para el análisis de los resultados se empleó la estadística descriptiva básica, los datos fueron codificados e ingresados en una hoja de cálculo del programa office Excel 2010. El análisis descriptivo de cada variable se realizó utilizando el software SPSS versión 24,0 Asimismo, se utilizó estadígrafos: media aritmética, mediana, desviación estándar y rango. Para la presentación de los resultados obtenidos se utilizó tablas estadísticas de distribución de frecuencia, con frecuencias absolutas, presentándose gráficos estadísticos de barras.

3.9. Consideraciones éticas

Se dio cumplimiento con los aspectos éticos teniendo como base referencial el “Informe Belmont”, se respetó la autonomía del sujeto de estudio, cada fue libre de aceptar el consentimiento informado, haciéndole conocer los riesgos y beneficios de la investigación. Se garantizó el respeto a la vida y dignidad del ser humano.

CAPITULO IV RESULTADOS

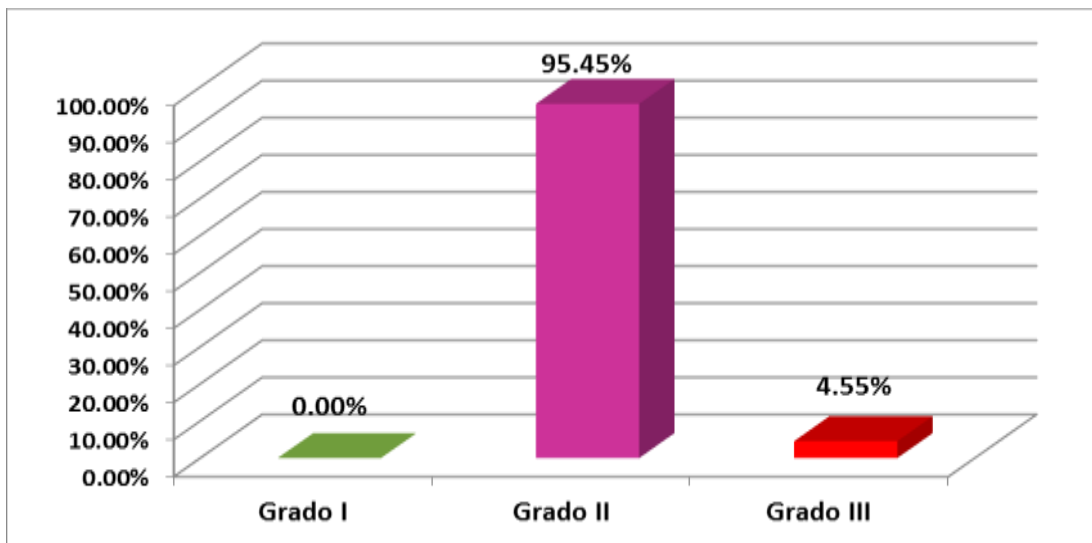
4.1 Procesamiento de datos de la variable determinantes de la salud

Tabla N°: 1 Variable determinantes de la salud

	Frecuencia	Porcentaje
Grado I [43-56]	0	0.00%
Grado II [31-42]	21	95.45%
Grado III [19-30]	1	4.55%
Total	22	100.00%
Medidas de		
Tendencia Central	Media Aritmética	34.77
	Mediana	35
	Moda	33
Dispersión	Desviación estándar	2.389
	Rango	10

Fuente: anexo N° 9

Grafico N° 1: Determinantes de la salud



Fuente: Tabla N° 1

Descripción

Con relación a los determinantes de la salud, según los parámetros de medida de la tabla N° 1 y gráfico N° 1 el 95.45% se encuentra en Grado II ; 4.55% en Grado III y Grado I 0.00%. De acuerdo a las medidas de tendencia central la muestra se encuentra en el nivel Grado II, Con una desviación estándar de 2.389.

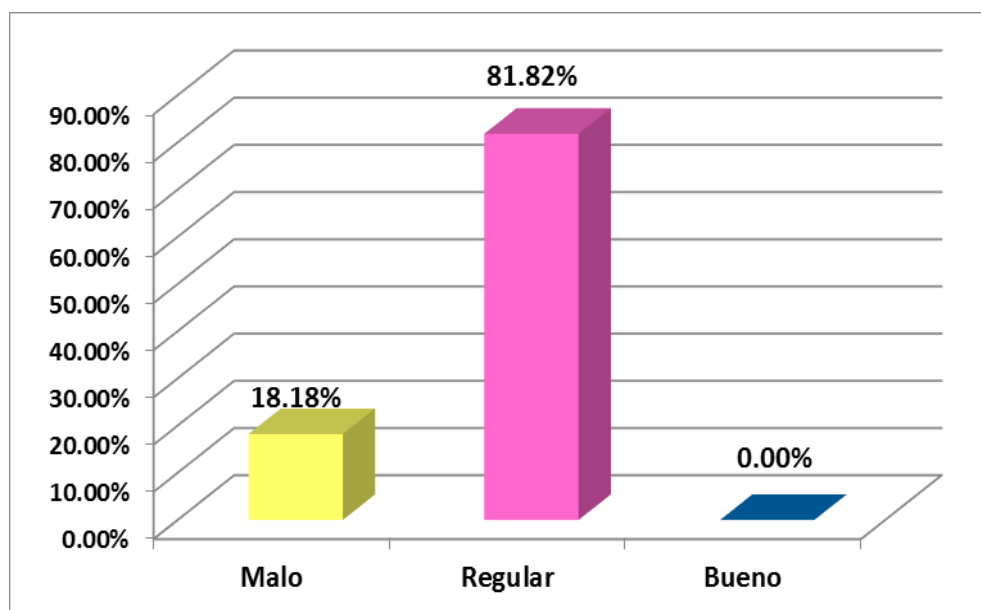
4.1.1 Procesamiento de datos de la dimensión sociocultural

Tabla N°: 2. Variable determinantes socioculturales

	Frecuencia	Porcentaje
Malo [11-17]	4	18.18%
Regular [18-24]	18	81.82%
Bueno [25-32]	0	0.00%
Total	22	100.00%
Medidas de		
Tendencia Central	Media Aritmética	19.09
	Mediana	19
	Moda	19
Dispersión	Desviación estándar	1.601
	Rango	7

Fuente: anexo N° 9

Grafico N°: 2. Determinantes socioculturales



Fuente: Tabla N° 2

Descripción

Con relación a los determinantes socioculturales según los parámetros de medida de la tabla N° 2 y gráfico N° 2 se encontró que el 81.82% tiene un nivel regular; 18.18% un nivel malo y 0.00% un nivel bueno. De acuerdo a las medidas de tendencia central la muestra se encuentra en un nivel regular. Con una desviación estándar de 1.601.

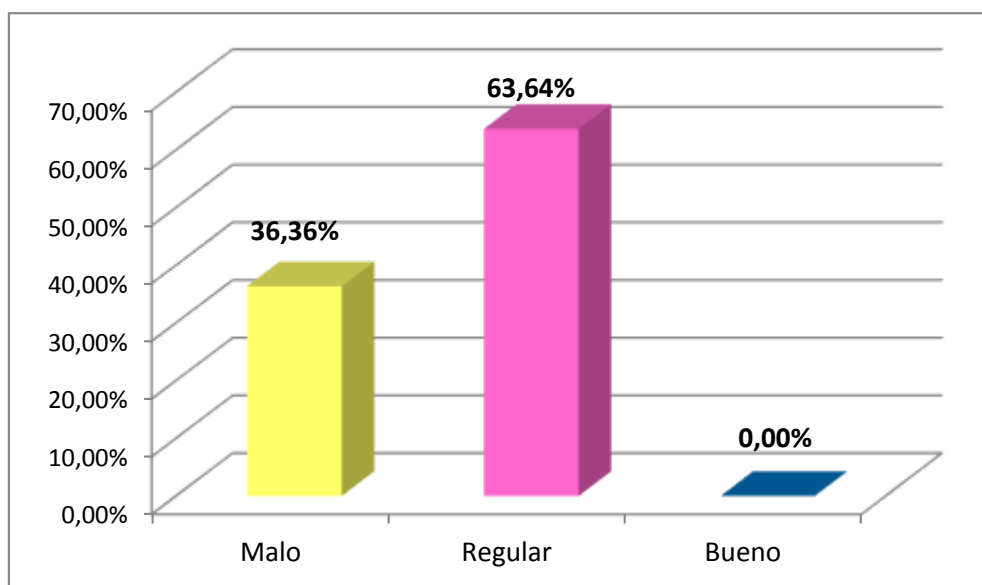
4.1.2 Procesamiento de datos de la dimensión medioambiental

Tabla N°: 3. Variable determinantes medioambientales

	Frecuencia	Porcentaje
Malo [5-8]	8	36.36%
Regular [9-12]	14	63.64%
Bueno [13-15]	0	0.00%
Total	22	100.00%
Medidas de		
Tendencia Central	Media Aritmética	9.64
	Mediana	10
	Moda	8
Dispersión	Desviación estándar	1.529
	Rango	5

Fuente: anexo N° 9

Gráfico N°: 3. Determinantes medioambientales



Fuente: Tabla N° 3

Descripción

Con relación a los determinantes medioambientales según los parámetros de medida de la tabla N° 3 y gráfico N° 3 se encontró que el 63.64% tiene un nivel regular; 36.36% un nivel malo y 0.00% un nivel bueno. De acuerdo a las medidas de tendencia central la muestra se encuentra en un nivel regular. Con una desviación estándar de 1.529.

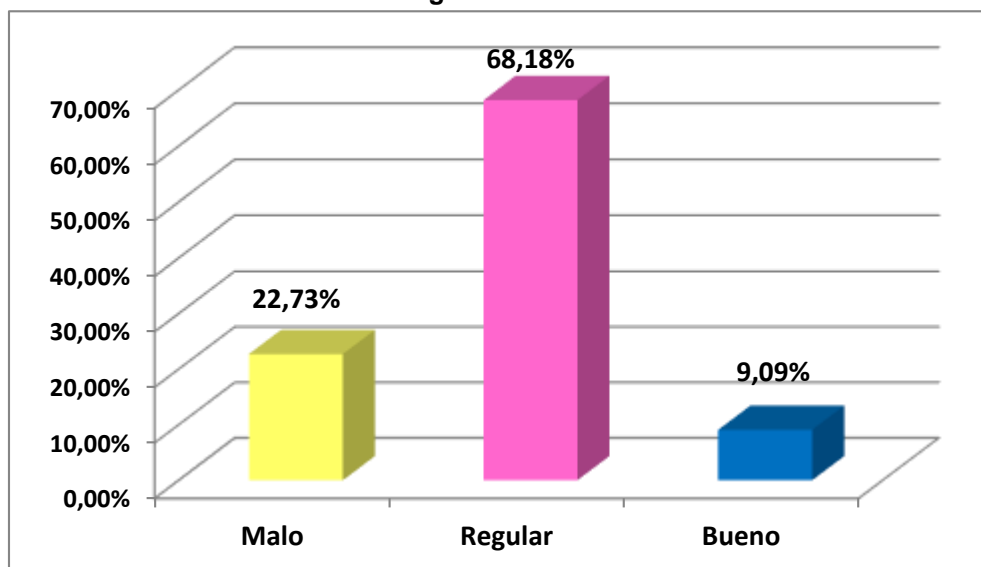
4.1.3 Procesamiento de datos de la dimensión biológica

Tabla N°: 4. Variable determinantes biológicos

	Frecuencia	Porcentaje
Malo [3-5]	5	22.73%
Regular [6-7]	15	68.18%
Bueno [8-9]	2	9.09%
Total	22	100.00%
Medidas de		
Tendencia Central	Media Aritmética	6.05
	Mediana	6
	Moda	6
Dispersión	Desviación estándar	1.046
	Rango	4

Fuente: anexo N° 9

Grafico N°: 4. Determinantes biológicos



Fuente: Tabla N° 4

Descripción

Con relación a los determinantes biológicos según los parámetros de medida de la tabla N° 4 y gráfico N° 4 se encontró que el 68.18% tiene un nivel regular; 27.73% un nivel malo y 9.09% un nivel bueno. De acuerdo a las medidas de tendencia central la muestra se encuentra en un nivel regular. Con una desviación estándar de 1.046.

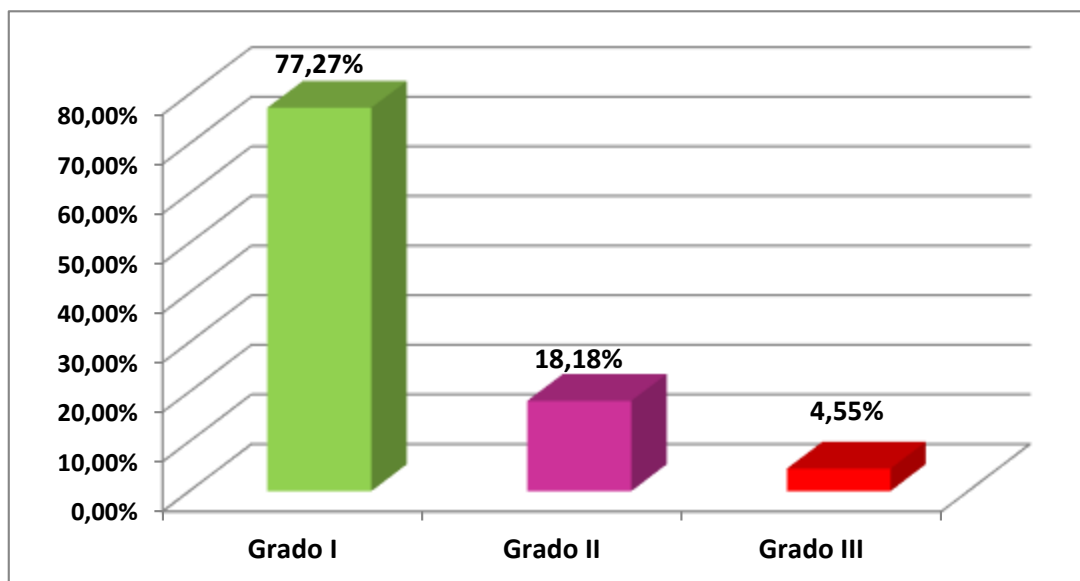
4.2 Procesamiento de datos de la variable desnutrición

Tabla N°: 5. Variable desnutrición infantil en niños menores de cinco años

	Frecuencia	Porcentaje
Grado I [-2.1 a -2.4]	17	77.27%
Grado II [-2.5 a -2.7]	4	18.18%
Grado III [-2.8 a -3]	1	4.55%
Total	22	100.00%
Medidas de		
Tendencia Central	Media Aritmética	2.214
	Mediana	2.1
	Moda	2.1
Dispersión	Desviación estándar	2.356
	Rango	9

Fuente: anexo N° 9

Grafico N°: 5. Variable desnutrición infantil en niños menores de cinco años



Fuente: Tabla N° 5

Descripción

Con relación a la variable desnutrición infantil, según los parámetros de medida de la tabla N° 5 y gráfico N° 5 el 77.27% se encuentra en Grado I ; 18.18% en Grado II y 4.55% en Grado III. De acuerdo a las medidas de tendencia central la muestra se encuentra en el nivel Grado II, Con una desviación estándar de 2.356.

4.3 Prueba de hipótesis

4.3.1 Hipótesis general

Los pasos a seguir para determinar la prueba de hipótesis esta en base, a Alvarado Pintado & Agurto Mejía, (2009), quien establece que:

I. Redacción de las hipótesis.

- H_0 = Los determinantes de la salud no se relacionan con la desnutrición en niños menores de cinco años del AA.HH Húsares Del Perú, 2017.
- H_1 = Los determinantes de la salud se relacionan con la desnutrición en niños menores de cinco años del AA.HH Húsares Del Perú, 2017.

II. Determinar el nivel de Alfa

El nivel de significancia: $\alpha = 5\% = 0,05$, pero como es de doble cola es 0,025.

III. Elección de la prueba estadística.

Es un estudio trasversal, en la que se aplicó la prueba Pearson (r).

IV. Lectura de P – Valor.

Normalidad se debe de corroborar que la variable aleatoria en ambos grupos se distribuye normalmente. Para ello se utilizara la prueba de Shapiro - Wilk por que el tamaño de la muestra es menor a 30 individuos. El criterio para determinar si la (VA) se distribuye normalmente es:

- a) $P\text{-valor} > \alpha$. **Aceptar la H_0** = Los datos provienen de una distribución normal.
- b) $P\text{-valor} \leq \alpha$. **Aceptar la H_1** = Los datos no provienen de una distribución normal.

Tabla N°: 6. P – valor determinantes de la salud y desnutrición

P-valor de la variable determinantes de la salud = 0.102	>	0.025
---	---	-------

P-valor de la variable desnutrición infantil = 0.850	>	0.025
Conclusión: La variables determinantes de la salud y la desnutrición infantil se comportan normalmente, por lo que se confirma la aplicación de la prueba de Pearson.		

Fuente: anexo N° 9

V. Aplicación de la prueba de Pearson

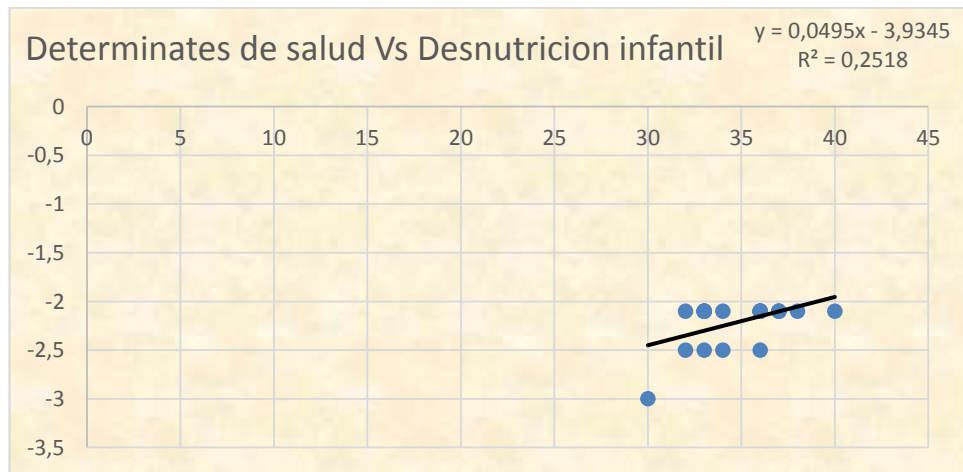
Tabla N°: 7. Correlación de Pearson Variable 1_Variable2

		Variable1_Niño	Variable2_Niño
Variable1_Niño	Correlación de Pearson	1	-.502*
	Sig. (bilateral)		.017
	N	22	22
Variable2_Niño	Correlación de Pearson	-.502*	1
	Sig. (bilateral)	.017	
	N	22	22

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

Fuente: anexo N° 9

Grafico N° 6. Grado de correlación de Pearson



Fuente: Anexo N° 9

Toma de decisión.

Afirmamos que existe una relación inversamente proporcional entre las variables: determinantes de la salud y desnutrición infantil, porque se ajusta a un modelo lineal.

Basándonos en la tabla N° 7. Afirmamos que el p valor (Sig.) 0.017, es menor que el nivel de significancia. . Por lo tanto, se toma la decisión de rechazar la hipótesis nula y de aceptar la hipótesis de investigación, el cual manifiesta que: Existe relación significativa entre determinantes de la salud y desnutrición infantil en niños menores de cinco años Además en base a Hernández Sampieri, Fernandez Collado, & Baptista Lucio, (2010), que $r = -0,50$. Indica que existe un grado de correlación negativa media.

4.3.2 Hipótesis específica

4.3.3 Prueba de hipótesis específica de la dimensión sociocultural versus la variable desnutrición.

I. Redacción de las hipótesis.

- H_0 = Los determinantes socioculturales no se relacionan con la desnutrición en niños menores de cinco años del AA.HH Húsares del Perú, 2017.
- H_1 = Los determinantes socioculturales se relacionan con la desnutrición en niños menores de cinco años del AA.HH Húsares del Perú, 2017.

II. Determinar el nivel de Alfa

El nivel de significancia: $\alpha = 5\% = 0,05$, pero como es de doble cola es 0,025.

III. Elección de la prueba estadística.

Es un estudio trasversal, en la que se aplicó la prueba Pearson (r).

IV. Lectura de P – Valor.

Normalidad se debe de corroborar que la variable aleatoria en ambos grupos se distribuye normalmente. Para ello se utilizara la prueba de Shapiro - Wilk por que el tamaño de la muestra es menor a 30

individuos. El criterio para determinar si la (VA) se distribuye normalmente es:

a) **P–valor** > α . **Aceptar la Ho** = Los datos provienen de una distribución normal.

b) **P–valor** ≤ α . **Aceptar la H₁** = Los datos no provienen de una distribución normal.

Tabla N°: 8. P – valor determinantes socioculturales y desnutrición

P–valor de la variable determinantes socioculturales = 0.026	>	0.025
P–valor de la variable desnutrición infantil = 0.161	>	0.025
Conclusión: La variables determinantes socioculturales y la desnutrición infantil se comportan normalmente, por lo que se confirma la aplicación de la prueba de Pearson.		

Fuente: anexo N° 9

V. Aplicación de la prueba de Pearson

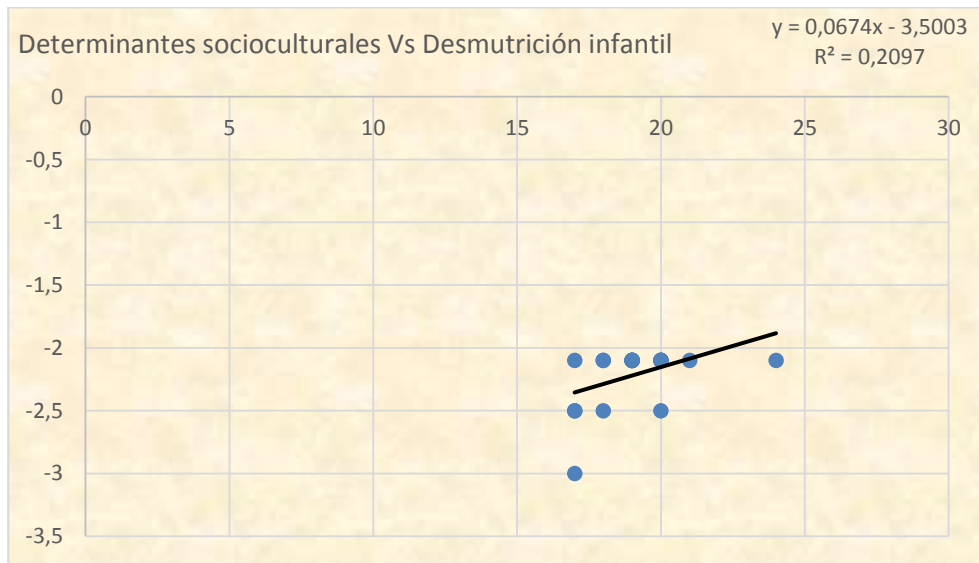
Tabla N°: 9. Correlación de Pearson Socioculturales_Desnutricion

		Socioculturales_Niño	Variable2_Niño
Socioculturales_Niño	Correlación de Pearson	1	-.458*
	Sig. (bilateral)		.024
	N	22	22
Variable2_Niño	Correlación de Pearson	-.458*	1
	Sig. (bilateral)	.024	
	N	22	22

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

Fuente: anexo N° 9

Grafico N° 7. Correlación de Pearson



Fuente: Anexo N° 9

Toma de decisión.

Afirmamos que existe una relación inversamente proporcional entre las variables: determinantes socioculturales y desnutrición infantil, porque se ajusta a un modelo lineal.

Basándonos en la tabla N° 9. Afirmamos que el p valor (Sig.), 0.032 es menor que el nivel de significancia. . Por lo tanto, se toma la decisión de rechazar la hipótesis nula y de aceptar la hipótesis investigación, el cual manifiesta que: Existe relación significativa entre determinantes socioculturales y desnutrición infantil en niños menores de cinco años Además en base a Hernández Sampieri, Fernandez Collado, & Baptista Lucio, (2010), que $r = -0,458$. Indica que existe un grado de correlación negativa media.

4.3.4 Prueba de hipótesis específica de la dimensión medioambiental versus la variable desnutrición.

I. Redacción de las hipótesis.

- H_0 = Los determinantes medioambientales no se relacionan con la desnutrición en niños menores de cinco años del AA.HH Húsares dl Perú, 2017.

- H_1 = Los determinantes medioambientales se relacionan con la desnutrición en niños menores de cinco años del AA.HH Húsares Del Perú, 2017.

II. Determinar el nivel de Alfa

El nivel de significancia: $\alpha = 5\% = 0,05$, pero como es de doble cola es 0,025.

III. Elección de la prueba estadística.

Es un estudio trasversal, en la que se aplicó la prueba Pearson (r).

IV. Lectura de P – Valor.

Normalidad se debe de corroborar que la variable aleatoria en ambos grupos se distribuye normalmente. Para ello se utilizara la prueba de Shapiro - Wilk por que el tamaño de la muestra es menor a 30 individuos. El criterio para determinar si la (VA) se distribuye normalmente es:

- a) $P\text{-valor} > \alpha$. Aceptar la H_0** = Los datos provienen de una distribución normal.
- b) $P\text{-valor} \leq \alpha$. Aceptar la H_1** = Los datos no provienen de una distribución normal.

Tabla N°: 10. P-valor Determinantes medioambientales y desnutrición

P-valor de la variable determinantes medioambientales = 0.026	>	0.025
P-valor de la variable desnutrición infantil = 0.161	>	0.025
Conclusión: La variables determinantes medioambientales y la desnutrición infantil se comportan normalmente, por lo que se confirma la aplicación de la prueba de Pearson.		

Fuente: anexo N° 9

V. Aplicación de la prueba de Pearson

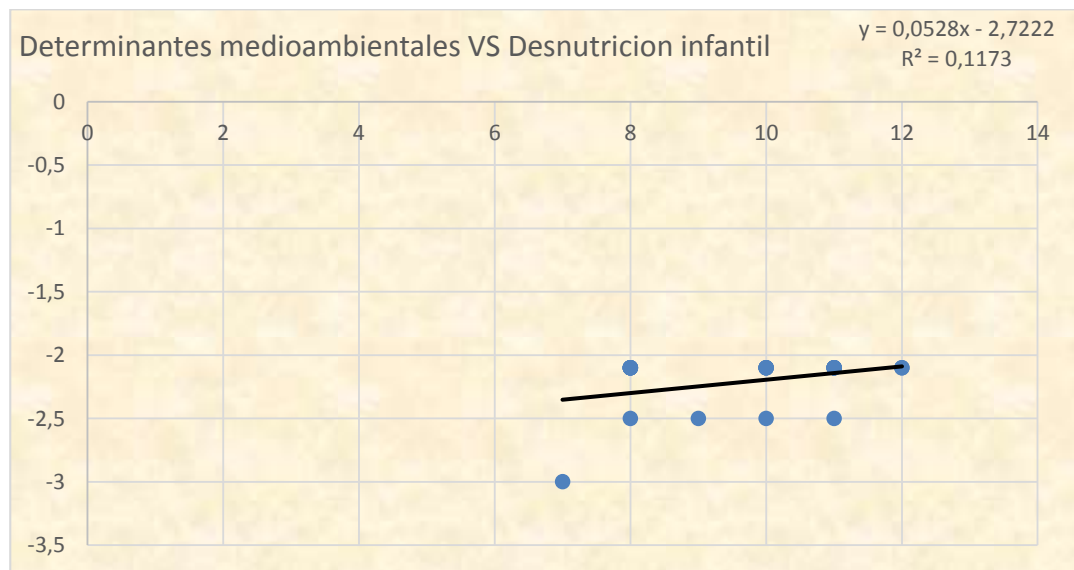
Tabla N°: 11. Correlación de Pearson Medioambientales_desnutricion

		Mediambientales _Niño	Variable2_N iño
Medioambientales _Niño	Correlación de Pearson	1	-.342*
	Sig. (bilateral)		.019
	N	22	22
Variable2_Niño	Correlación de Pearson	-.342*	1
	Sig. (bilateral)	.019	
	N	22	22

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

Fuente: anexo N° 9

Grafico N° 8. Grado de correlación de Pearson.



Fuente: Anexo N°: 9

Toma de decisión.

Afirmamos que existe una relación directamente proporcional entre las variables: determinantes medioambientales y desnutrición infantil, porque se ajusta a un modelo lineal.

Basándonos en la tabla N°11. Afirmamos que el p valor (Sig.), 0.019 es menor que el nivel de significancia. . Por lo tanto, se toma la decisión

de rechazar la hipótesis nula y de aceptar la hipótesis investigación, el cual manifiesta que: Existe relación significativa entre determinantes socioculturales y desnutrición infantil en niños menores de cinco años Además en base a Hernández Sampieri, Fernandez Collado, & Baptista Lucio, (2010), que $r = -0,342$. Indica que existe un grado de correlación negativa media.

4.3.5 Prueba de hipótesis específica de la dimensión biológica versus la variable desnutrición.

I. Redacción de las hipótesis.

- H_0 = Los determinantes biológicos no se relacionan con la desnutrición en niños menores de cinco años del AA.HH Húsares Del Perú, 2017.
- H_1 = Los determinantes biológicos se relacionan con la desnutrición en niños menores de cinco años del AA.HH Húsares Del Perú, 2017.

II. Determinar el nivel de Alfa

El nivel de significancia: $\alpha = 5\% = 0,05$, pero como es de doble cola es 0,025.

III. Elección de la prueba estadística.

Es un estudio trasversal, en la que se aplicó la prueba Pearson (r).

IV. Lectura de P – Valor.

Normalidad se debe de corroborar que la variable aleatoria en ambos grupos se distribuye normalmente. Para ello se utilizara la prueba de Shapiro - Wilk por que el tamaño de la muestra es menor a 30 individuos. El criterio para determinar si la (VA) se distribuye normalmente es:

a) **P–valor. Aceptar la Ho** = Los datos provienen de una distribución normal.

b) **P–valor. Aceptar la H₁** = Los datos no provienen de una distribución normal.

Tabla N°: 12. P-valor Determinantes biológicos y desnutrición

P–valor de la variable determinantes biológicos = 0.070	>	0.025
P–valor de la variable desnutrición infantil = 0.406	>	0.025
Conclusión: La variables determinantes de la salud y la desnutrición infantil se comportan normalmente, por lo que se confirma la aplicación de la prueba de Pearson.		

Fuente: anexo N° 9

V. Aplicación de la prueba de Pearson

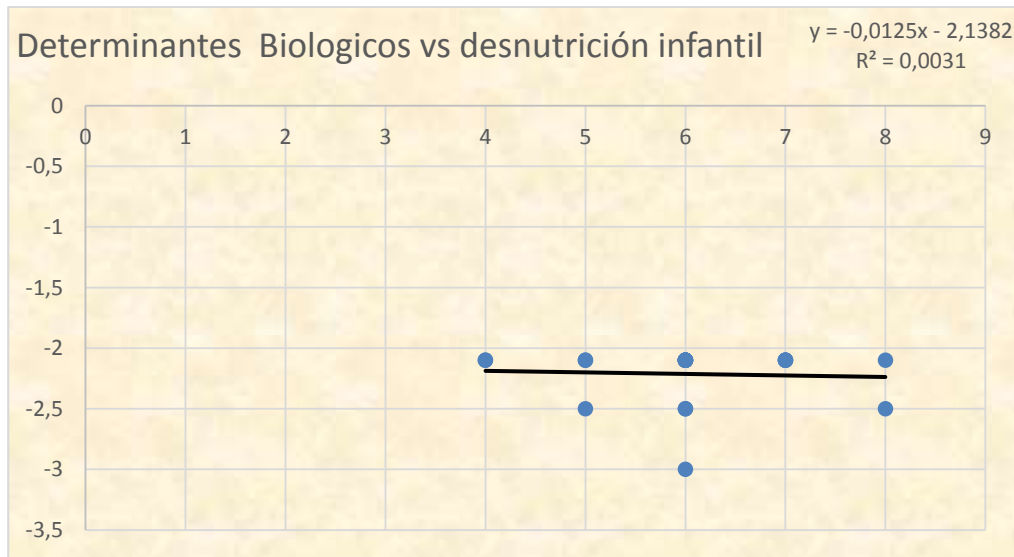
Tabla N°: 13. Correlación de Pearson Biologicos_desnutricion

		Biologicos_ Niño	Variable2_N iño
Biologicos_Niño	Correlación de Pearson	1	.055*
	Sig. (bilateral)		.807
	N	22	22
Variable2_Niño	Correlación de Pearson	.055*	1
	Sig. (bilateral)	.807	
	N	22	22

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

Fuente: anexo N° 9

Grafico N° 9. Grado de correlación de Pearson



Fuente: Anexo N°: 9

Toma de decisión.

Afirmamos que no existe una relación inversamente proporcional entre las variables: determinantes biológicos y desnutrición infantil, porque no se ajusta a un modelo lineal.

Basándonos en la tabla N° 13. Afirmamos que el p valor (Sig.), 0.807 es mayor que el nivel de significancia. . Por lo tanto, se toma la decisión de rechazar la hipótesis de investigación y de aceptar la hipótesis nula, el cual manifiesta que: No existe relación significativa entre determinantes socioculturales y desnutrición infantil en niños menores de cinco años.

CAPITULO V

ANALISIS Y DISCUSIÓN

A partir de los hallazgos encontrados, aceptamos la hipótesis alternativa general que establece que existe relación de dependencia entre los determinantes de la salud y la desnutrición en niños menores de cinco años del AA.HH Húsares Del Perú, 2017.

Este resultado concuerda con lo propuesto por **Velásquez** quien, a lo largo de todas las especificaciones de su estudio determinantes del estado nutricional en niños menores de cinco años en Colombia concluyo que variables geográficas, variables a nivel individual y a nivel hogar son importantes determinantes del estado nutricional infantil. **(9)**

De acuerdo al Documento Técnico del Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia en el país según resolución ministerial N° 258 -2014/MINSA considera que la desnutrición infantil en nuestro país todavía sigue siendo uno de los principales problemas de salud infantil, lo cual es producto de múltiples factores, relacionados directamente con la ingesta de alimentos y la salud del niño, como son la incidencia del bajo peso al nacer, la elevada morbilidad por enfermedades infecciosas, la deficiencia de

consumo de micronutrientes, así como las condiciones físicas y sociales del ambiente, educación, acceso a información, estado de salud de la madre, ingreso familiar, condiciones de trabajo, entre otros determinantes sociales, donde el sector salud tiene un rol relevante. **(5)**

Según el modelo propuesto por **Dahlgren y Whitehead explica que** los individuos están dotados de factores de riesgo como: la edad, el sexo, factores genéticos que sin duda, influyen en su potencial para la salud final, también influyen las conductas personales y estilos de vida. Las personas con una situación económica desfavorable tienden a exhibir una mayor prevalencia de factores de comportamiento, como la mala alimentación. También hacen mención a otros factores relacionados con el trabajo, los suministros de alimentos y el acceso a las instalaciones y servicios esenciales. Las condiciones económicas, culturales y ambientales prevalentes en la sociedad en su conjunto, así como la situación económica del país y condiciones del mercado laboral, tienen una influencia en todos los aspectos antes mencionado. **(32)**

Con relación a la primera hipótesis específica aceptamos que existe relación de dependencia entre los determinantes socioculturales y la desnutrición en niños menores de cinco años del AA.HH Húsares Del Perú, 2017.

Este resultado concuerda con lo propuesto por **Delgado y Valqui** quienes lograron determinar que existe relación estadísticamente significativa entre el riesgo de desnutrición y las variables trabajo $p = 0.001$, $< \alpha = 0.05$, ingresos económicos $p = 0.018$, $< \alpha = 0.05$ y espacio intergenésico $p = 0.038$, $< \alpha = 0.05$. Pero en lo que no concuerda el estudio de los autores, es que ellos mencionan que no existe relación estadísticamente significativa entre el riesgo de desnutrición y las variables edad $p = 0.140$, $> \alpha = 0.05$ y nivel educativo $p = 0.071$, $> \alpha = 0.05$. Resultado que si se encontró en este estudio. **(17)**

Por su parte **Velásquez** si manifiesta que en cuanto a los determinantes, La educación y la edad de la madre son factores cruciales en la condición nutricional de los niños. **(9)**

De igual manera Sobrino, M; Gutiérrez, C; Cunha, A; Dávila, A; Alarcón, J. Encontraron asociación entre la desnutrición infantil y factores como sexo del niño, edad del niño, zona de residencia (urbana o rural), educación de la madre, quintil de riqueza, presencia de otros niños en el hogar. **(18)**

La **UNICEF** explica que el bajo nivel educativo parental en especial de la madre y la falta de conocimientos sobre salud reproductiva, nutrición y desarrollo infantil inciden negativamente en la desnutrición de los hijos. La falta de acceso y la deficiente calidad de los servicios de atención primaria de salud y de intervenciones específicas en salud y nutrición, representan otro obstáculo considerable. **(5)**

Con relación a la segunda hipótesis específica aceptamos que existe relación de dependencia entre los determinantes medioambientales y la desnutrición en niños menores de cinco años del AA.HH Húsares Del Perú, 2017.

Este resultado concuerda con lo propuesto por **Sobrino, M; Gutiérrez, C; Cunha, A; Dávila, A; Alarcón, J.** Quienes encontraron asociación entre la desnutrición infantil y factores como disponibilidad de red pública de agua y disponibilidad de cloacas. **(18)**

Por otro lado **Olivas** en su estudio concluyo que no hubo diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de alteraciones nutricionales entre familias con buenas y malas condiciones de vivienda. Resultados que si se encontraron en este estudio. **(10)**

La **UNICEF** define que el hogar en que habitan niños desnutridos frecuentemente no dispone de instalaciones adecuadas de agua potable y saneamiento básico, lo que incrementa el riesgo de contraer enfermedades infecciosas, principalmente diarreas y parásitos, creándose un círculo vicioso en que el elemento ambiental es un agente activo en el desarrollo de la desnutrición. **(5)**

Con relación a la tercera hipótesis específica aceptamos que no existe relación de dependencia entre los determinantes biológicos y la desnutrición en niños

menores de cinco años del AA.HH Húsares Del Perú del Distrito de Yarinacocha, 2017.

Resultado que no concuerda con el estudio de **Sobrino, M; Gutiérrez, C; Cunha, A; Dávila, A; Alarcón, J.** quienes encontraron que la presencia de diarrea en los 15 días previos y presencia de tos en los 15 días previos se asocia con la desnutrición. **(18)**

CONCLUSIONES

El grado de relación que existe entre los determinantes de la salud y la desnutrición en niños menores de cinco años del AA.HH Húsares Del Perú, 2017 es inversamente proporcional; ya que la correlación de PEARSON determina $r = -0,502$, el cual Indica que existe un grado de correlación negativa media.

El grado de relación que existe entre los determinantes socioculturales y la desnutrición en niños menores de cinco años del AA.HH Húsares Del Perú, 2017 es inversamente proporcional; ya que la correlación de PEARSON determina $r = -0,458$, el cual Indica que existe un grado de correlación negativa media.

El grado de relación que existe entre los determinantes medioambientales y la desnutrición en niños menores de cinco años del AA.HH Húsares Del Perú, 2017 es inversamente proporcional; ya que la correlación de PEARSON determina $r = -0,342$, el cual Indica que existe un grado de correlación negativa media.

No existe grado de relación entre los determinantes biológicos y la desnutrición en niños menores de cinco años del AA.HH Húsares Del Perú, 2017; ya que la correlación de PEARSON determina $r = 0,55$, el cual Indica que no existe un grado de correlación.

RECOMENDACIONES

1. Es necesario que el director de la Dirección Regional de Salud de Ucayali en coordinación con las estrategias sanitarias nacionales de CRED Y ESNI de los diversos establecimientos de salud realice un análisis a profundidad sobre los determinantes de la salud presentados en esta investigación los cuales guardan relación con la desnutrición infantil del AA.HH ya antes mencionado y que también podrían relacionarse con la desnutrición infantil suscitados en otros sectores de la región y de acuerdo a ello puedan orientar recursos y programas dependiendo de la problemática identificada con mayor prevalencia.
2. Es necesario que la estrategia de CRED Y ESNI de los diversos establecimientos de salud monitoricen exhaustivamente mediante visitas domiciliarias a todos los niños menores de cinco años que no acuden a sus controles, niños con desnutrición, niños con riesgo de desnutrición y niños con vacunas incompletas.
3. Los responsables de los servicios de salud deben comprometerse con la salud nutricional de los niños y promover la prevención de la desnutrición mediante programas educativos a la población.
4. A la Directora de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas para que fomente este tipo de investigación a los estudiantes de enfermería.

BIBLIOGRAFIA

- (1). Organización Mundial de la Salud. Reducción de la mortalidad en la niñez septiembre, 2016 <http://www.who.int/gho/es/>
- (2). Medico sin fronteras. Desnutrición infantil una emergencia médica desatendida <http://www.oda-alc.org>
- (3). Infobae América. América Latina tiene 7 millones de niños desnutridos, Abril 2013. <http://www.infobae.com>
- (4). Beltrand, A; Seinfeld, J. Desnutrición crónica infantil en el Perú: un problema persistente. Universidad Del Pacifico, 2009. www.scielosp.org
- (5). MINSA. Documento técnico: plan nacional para la reducción de la desnutrición crónica infantil y la prevención de la anemia en el país 2014 - 2016. www.minsa.gob.pe/005_plan_reduccion
- (6). En Perú, una de las principales amenazas en niños es la desnutrición crónica octubre, 2010 <http://elpolvorin.over-blog.es>
- (7). MINSA. Desnutrición crónica infantil y sus determinantes de riesgo marzo – 2010.
- (8). Instituto Nacional de Estadística e Informática. Disminuyo desnutrición crónica en menores de cinco años de 23,8% 14,6% - 2014. <http://m.inei.gob.pe/prensa/noticias>.
- (9). Velásquez, E. (República de Colombia – 2015) Determinantes de la desnutrición en niños menores de cinco años en la República de Colombia.
- (10). Olivas A, (Juárez chihuahua - 2012). Condiciones de vivienda como determinantes de desnutrición en niños menores de 7 años de ciudad Juárez Chihuahua.
- (11). Canelón, Y. (Barcelona - 2012). Analizar la desnutrición y su relación con la parasitosis intestinal en la población pediátrica de 1 a 12 años de edad de la isla de Guaraguao estado Anzoátegui.

- (12). Paraje, G. (Santiago De Chile - 2011). Evolución de la desnutrición crónica infantil y su distribución socioeconómica en 7 países de América Latina y el Caribe.
- (13). Mamani, S. (BOLIVIA- 2011). Desnutrición infantil – escolar y su impacto en el desarrollo económico sostenible.
- (14). Valladares, M. Desnutrición infantil perpetúa la pobreza. revista científica británica – Londres.
- (15). Sulcaray, H. (PERU – 2015) “Comparación de factores asociados a la desnutrición crónica en niños peruanos de 6 a 23 meses de las 3 regiones naturales - análisis secundario del monitoreo de indicadores nutricionales 2010”
- (16). Palomino, N (Perú – 2014) “Análisis de equidad del nivel socioeconómico y la desnutrición crónica en niños menores de 5 años en el Perú”
- (17). Delgado, H; Tuesta, P; Valqui, A. (Moronacocha – 2015) Factores maternos asociados al riesgo de desnutrición en niños de 6 a 36 meses del Centro de Salud Morona Cocha I-4.
- (18). Sobrino, M; Gutiérrez, C; Cunha, A; Dávila, A; Alarcón, J. (Rev. Panam Salud Pública - 2014) .Desnutrición infantil en menores de cinco años en Perú: tendencias y factores determinantes.
- (19). Maslow, A. Teoría de la motivación humana
- (20). Henderson, V. Teoría de las 14 necesidades básicas
- (21). Di sanso, M; Roggiero, E. Desnutrición infantil: fisiopatología, clínica y tratamiento dietoterapico 1ª edición Rosario corpus editorial – 2007 pg. 35
- (22). Pérez, T; López, C. Principios de la patología 4ª edición “principios del metabolismo y la nutrición pg. 171.
- (23). Viveros Desnutrición infantil aspectos clínicos. http://www.unilibrecali.edu.co/pediatria/images/stories/4ta_jornada_actualizacion/desnutricion.

- (24). Wisbaum, W. La desnutrición infantil: Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento” Noviembre - 2011
<http://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/Dossierdesnutricion.pdf>
- (25). Instituto Nacional de estadística e informática. Perú encuesta demográfica y de salud familiar – ENDES 2014
- (26). Ibáñez, S. Desnutrición Infantil
<http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/desnutric.html>
- (27). Gonzales, H; Samano, M; Serrano,M; Villegas, E; Flores, H; Romero, A. Clasificación y evaluación de la desnutrición en el paciente pediátrico
<http://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2012/rr122d.pdf>
- (28). Costa, C; Giner, C. Valoración del estado nutricional. Universidad de Valencia - Madrid.
- (29). Ponte, L; Espinoza, I; Santiago, R. Nutrición pediátrica. sociedad Venezolana de puericultura y pediatría editorial medica panamericana. Pg. 232, 233, 236, 237, 238.
- (30). Unicef. Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos del desarrollo del milenio. Desnutrición infantil en América Latina y el Caribe
<http://www.unicef.org/lac/Desafiosnutricion%2813%29.pdf>
- (31). Gonzales, E. Los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos. Artículo 1 - 2012
- (32). Moiso, A. Determinantes de la salud. Fundamentos de la salud publica 2013.
- (33). Rosa, R. Determinantes de la salud en niños menores de 5 años, A.H Bellavista – Nuevo Chimbote 2012
- (34). MINSA. Documento Técnico Plan Nacional para la reducción de la desnutrición crónica infantil y la prevención de la anemia en el país 2014 – 2016.
- (35). MINSA. Estrategias sanitarias – inmunización www.minsa.gob.pe.
- (36). Glosario de promoción de la salud, Universidad Nacional del Nordeste – 2010.

- (37). Carrasco, D. Metodología de la investigación científica - 2006
- (38). Hernández, R; Collado, C; Lucio, P. Metodología de la investigación científica. 6ª edición.
- (39). Sánchez, C; Meza, C. Metodología de la investigación científica. Quinta edición, 2015.
- (40). Valderrama, S. Pasos para elaborar un proyecto de investigación. San Marcos.
- (41). Villacrez, C. "Progreso para la infancia un balance sobre la nutrición" 4 de abril del 2006.
- (42). Torres, B. la desnutrición infantil en el Perú 22 de noviembre del 2012.

ANEXOS

Anexo N°: 2. Pruebas de Confiabilidad



FORMATO DE CONFIABILIDAD ANÁLISIS ESTADÍSTICO ALFA DE CRONBACH

Variable: Determinantes de la salud

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{\sum S_T^2} \right)$$

$$\alpha = \frac{19}{18} \cdot \left(1 - \frac{10.493}{41.743} \right)$$

$$\alpha = 0.79$$

Alfa de Cronbach	Ítems
0,79	19

Fuente: Salida del SPSS V24

Interpretación: El estadístico Alfa de Cronbach del instrumento de investigación arrojó 0,79. Por ende el instrumento tiene una fuerte confiabilidad para la investigación por el resultado que arrojo.

Pucallpa; 1 de marzo del 2017



Marco Antonio Díaz Apac
Doctor en Administración de la Educación

Anexo N°: 3. Formato de validación



MATRIZ DE VALIDACIÓN

TÍTULO DE LA TESIS: DETERMINANTES DE LA SALUD QUE CONDICIONAN LA DESNUTRICION EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS DEL A.A.H.H HUSARES DEL PERU 2017.

FICHA DE VALIDACIÓN DE EXPERTOS SOBRE INSTRUMENTO PARA DETERMINANTES DE LA SALUD EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS DEL A.A.H.H HUSARES DEL PERU 2017.

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ITEMS	OPCIÓN DE RESPUESTA		CRITERIOS DE EVALUCIÓN								OBSERVACIÓN Y/O RECOMENDACIONES
				1; 2	3	RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE Y LA DIMENSIÓN		RELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN Y EL INDICADOR		RELACIÓN ENTRE EL INDICADOR Y EL ITEMS		RELACIÓN ENTRE EL ITEMS Y LA OPCIÓN DE RESPUESTA		
						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
DETERMINANTES DE LA SALUD	DETERMINANTES SOCIOCULTURALES	Identificar la edad y grado de instrucción de la madre	(1) (2)			✓		✓		✓		✓		
		Identificar la frecuencia y cantidad de ingresos de la madre	(3) (4)			✓		✓		✓		✓		
		Identificar el número de hijos de la madre	(5)			✓		✓		✓		✓		
		Determinar frecuencia del lavado de manos de la madre.	(6)			✓		✓		✓		✓		
		Identificar el género y grupo de edad del niño	(7) (8)			✓		✓		✓		✓		
		Determinar lactancia materna exclusiva en el niño	(9)			✓		✓		✓		✓		
		Identificar vacunación y control de crecimiento y desarrollo en el niño	(10) y (11)			✓		✓		✓		✓		

DETERMINANTES MEDIOAMBIENTALES	Identificar áreas de la vivienda de la madre	(12), (13), (14),(15)			✓		✓		✓		✓		
	Determinar el saneamiento básico de la vivienda de la madre.	(16)			✓		✓		✓		✓		
DETERMINANTES BIOLOGICOS	Identificar enfermedades infecciosas frecuentes en el niño	(17)			✓		✓		✓		✓		
	Identificar el peso del niño al nacer	(18)			✓		✓		✓		✓		
	Identificar la edad gestacional que tuvo la madre	(19)			✓		✓		✓		✓		



 Marco Antonio Díaz Apac
 Doctor en Administración de la Educación



MATRIZ DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

NOMBRE DEL INSTRUMENTO: "Cuestionario para medir "DETERMINANTES DE LA SALUD EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS DEL A.A.H.H HUSARES DEL PERU 2017"

OBJETIVO: Validar el instrumento (cuestionario) para medir DETERMINANTES DE LA SALUD EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS DEL A.A.H.H HUSARES DEL PERU 2017.

DIRIGIDO A: MADRES DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS DEL A.A.H.H HUSARES DEL PERU 2017.


APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR:

Dr. Marco Antonio Díaz Apac

CARGO: DOCENTE

EVALUADOR: VALORACIÓN.

Pertinente	Medianamente Pertinente	No Pertinente
3 <input checked="" type="checkbox"/>	2	1



Marco Antonio Díaz Apac
Doctor en Administración de la Educación

MATRIZ DE VALIDACIÓN

TÍTULO DE LA TESIS: DETERMINANTES DE LA SALUD QUE CONDICIONAN LA DESNUTRICION EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS DEL A.A.H.H HUSARES DEL PERU 2017.

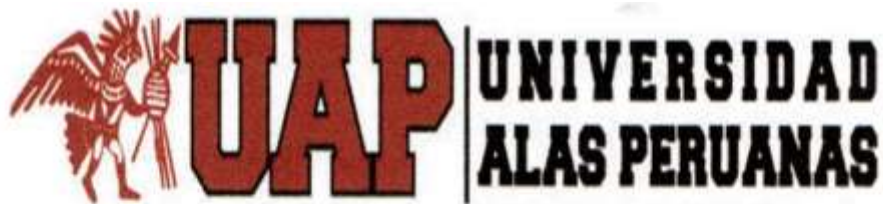
FICHA DE VALIDACIÓN DE EXPERTOS SOBRE INSTRUMENTO PARA. DETERMINANTES DE LA SALUD EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS DEL A.A.H.H HUSARES DEL PERU 2017.

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ITEMS	OPCIÓN DE RESPUESTA		CRITERIOS DE EVALUACIÓN								OBSERVACIÓN Y/O RECOMENDACIONES
				1; 2	3	RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE Y LA DIMENSIÓN		RELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN Y EL INDICADOR		RELACIÓN ENTRE EL INDICADOR Y EL ITEMS		RELACIÓN ENTRE EL ITEMS Y LA OPCIÓN DE RESPUESTA		
						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
DETERMINANTES DE LA SALUD	DETERMINANTES SOCIOCULTURALES	Identificar la edad y grado de instrucción de la madre	(1) (2)			✓		✓		✓		✓		
		Identificar la frecuencia y cantidad de ingresos de la madre	(3) (4)			✓		✓		✓		✓		
		Identificar el número de hijos de la madre	(5)			✓		✓		✓		✓		
		Determinar frecuencia del lavado de manos de la madre.	(6)			✓		✓		✓		✓		
		Identificar el género y grupo de edad del niño	(7) (8)			✓		✓		✓		✓		
		Determinar lactancia materna exclusiva en el niño	(9)			✓		✓		✓		✓		
		Identificar vacunación y control de crecimiento y desarrollo en el niño	(10) y (11)			✓		✓		✓		✓		

DETERMINANTES MEDIOAMBIENTALES	Identificar áreas de la vivienda de la madre	(12), (13), (14),(15)			✓		✓		✓		✓		
	Determinar el saneamiento básico de la vivienda de la madre.	(16)			✓		✓		✓		✓		
DETERMINANTES BIOLOGICOS	Identificar enfermedades infecciosas frecuentes en el niño	(17)			✓		✓		✓		✓		
	Identificar el peso del niño al nacer	(18)			✓		✓		✓		✓		
	Identificar la edad gestacional que tuvo la madre	(19)			✓		✓		✓		✓		



 Mg. Elías Guzmán Zúñiga
 Especialista en lengua y literatura



MATRIZ DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

NOMBRE DEL INSTRUMENTO: "Cuestionario para medir "DETERMINANTES DE LA SALUD EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS DEL A.A.H.H HUSARES DEL PERU 2017"

OBJETIVO: Validar el instrumento (cuestionario) para medir DETERMINANTES DE LA SALUD EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS DEL A.A.H.H HUSARES DEL PERU 2017.

DIRIGIDO A: MADRES DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS DEL A.A.H.H HUSARES DEL PERU 2017.

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR:

Mg. Elías Guzmán Zúñiga

CARGO: CATEDRÁTICO DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS

EVALUADOR: VALORACIÓN.

Pertinente	Medianamente Pertinente	No Pertinente
3	2	1

Elías Guzmán Zúñiga
Especialista en lengua y literatura



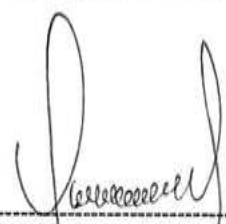
MATRIZ DE VALIDACIÓN

TÍTULO DE LA TESIS: DETERMINANTES DE LA SALUD QUE CONDICIONAN LA DESNUTRICION EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS DEL A.A.H.H HUSARES DEL PERU 2017.

FICHA DE VALIDACIÓN DE EXPERTOS SOBRE INSTRUMENTO PARA. DETERMINANTES DE LA SALUD EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS DEL A.A.H.H HUSARES DEL PERU 2017.

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ITEMS	OPCIÓN DE RESPUESTA		CRITERIOS DE EVALUACIÓN								OBSERVACIÓN Y/O RECOMENDACIONES
				1; 2	3	RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE Y LA DIMENSIÓN		RELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN Y EL INDICADOR		RELACIÓN ENTRE EL INDICADOR Y EL ITEMS		RELACIÓN ENTRE EL ITEMS Y LA OPCIÓN DE RESPUESTA		
						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
DETERMINANTES DE LA SALUD	DETERMINANTES SOCIOCULTURALES	Identificar la edad y grado de instrucción de la madre	(1) (2)			✓		✓		✓		✓		
		Identificar la frecuencia y cantidad de ingresos de la madre	(3) (4)			✓		✓		✓		✓		
		Identificar el número de hijos de la madre	(5)			✓		✓		✓		✓		
		Determinar frecuencia del lavado de manos de la madre.	(6)			✓		✓		✓		✓		
		Identificar el género y grupo de edad del niño	(7) (8)			✓		✓		✓		✓		
		Determinar lactancia materna exclusiva en el niño	(9)			✓		✓		✓		✓		
		Identificar vacunación y control de crecimiento y desarrollo en el niño	(10) y (11)			✓		✓		✓		✓		

x	DETERMINANTES MEDIOAMBIENTALES	Identificar áreas de la vivienda de la madre	(12), (13), (14),(15)			✓		✓		✓		✓		
		Determinar el saneamiento básico de la vivienda de la madre.	(16)			✓		✓		✓		✓		
	DETERMINANTES BIOLOGICOS	Identificar enfermedades infecciosas frecuentes en el niño	(17)			✓		✓		✓		✓		
		Identificar el peso del niño al nacer	(18)			✓		✓		✓		✓		
		Identificar la edad gestacional que tuvo la madre	(19)			✓		✓		✓		✓		



 Juan Manuel Ríos Valles
 Mg. Docencia Universitaria



MATRIZ DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

NOMBRE DEL INSTRUMENTO: "Cuestionario para medir DETERMINANTES DE LA SALUD EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS DEL A.A.H.H HUSARES DEL PERU 2017"

OBJETIVO: Validar el instrumento (cuestionario) para medir DETERMINANTES DE LA SALUD EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS DEL A.A.H.H HUSARES DEL PERU 2017.

DIRIGIDO A: MADRES DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS DEL A.A.H.H HUSARES DEL PERU 2017.

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR:

Mg. Ríos Valles Juan Manuel

CARGO: DOCENTE

EVALUADOR: VALORACIÓN.

Pertinente	Medianamente Pertinente	No Pertinente
3	2	1

Juan Manuel Ríos Valles
Mg. Docencia Universitaria

MATRIZ DE VALIDACIÓN


TÍTULO DE LA TESIS: DETERMINANTES DE LA SALUD QUE CONDICIONAN LA DESNUTRICION EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS DEL A.A.H.H HUSARES DEL PERU 2017.

FICHA DE VALIDACIÓN DE EXPERTOS SOBRE INSTRUMENTO PARA. DETERMINANTES DE LA SALUD EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS DEL A.A.H.H HUSARES DEL PERU 2017.

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ITEMS	OPCIÓN DE RESPUESTA		CRITERIOS DE EVALUACIÓN								OBSERVACIÓN Y/O RECOMENDACIONES
				1; 2	3	RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE Y LA DIMENSIÓN		RELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN Y EL INDICADOR		RELACIÓN ENTRE EL INDICADOR Y EL ITEMS		RELACIÓN ENTRE EL ITEMS Y LA OPCIÓN DE RESPUESTA		
						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
DETERMINANTES DE LA SALUD	DETERMINANTES SOCIOCULTURALES	Identificar la edad y grado de instrucción de la madre	(1) (2)			✓		✓		✓		✓		
		Identificar la frecuencia y cantidad de ingresos de la madre	(3) (4)			✓		✓		✓		✓		
		Identificar el número de hijos de la madre	(5)			✓		✓		✓		✓		
		Determinar frecuencia del lavado de manos de la madre.	(6)			✓		✓		✓		✓		
		Identificar el género y grupo de edad del niño	(7) (8)			✓		✓		✓		✓		
		Determinar lactancia materna exclusiva en el niño	(9)			✓		✓		✓		✓		
		Identificar vacunación y control de crecimiento y desarrollo en el niño	(10) y (11)			✓		✓		✓		✓		

DETERMINANTES MEDIOAMBIENTALES	Identificar áreas de la vivienda de la madre	(12), (13), (14),(15)			✓		✓		✓		✓	
	Determinar el saneamiento básico de la vivienda de la madre.	(16)			✓		✓		✓		✓	
DETERMINANTES BIOLOGICOS	Identificar enfermedades infecciosas frecuentes en el niño	(17)			✓		✓		✓		✓	
	Identificar el peso del niño al nacer	(18)			✓		✓		✓		✓	
	Identificar la edad gestacional que tuvo la madre	(19)			✓		✓		✓		✓	

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE
HOSPITAL AMBULATORIO


Lic. Enf. Teresa Maldonado Ramirez
C.E.P. 37009

Enfermera Asistente
SERVICIO DE PEDIATRÍA

Teresa Victoria Maldonado Ramirez
LIC. Enfermería- Especialista Materno Infantil



MATRIZ DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

NOMBRE DEL INSTRUMENTO: "Cuestionario para medir "DETERMINANTES DE LA SALUD EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS DEL A.A.H.H HUSARES DEL PERU 2017"

OBJETIVO: Validar el instrumento (cuestionario) para medir DETERMINANTES DE LA SALUD EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS DEL A.A.H.H HUSARES DEL PERU 2017.

DIRIGIDO A: MADRES DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS DEL A.A.H.H HUSARES DEL PERU 2017.

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR:

Lic. Teresa Victoria Maldonado Ramírez

CARGO: DOCENTE

EVALUADOR: VALORACIÓN.

Pertinente	Medianamente Pertinente	No Pertinente
3	2	1

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN - C.O.S. - GRU
HOSPITAL CENTRAL

Lic. Enf. Teresa Victoria Maldonado Ramírez

C.P. 3789
SERVICIO DE PEDIATRÍA
Teresa Victoria Maldonado Ramírez
LIC. Enfermería- Especialista Materno Infantil

TÍTULO DE LA TESIS: DETERMINANTES DE LA SALUD QUE CONDICIONAN LA DESNUTRICION EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS DEL A.A.H.H HUSARES DEL PERU 2017.

FICHA DE VALIDACIÓN DE EXPERTOS SOBRE INSTRUMENTO PARA. DETERMINANTES DE LA SALUD EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS DEL A.A.H.H HUSARES DEL PERU 2017.

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ITEMS	OPCIÓN DE RESPUESTA		CRITERIOS DE EVALUACIÓN								OBSERVACIÓN Y/O RECOMENDACIONES
				1; 2	3	RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE Y LA DIMENSIÓN		RELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN Y EL INDICADOR		RELACIÓN ENTRE EL INDICADOR Y EL ITEMS		RELACIÓN ENTRE EL ITEMS Y LA OPCIÓN DE RESPUESTA		
						SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
DETERMINANTES DE LA SALUD	DETERMINANTES SOCIOCULTURALES	Identificar la edad y grado de instrucción de la madre	(1) (2)			✓		✓		✓		✓		
		Identificar la frecuencia y cantidad de ingresos de la madre	(3) (4)			✓		✓		✓		✓		
		Identificar el número de hijos de la madre	(5)			✓		✓		✓		✓		
		Determinar frecuencia del lavado de manos de la madre.	(6)			✓		✓		✓		✓		
		Identificar el género y grupo de edad del niño	(7) (8)			✓		✓		✓		✓		
		Determinar lactancia materna exclusiva en el niño	(9)			✓		✓		✓		✓		
		Identificar vacunación y control de crecimiento y desarrollo en el niño	(10) y (11)			✓		✓		✓		✓		

DETERMINANTES MEDIOAMBIENTALES	Identificar áreas de la vivienda de la madre	(12), (13), (14),(15)			✓		✓		✓		✓		
	Determinar el saneamiento básico de la vivienda de la madre.	(16)			✓		✓		✓		✓		
DETERMINANTES BIOLOGICOS	Identificar enfermedades infecciosas frecuentes en el niño	(17)			✓		✓		✓		✓		
	Identificar el peso del niño al nacer	(18)			✓		✓		✓		✓		
	Identificar la edad gestacional que tuvo la madre	(19)			✓		✓		✓		✓		


 Lic. Enf. Rita Bazalar Meza
 COMITÉ CUIDADOS EN LA SALUD
 DE LA MUJER Y EL NIÑO

Lic. Enf especialista en salud de la mujer y el niño



MATRIZ DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

NOMBRE DEL INSTRUMENTO: "Cuestionario para medir "DETERMINANTES DE LA SALUD EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS DEL A.A.H.H HUSARES DEL PERU 2017"

OBJETIVO: Validar el instrumento (cuestionario) para medir DETERMINANTES DE LA SALUD EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS DEL A.A.H.H HUSARES DEL PERU 2017.

DIRIGIDO A: MADRES DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS DEL A.A.H.H HUSARES DEL PERU 2017.

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR:

Lic. Enf Rita Bazalar Meza

CARGO: DOCENTE

EVALUADOR: VALORACIÓN.

Pertinente	Medianamente Pertinente	No Pertinente
3	2	1

Rita Bazalar Meza

Lic. Enf especialista en salud de la mujer y el niño

Anexo N°: 4. Autorización del Presidente del AA.HH Húsares del Perú.



Escuela Profesional de Enfermería

Yarinacocha, 8 de Marzo de 2017

Carta N°14-2017-EPE-UAP-FP.

Señor,

Marco Antonio, Grajeda Waman
Presidente del AA. HH. Húsares del Perú
Presente

Asunto: Solicita autorización para recolección de datos

De mi especial consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente a nombre de la Universidad Alas Peruanas Filial Pucallpa y de la Escuela Académico Profesional de Enfermería a la vez hacer de su conocimiento que nuestros bachilleres necesitan recolectar información para elaborar su tesis de grado.


Es por este motivo que me dirijo a su digno despacho para solicitarle nos brinde autorización para que la bachiller en Enfermería, THALIA MELISSA, LIMA AROSTEGUI pueda recolectar la información correspondiente al tema de investigación "DETERMINANTES DE LA SALUD QUE CONDICIONAN LA DESNUTRICIÓN EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL AA. HH. Húsares del Perú" actividad que se realizará en la jurisdicción que usted dirige.

Esperando contar con su valioso apoyo en favor de la formación de nuestros futuros profesionales me suscribo de usted no sin antes expresarle mis muestras de estima personal
Atentamente

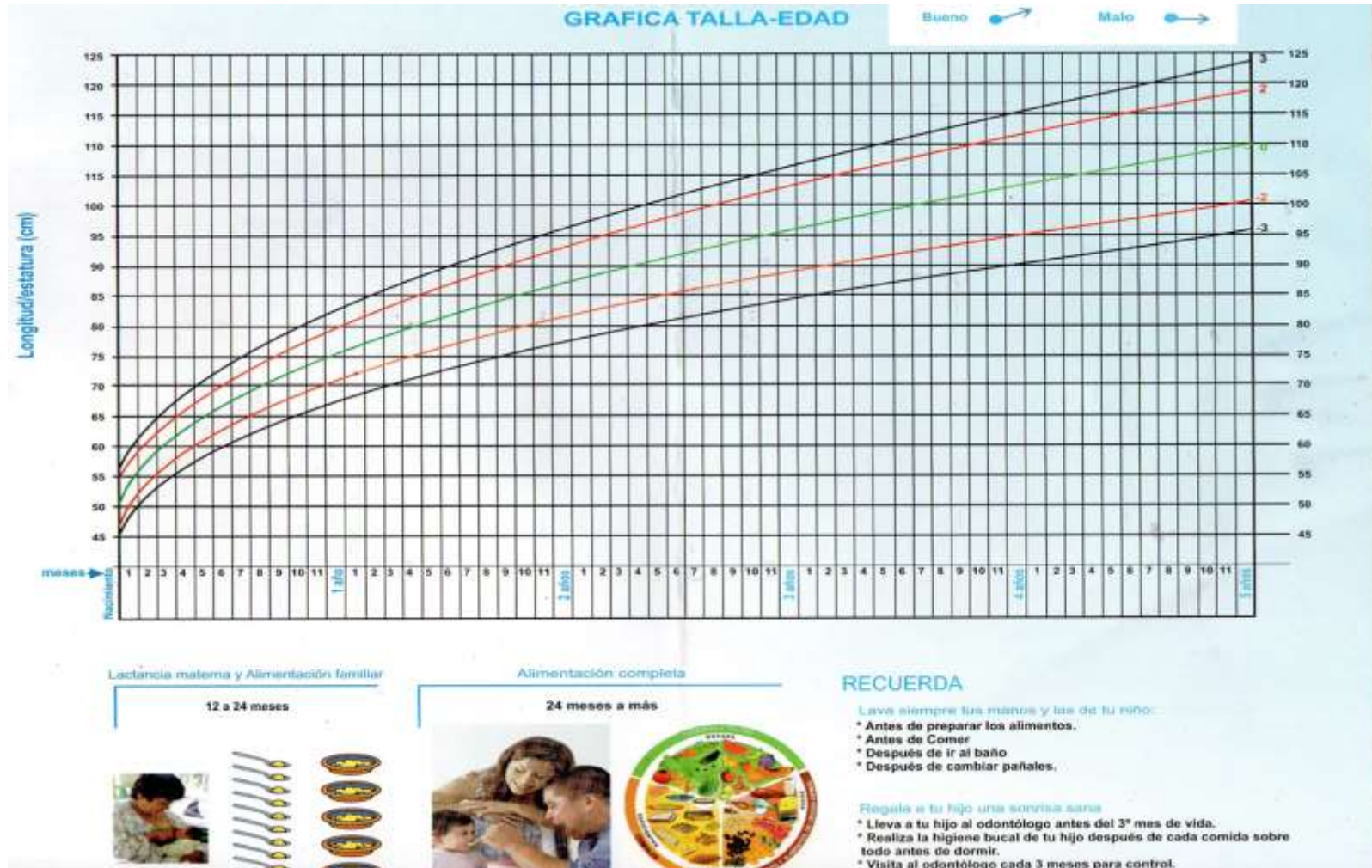
Cc archivo.


UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
Filial Pucallpa
Lic. Robertina Soria Churruarín
COORDINADORA - E.P. ENFERMERÍA




Marco Antonio Grajeda Waman

Anexo N°: 5. Graficas de CRED niño

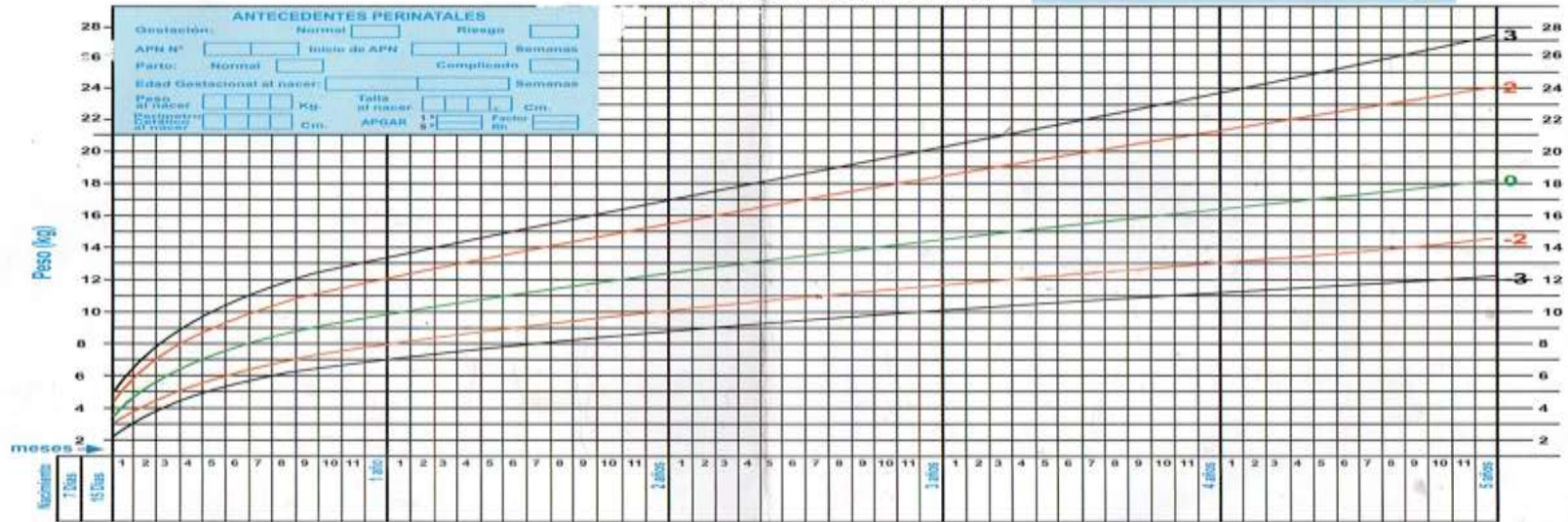


GRAFICA PESO-EDAD

TENDENCIA DE LA GANANCIA DE PESO

Buena

Mala



Lactancia Materna Exclusiva

0 a 6 meses



Lactancia Materna y alimentación complementaria

6 a 7 meses

* Iniciar la alimentación papilla, mazamorra o puré



7 a 8 meses

* Además de aplastado debe consumir alimentos triturados



9 a 11 meses

* Debe consumir alimentos picados



TABLA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICA NIÑOS < 5 años



PESO PARA TALLA

TALLA (cm)	PESO (kg)						
	Desnutrición Severa	Desnutrición	N O R M A L			Sobrepeso	Obesidad
	< -3DE	≥ -3DE	≥ -2DE	-1DE	1DE ≤ 2DE	≤ 3DE	> 3DE
81	8,4	9,1	9,8	11,6	12,6	13,8	

PESO PARA TALLA

INSTRUCCIONES:

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

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

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

SIGNOS DE ALERTA:

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

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

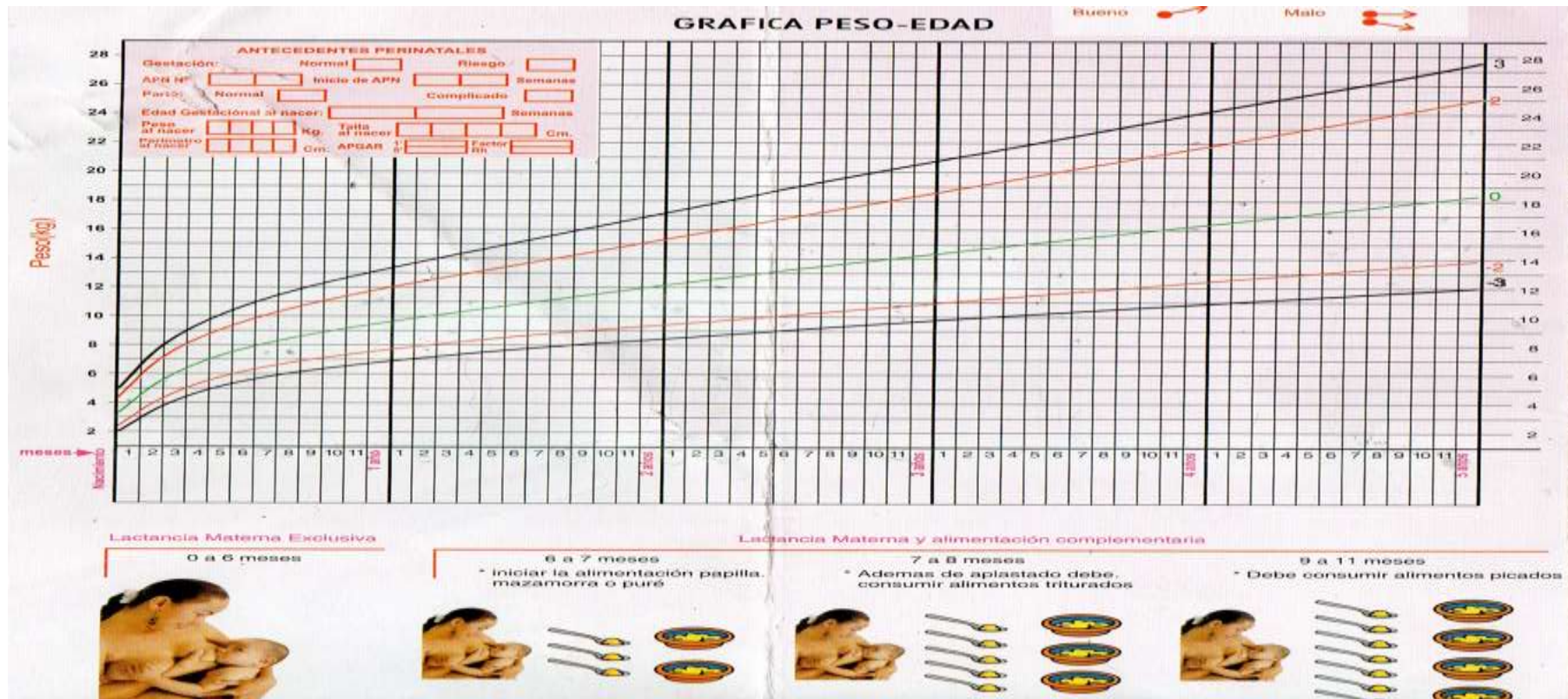
© Ministerio de Salud
 Av. Salaverry cuadra 8 s/n. Jesús María. Lima, Perú.

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

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

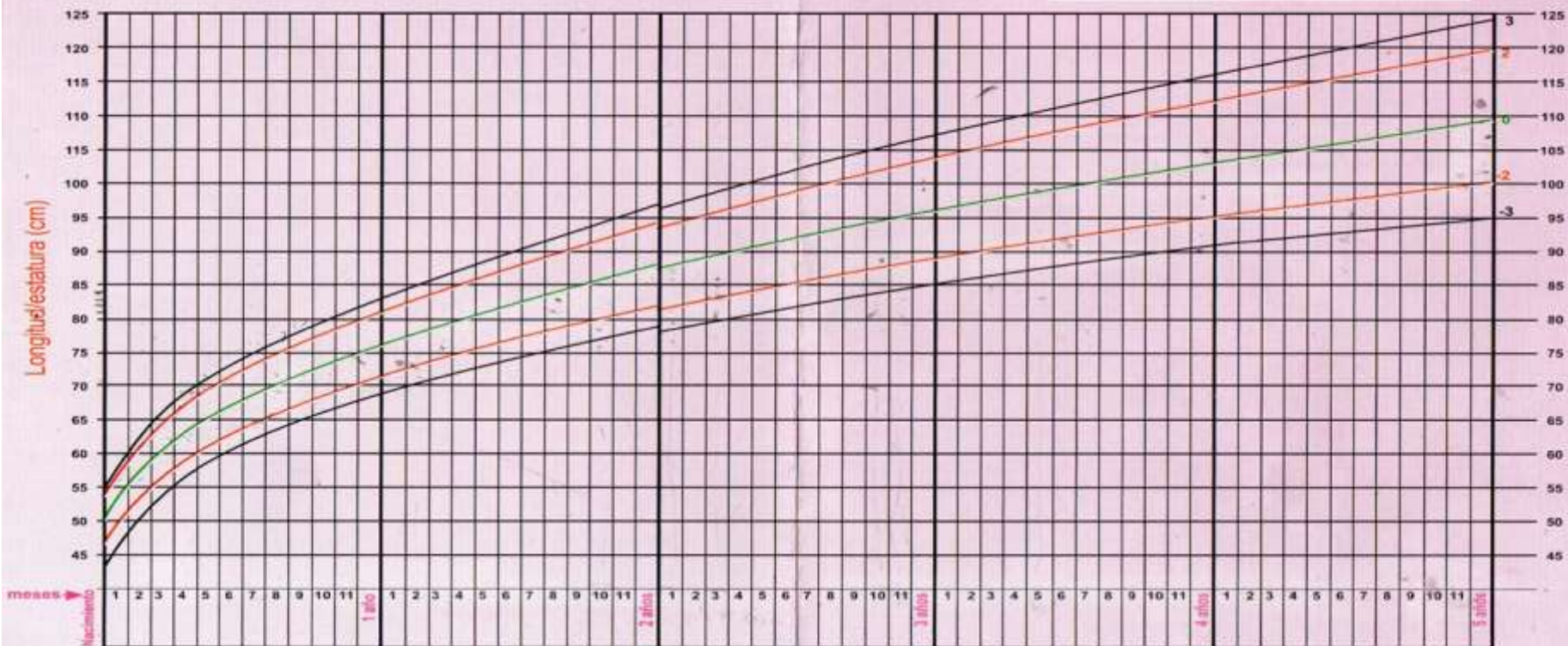
Elaboración: Lic Mariela Contreras Rojas

Anexo N°: 6. Graficas de CRED niña



GRAFICA TALLA-EDAD

Bueno  Malo 



Lactancia Materna y alimentación familiar

12 a 24 meses



Alimentación completa

24 meses a más



RECUERDA

Lava siempre tus manos y las de tu niña:

- * Antes de preparar los alimentos.
- * Antes de Comer.
- * Después de ir al baño.
- * Después de cambiar pañales.

Regala a tu hija una sonrisa sana

- * Lleva a tu hijo al odontólogo antes del 3º mes de vida.
- * Realiza la higiene bucal de tu hijo después de cada comida sobre todo antes de dormir.
- * Visita al odontólogo cada 3 meses para control

TABLA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICA NIÑAS < 5 años



PESO PARA TALLA

TALLA (cm)	PESO (kg)						
	Desnutrición Severa	Desnutrición	N O R M A L			Sobrepeso	Obesidad
	< -3DE	≥ -3DE	≥ -2DE	-1DE	1DE ≤ 2DE	≤ 3DE	> 3DE
80	7,0	8,0	8,5	9,0	10,0	11,0	12,0
81	8,0	8,7	9,4	10,1	11,3	12,4	13,7

PESO PARA TALLA

INSTRUCCIONES:

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

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

DE : Desviación Estándar

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

Fuente: OMS 2006

SIGNOS DE ALERTA:

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

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2007-11785

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

© Instituto Nacional de Salud
 Capac Yupanqui 1500, Jesús María. Lima - Perú
 Telef. 0051-1-4719920 Fax 0051-1-4710179
 Página Web: www.ins.gob.pe

Centro Nacional de Alimentación y Nutrición
 Área de Normas Técnicas
 Jr. Tizon y Bueno 276 Jesús María
 Teléfono 0051- 1- 4600316. Fax 051-1-4638617
 Lima, Perú. 2007. 1ª Edición

Elaboración: Lic Mariela Contreras Rojas

Anexo N°: 7. Peso y talla de la variable 2

N°	EDAD	SEXO	PESO	TALLA	TIPO DE DESNUTRICION
1	1a y 10 m	F	10.100	78	D.C grado II
2	2a y 7 m	M	11.500	85	D.C grado I
3	2a y 10 m	M	12.500	84.5	D.C grado II
4	3a y 6 m	F	13	92	D.C grado I
5	4a y 8 m	M	14	103.3	D.G grado I
6	2a y 3 m	F	12	83	D.C grado I
7	2a y 11 m	F	10.600	89.5	D.G grado I
8	3a y 7 m	M	12.300	96.5	D.G grado I
9	1a y 1 m	M	9.200	73	DC grado I
10	4a y 11 m	F	15	99.1	DC grado I
11	1a y 1 m	M	10	72.5	DC grado I
12	1a y 4 m	M	11	75	DC grado I
13	4a y 9 m	F	13.500	104	D.G grado I
14	2a y 1 m	F	10.900	82	D.C grado I
15	3a y 9 m	M	12.700	98	D.G grado I
16	5 a	M	17	100	D.C grado I
17	2a y 10 m	F	11.400	86.2	DC grado II
18	2a y 5 m	M	12	84	D.C grado I
19	3a y 5 m	F	11.800	92	D.G grado I
20	4a y 6 m	M	14	93	D.C grado III
21	4 a	F	12.900	91.7	D.C grado II
22	2a y 11 m	M	11.800	93	D.G grado I

Anexo N°: 8. Cuestionario

CUESTIONARIO

INTRODUCCION

Soy THALIA MELISSA LIMA AROSTEGUI Bachiller en Enfermería. El presente estudio tiene por finalidad recolectar información sobre los determinantes de la salud que condicionan la desnutrición en niños menores de 5 años del A.A.H.H Húsares Del Perú del Distrito de Yarinacocha, 2017. Motivo por el cual solicito su colaboración respondiendo en forma sincera y anónima el siguiente cuestionario. Agradezco anticipadamente su colaboración.

DETERMINANTES DE LA SALUD QUE INFLUYEN EN LA DESNUTRICION INFANTIL

DETERMINANTES SOCIOCULTURALES:

1. ¿CUANTOS AÑOS TIENE USTED?

a) [17 – 25] (1)

b) [26 – 34] (2)

[35 – 44] (3)

2. ¿CUAL ES SU MAXIMO NIVEL DE ESCOLARIDAD ALCANZADO?

Primaria (1)

b) Secundaria. (2)

c) Superior. (3)

3. EL INGRESO ECONÓMICO CON EL QUE USTED CUENTA ES:

Diario (1)

b) Semanal (2)

c) Quincenal (3)

4. ¿CUÁNTO ES SU CANTIDAD DE INGRESOS TOTAL AL MES?

< Menos 850] (1)

b) [851-1251] (2)

c) [1252- a mas>] (3)

5. ¿CUÁNTOS HIJOS TIENE USTED?

a) 1 (3)

b) 2 (2)

3 a mas (1)

6. USTED PRACTICA EL LAVADO DE MANOS:

a) Nunca (1)

A veces (2)

c) Siempre (3)

➤ NIÑO (A) MENOR DE 5 AÑOS CON CONTROL DE PESO Y TALLA

7. ¿CUÁL ES EL SEXO DE SU NIÑO?

Masculino (1)

b) Femenino (2)

8. ¿CUÁL ES LA EDAD ACTUAL DEL NIÑO O NIÑA?

< 1 año - 2 a 11m] (1)

b) [3 - 3 a 11 m] (2)

c) [4 - 5 años] (3)

9. ¿COMO ALIMENTO A SU NIÑO DURANTE LOS SEIS MESES DE EDAD?

a) Leche materna mas otras bebidas caseras (1)

Leche materna mas formula (2)

c) Solo leche materna (3)

10. ¿EL NIÑO TIENE LAS VACUNAS COMPLETAS HASTA SU EDAD ACTUAL?

NO () (1)

SI (2)

11. ¿CON QUE FRECUENCIA ACUDE O ACUDIA CON SU NIÑO AL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO?

a) Nunca o muy raramente (1)

Raramente (2)

c) Algunas veces (3)

d) Siempre (4)

DETERMINANTES MEDIOAMBIENTALES

12. EL TIPO DE PISO CON EL QUE ACTUALMENTE CUENTA SU VIVIENDA ES DE

- a) Tierra (1)
- b) Madera. (2)
- c) Cemento (3)

13. EL TIPO DE LETRINA CON EL QUE ACTUALMENTE CUENTA SU VIVIENDA ES DE:

- a) Baño seco (1)
- b) Baño sin conexión a desagüe (2)
- c) Baño con conexión a desagüe (3)

14. ¿CUANTAS PERSONAS VIVEN ACTUALMENTE EN SU CASA?

- a) 3 (3)
- b) 4 (2)
- c) 5 a mas (1)

15. EL NUMERO DE HABITACIONES CON EL QUE ACTUALMENTE CUENTA SU VIVIENDA ES DE:

- a) 1 (1)
- b) 2 (2)
- c) 3 a mas (3)

16. EL SANEAMIENTO BASICO CON EL QUE ACTUALMENTE CUENTA SU VIVIENDA ES

- a) Ningunos (1)
- b) Solo agua (2)
- c) Agua y desagüe (3)

DETERMINATES BIOLÓGICOS

17. ¿QUÉ ENFERMEDAD MÁS FRECUENTE HA TENIDO SU NIÑO?

- a) Enfermedades diarreicas agudas. (1)
- b) Infecciones respiratorias agudas. (2)
- c) Parasitosis intestinal. (3)

18. ¿CUÁNTO PESO SU NIÑO AL NACER?

- a) <2.500 (1)
- b) 2.500 a 2.999 Kg (2)
- c) 3.000 Kg a mas (3)

19. ¿A LOS CUANTOS MESES NACIÓ SU NIÑO?

- a) 7 meses. (1)
- b) 8 meses (2)
- c) 9 meses (3)

GRACIAS POR SU COLABORACION.

Anexo N°: 9. Base de datos de las variables.

	SOCIOCULTURAL											MEDIOAMBIENTAL					BIOLOGICO			DETERMINANTES	DESNUTRICION			
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11		P12	P13	P14	P15	P16		P17	P18	P19	DE LA SALUD	RESULTADO	RESULTADO
1	2	2	1	1	2	2	2	1	1	1	3	18	1	2	2	2	3	10	1	2	2	5	33	-2.5
2	1	2	1	1	3	2	1	1	1	1	3	17	3	1	2	2	2	10	1	2	3	6	33	-2.1
3	3	1	1	1	1	2	1	1	2	2	2	17	2	1	2	2	2	9	2	2	2	6	32	-2.5
4	1	2	1	1	3	2	2	2	1	1	3	19	1	1	2	2	2	8	1	2	3	6	33	-2.1
5	2	1	1	1	2	2	1	3	2	2	2	19	1	2	3	2	2	10	3	2	3	8	37	-2.1
6	3	1	1	1	1	1	2	1	3	2	2	18	1	1	2	2	2	8	1	2	3	6	32	-2.1
7	1	2	2	1	3	2	2	1	2	2	2	20	2	3	1	2	3	11	2	2	3	7	38	-2.1
8	2	2	1	1	2	2	1	2	1	2	2	18	3	3	1	2	3	12	1	1	2	4	34	-2.1
9	1	2	1	2	3	2	1	1	1	2	3	19	1	3	2	2	3	11	1	2	3	6	36	-2.1
10	3	2	1	1	2	2	2	3	1	1	2	20	1	3	1	2	3	10	2	2	3	7	37	-2.1
11	2	2	2	1	3	2	1	1	2	2	3	21	2	1	2	1	2	8	1	3	3	7	36	-2.1
12	1	2	1	1	3	2	1	1	2	2	3	19	1	1	2	2	2	8	1	2	3	6	33	-2.1
13	1	2	1	1	2	2	2	3	1	1	3	19	1	2	2	3	3	11	1	2	3	6	36	-2.1
14	2	3	3	2	2	3	2	1	3	1	2	24	2	3	2	2	3	12	1	2	1	4	40	-2.1
15	2	2	1	1	1	2	1	2	2	2	3	19	1	1	2	2	2	8	1	2	3	6	33	-2.1
16	2	1	1	2	3	1	1	3	1	2	3	20	2	3	1	2	3	11	2	1	2	5	36	-2.1
17	3	2	1	1	1	2	2	1	1	1	2	17	1	2	3	3	2	11	1	2	3	6	34	-2.5
18	2	2	2	1	2	2	1	1	3	2	2	20	1	1	3	1	2	8	1	1	3	5	33	-2.1
19	2	2	1	1	2	2	2	2	1	2	3	20	1	3	1	2	3	10	3	2	2	7	37	-2.1
20	2	1	1	1	2	2	1	3	1	1	2	17	1	1	2	2	1	7	1	2	3	6	30	-3
21	2	2	2	1	3	1	2	3	2	1	1	20	1	1	2	2	2	8	3	2	3	8	36	-2.5
22	2	2	1	1	1	2	2	2	1	2	3	19	1	3	2	2	3	11	1	2	3	6	36	-2.1

Anexo N°: 10. Matriz de consistencia

PROBLEMA PRINCIPAL	OBJETIVO GENERAL	HIPOTESIS GENERAL	VARIABLES	DIMNCIONES	INDICADORES	CATEGORIAS	METODOLOGIA
¿Cuál es el grado de relación que existe entre los determinantes de la salud y la desnutrición en niños menores de cinco años del AA.HH Húsares Del Perú, 2017?	Cuál es el grado de relación que existe entre los determinantes de la salud y la desnutrición en niños menores de cinco años del AA.HH Húsares Del Perú, 2017.	Los determinantes de la salud se relacionan con la desnutrición en niños menores de cinco años del AA.HH Húsares Del Perú del Distrito de Yarinacocha, 2017.	VARIABLE 2 DESNUTRICION INFANTIL	DESNUTRICION CRONICA	Peso para la talla (P/T) (OMS)	ORDINAL	Tipo de investigación
				DESNUTRICION AGUDA	Talla para la edad (T/E) (OMS)		Investigación aplicada
				DESNUTRICION GLOBAL	Peso para la edad (P/E) (OMS)		Nivel de investigación
¿Cuál es el grado de relación que existe entre los determinantes socioculturales y la desnutrición en niños menores de cinco años del AA.HH Húsares Del Perú, 2017?	Establecer cuál es el grado de relación que existe entre los determinantes socioculturales y la desnutrición en niños menores de cinco años del AA.HH Húsares Del Perú, 2017.	Los determinantes socioculturales se relacionan con la desnutrición en niños menores de cinco años del AA.HH Húsares Del Perú, 2017.	VARIABLE 1 Determinantes de la salud	DETERMINANTES SOCIOCULTURALES.	EDAD DE LA MADRE	[17 – 25, [26 – 34], [35 – 44].	Correlacional de corte transversal
					NIVEL EDUCATIVO DE LA MADRE	Primaria, Secundaria, Superior.	Diseño de investigación
					FRECUENCIA DE INGRESOS.	Diario, Semanal, Quincenal.	Correlacional
					CANTIDAD DE INGRESOS	< Menos – 850], [851-1251], [1252- a más>.	Población de estudio
					NUMERO DE HIJOS	1, 2, 3 a mas	30
					HIGIENE LAVADO DE MANOS.	Nunca, a veces, siempre	
					GENERO	Masculino, Femenino	Muestra 22
					EDAD.	< 1 año – 2 a 11 m], [3 a – 3 a 11 m], [4 a – 5 a]	Criterios de inclusión
					LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.	Solo leche materna, Leche materna más formula, Leche materna más otras bebidas caseras	Técnica de R.D
					VACUNACION	NO (), SI ()	Entrevista
CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO.	Muy raramente, raramente, algunas veces	Instrumento de R.D					
¿Cuál es el grado de relación que existe entre los determinantes medioambientales y la desnutrición en niños menores de cinco años del AA.HH Húsares Del Perú, 2017?	Identificar cuál es el grado de relación que existe entre los determinantes medioambientales y la desnutrición en niños menores de cinco años del AA.HH Húsares Del Perú, 2017.	Los determinantes medioambientales se relacionan con la desnutrición en niños menores de cinco años del AA.HH Húsares Del Perú del Distrito de Yarinacocha, 2017.	DETERMINANTES MEDIOAMBIENTALES	CONDIONES DE LA VIVIENDA	Baño, piso, habitaciones, número de personas que habitan la vivienda	Cuestionario	
				SANEAMIENTO BASICO	Ningunos, solo agua, agua y desagüe,	Validez y confiabilidad	
¿Cuál es el grado de relación que existe entre los determinantes biológicos y la desnutrición en niños menores de cinco años del AA.HH Húsares Del Perú, 2017?	Establecer cuál es el grado de relación que existe entre los determinantes biológicos y la desnutrición en niños menores de cinco años del AA.HH Húsares Del Perú, 2017.	Los determinantes biológicos se relacionan con la desnutrición en niños menores de cinco años del AA.HH Húsares Del Perú del Distrito de Yarinacocha, 2017.	DETERMINANTES BIOLOGICOS	ENFERMEDADES INFECCIOSAS FRECUENTES.	Enfermedades diarreicas agudas, Infecciones respiratorias agudas, Parasitosis intestinal,	Juicio de expertos, Alfa de Cronbach	
				PESO DEL NIÑO AL NACER.	<2.500, 2.500 a 2.999, 3000 a mas	Confiabilidad	
				EDAD GESTACIONAL DEFECTOS CONGÉNITOS	7 meses, 8 meses, 9 meses.	Prueba piloto	
						Procesamiento y análisis de datos	
						SPSS versión 24.0, Est. Des	