



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE
LA SALUD**

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

**“CONDICIONANTES EPIDEMIOLÓGICOS
ASOCIADOS A DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN
NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS. COMUNIDAD
CUMBE CHONTABAMBA, BAMBAMARCA – 2014”**

AUTORA

Bach. Enf. PALMA CHUGDEN, Vilma

ASESOR

M.Cs. ASENJO ALARCÓN, José Ander

CAJAMARCA – PERÚ

2015

JURADO EVALUADOR:

PRESIDENTA : Dra. MARTHA VICENTA ABANTO VILLAR.

MIEMBRO : Dr. CÉSAR MARRUFO ZORRILLA

SECRETARIA : MCs. MARILÚ CUBAS IRIGOIN.

DEDICATORIA

A Jesucristo mi benefactor y guía, por concederme la vida y permitirme culminar con éxito este menester emprendido y por darme la oportunidad de seguir superándome.

A mis queridos padres: Juan y Zoila, a mis hermanos; por su paciencia, comprensión y apoyo abnegado tanto económico y moral para ver cristalizado el sueño que tanto anhele: ser profesional.

Vilma

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer en primer término a “**Dios**” por darme el privilegio de la vida y por permitirme llevar a cabo este trabajo de investigación; a “**mi familia**” por la paciencia y el tiempo que me brindaron.

A la “**Universidad Alas Peruanas**” por acogerme en sus aulas durante los estudios profesionales y permitirme formar parte de la magna familia universitaria, así mismo por incentivar me perennemente a ser cada vez mejor.

A la “**Escuela Académico Profesional de Enfermería**” UAD – Chota, por ser el lugar donde recibí los conocimientos científicos y donde alcancé una visión amplia de superación, capacitación, competitividad profesional y calidad humana, mediante los valiosos aportes y dedicación esmerada de su honorable plana docente.

Al “**Personal de Salud**”, que labora en el Puesto de Salud Cumbe Chontabamba por brindarme las facilidades de desarrollar este estudio de investigación; así mismo a las **familias** de la comunidad Cumbe Chontabamba por el apoyo brindado durante la ejecución de la investigación.

RECONOCIMIENTO

En primer lugar reconocer a la “**Universidad Alas Peruanas**”, por permitirme ascender un escalón más y así poder optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería.

Al **M.Cs. José Ander Asenjo Alarcón**, por su asesoramiento y valioso aporte científico, la cual fue una agradable fase de aprendizaje, motivación, dedicación e incentivo para la culminación de este trabajo de investigación.

Así mismo reconocer al **Lic. Enf. Eyner Vásquez Idrogo**, por su dedicación y apoyo esmerado en el desarrollo de las diferentes etapas de este trabajo de investigación.

Vilma

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RECONOCIMIENTO	iv
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCIÓN	x

CAPÍTULO I

1. PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1. Descripción de la realidad problemática	13
1.2. Delimitación de la investigación.....	18
1.2.1. Delimitación espacial.....	18
1.2.2. Delimitación social.....	18
1.2.3. Delimitación temporal.....	18
1.2.4. Delimitación conceptual	19
1.3. Problema de investigación.....	19
1.4. Objetivos de la investigación	19
1.4.1. Objetivo general	19
1.4.2. Objetivos específicos	19
1.5. Hipótesis y variables de la investigación	20
1.5.1. Hipótesis	20
1.5.2. Variables	20
1.6. Metodología de la investigación.....	21
1.6.1. Tipo y nivel de investigación	21
a. Tipo de investigación	21
b. Nivel de investigación	21
1.6.2. Método y diseño de la investigación.....	21
a. Método de investigación	21

b. Diseño de investigación	22
1.6.3. Población y muestra de la investigación	22
1.6.4. Técnicas e instrumentos de la recolección de datos	22
a. Técnicas	22
b. Instrumentos	23
1.6.5. Justificación, importancia y limitaciones de la investigación	24
a. Justificación	24
b. Importancia	25
c. Limitaciones	26

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación	27
2.2. Bases teóricas	32
A. Condicionantes epidemiológicos	32
1. Definición	32
2. Clasificación de los condicionantes epidemiológicos	32
B. Desnutrición crónica	37
1. Definición	37
2. Factores etiológicos de desnutrición crónica	38
3. Semiología de la desnutrición crónica	40
4. Clasificación del estado nutricional en niños/as	40
5. Modelo que explica los determinantes de la desnutrición	41
6. Condiciones básicas para prevenir la desnutrición crónica infantil.	42

CAPÍTULO III

3. PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

3.1. Análisis de tablas	43
-------------------------------	----

TABLA 1: Género de los niños/as.....	43
TABLA 2: Edad de los niños/as.	45
TABLA 3: Tipo de familia de los niños/as.	47
TABLA 4: Número de niños/as menores de 5 años en las familias.	49
TABLA 5: Edad de la cuidadora de los niños/as.....	51
TABLA 6: Edad de las madres que tuvieron a los niños/as.	53
TABLA 7: Estatura de las madres de los niños/as.....	55
TABLA 8: Tipo de agua de consumo de las familias	57
TABLA 9: Disposición sanitaria de excretas en las viviendas.....	59
TABLA 10: Hacinamiento de hogares de los niños/as.....	61
TABLA 11: Eliminación de residuos domésticos en las familias.	63
TABLA 12: Nivel de instrucción de la madre de los niños/as.....	64
TABLA 13: Situación laboral del jefe de familia de los niños/as.	67
TABLA 14: Beneficios sociales de los niños/as.	69
TABLA 15: Estado nutricional de los niños/as.	71
TABLA 16: Condicionantes epidemiológicos y desnutrición crónica en niños/as.....	73
3.2. Conclusiones	77
3.3. Recomendaciones	78
3.4. Referencias bibliográficas.....	80

ANEXOS

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo determinar y analizar los condicionantes epidemiológicos asociados a la desnutrición crónica en niños/as menores de 5 años de Cumbe Chontabamba, Bambamarca – 2014. Tipo de investigación cuantitativo, relacional analítico, diseño no experimental – transversal. La muestra fue 62 niños. Los instrumentos utilizados fueron el cuestionario, la ficha de datos y las curvas de crecimiento de T/E de la OMS. Resultados en condicionantes demográficos: el 54,84% del género femenino, la edad que prevaleció de 4 a 5 años (27,42%), tipo de familia nuclear (75,81%), presencia de niños/as en los hogares de uno (72,58%), edad de la cuidadora de 26 a 30 años (25,81%), edad de las madre cuando tuvo al niño/a entre 18 a 25 años (43,55%) y la estatura de la madre de 151 a 155 cm (45,16%). Condicionantes habitacionales: el 83,87% contaban con agua entubada, la disposición de excretas en letrina sanitaria (56,45%), 50% de hogares se encontraron con hacinamiento y la eliminación de residuos sólidos lo realizan en relleno sanitario (70,97%). Condicionantes sociales: nivel educativo de la madre primaria incompleta (61,29%), ocupación del jefe de hogar agricultor – ama de casa (64,52%) y las familias recibían beneficios sociales del programa Juntos y Vaso de leche (67,74%). La desnutrición crónica en los niños/as fue de 54,84%. Los condicionantes epidemiológicos que se asociaron a la desnutrición crónica fueron el número de niños/as menores de 5 años en el hogar, edad de la cuidadora, consumo de agua, disposición de excretas, hacinamiento y nivel de instrucción de la madre.

Palabras claves: Condicionantes epidemiológicos, niños/as, desnutrición crónica.

ABSTRACT

The study aimed to identify and analyze epidemiological conditions associated with chronic malnutrition in children/as children under 5 years of Cumbe Chontabamba, Bambamarca - 2014. Type of quantitative, analytical research relational, not experimental design - cross. The sample was 62 children. The instruments used were the questionnaire, data sheets and the growth curves of T/E of WHO. Demographic constraints results: 54,84% of the female gender, age prevailed for 4-5 years (27,42%), type of nuclear family (75,81%), presence of children/as in homes one (72,58%), age of the caregiver of 26-30 years (25,81%), age of the mother when the child had / a between 18-25 years (43,55%) and the stature of the mother of 151-155 cm (45,16%). Housing conditions: the 83,87% had piped water, excreta disposal in sanitary latrine (56,45%), 50,00% of households were found to overcrowding and solid waste disposal is carried out in landfill (70,97 %). Social factors: education level of the mother incomplete primary (61,29%), occupation of the head of household farmer - homemaker (64.52%) and families receiving social benefits of Juntos and Glass of milk (67,74 %). Chronic malnutrition in children / as was 54,84%. Epidemiological conditions that were associated with chronic malnutrition were the number of children / as under 5 in the household, age of the caregiver, water consumption, sewage disposal, overcrowding and educational level of the mother.

Key words: epidemiological conditions, children / as, chronic malnutrition.

INTRODUCCIÓN

Han pasado más de 20 años desde que todos los gobiernos del mundo aprobaron en la Asamblea General de Naciones Unidas el tratado internacional más ratificado de la historia: la Convención sobre los Derechos del Niño; a pesar de ello no se puede obviar que uno de los mayores fracasos a la actualidad, es que en el mundo en desarrollo hay casi 200 millones de niños menores de cinco años que padecen desnutrición crónica (1).

La desnutrición crónica es la enfermedad nutricional más nefasta en los países en vías de desarrollo que afecta con mayor frecuencia a los niños menores de 5 años. Las estimaciones más recientes indican que a nivel de Latinoamérica 7,1 millones de niños menores de 5 años presentan desnutrición crónica como consecuencia de la privación nutricional, que suele iniciarse antes del nacimiento si la madre está desnutrida (2).

En la actualidad las familias viven en un estado de vulnerabilidad y marginación social como producto de la pobreza, la consecuencia es la limitación de las oportunidades de inserción en el mercado de trabajo y del desarrollo de condiciones de vida satisfactorias como los demográficos (género, edad, tipo de familia, cantidad de niños en un hogar y estatura de la madre), habitacionales (baja calidad de agua, disposición de excretas, hacinamiento y eliminación de residuos) y sociales (nivel educativo de la madre, situación laboral y recepción de beneficios sociales). Repercutiendo en la salud de los niños, manifestándose en los datos estadísticos de la desnutrición crónica.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la desnutrición crónica en el Perú, afecta al 17,5% de los niños menores de cinco años (3), lo cual refleja una tendencia de descenso pasivo en relación al año 2013, donde la proporción de niños con desnutrición crónica fue de 18,1% (4), siendo los más afectados los hijos de madres sin nivel de instrucción (5). Los índices de

desnutrición se mantienen altos en las zonas rurales y mucho más en la parte sierra del Perú como Cajamarca, uno de los departamentos del Perú con alto índice de desnutrición crónica (35,6%) (3), siendo la provincia de Hualgayoc una de las más afectadas con datos que casi alcanzan el 40%; haciéndose necesario realizar estudios al respecto.

En este sentido la desnutrición crónica es uno de los principales problemas de salud pública a nivel regional, teniendo sus mayores efectos en la niñez; lo que motivó la realización del presente estudio, cuya finalidad fue identificar los condicionantes epidemiológicos asociados a la desnutrición crónica en niños menores de cinco años de la comunidad Cumbe Chontabamba, problemática desconocida en esta zona de Cajamarca; ya que solo existen cifras, respecto al porcentaje de desnutrición, desconociéndose cuáles son los condicionantes epidemiológicos que determinan su presencia.

Estructuralmente la investigación consta de tres capítulos. En el **CAPÍTULO I**; Planteamiento metodológico: descripción de la realidad problemática, delimitación de la investigación, problemas de investigación, objetivos de la investigación, hipótesis y variables de investigación, y metodología de la investigación. En el **CAPÍTULO II**; Marco teórico: antecedentes de la investigación y bases teóricas. En el **CAPÍTULO III**; Presentación, análisis e interpretación de resultados: análisis de tablas. Conclusiones, recomendaciones, fuentes de información y anexos: matriz de consistencia e instrumentos de recolección de información.

CAPÍTULO I

1. PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1. Descripción de la realidad problemática

La desnutrición crónica indica una carencia fisiológica de nutrientes necesarios durante un tiempo prolongado provocando retraso en el crecimiento, además puede limitar las oportunidades en la vida de un niño y oportunidades de desarrollo de una nación.

En el mundo existen más de 165 millones de niños con desnutrición crónica, lo que significa que afecta a más de 1 de cada 4 niños, de los cuales el 80% vive en sólo 14 países (6). Son niños que con total seguridad, van a ver afectado su desarrollo físico e intelectual a corto, medio y largo plazo, hipotecando no sólo su futuro sino el de sus familias, comunidades y sociedad en general. El 86% de niños con desnutrición crónica viven en Asia y África, donde las tasas son muy elevadas: 40% en Asia y 46% en África. El 80% de niños con desnutrición crónica viven en 24 países; de estos 10 países (India, China, Nigeria, Pakistán, Indonesia, Bangladesh, Etiopía, República Democrática del Congo, Filipinas y República Unida de Tanzania), se calcula que 3 de cada 10 niños desnutridos en el mundo en desarrollo viven en la India. En 9 países, más del 50% de niños menores de 5 años sufren desnutrición crónica, este

problema se debe específicamente al sub desarrollo y por no contar con un saneamiento ambiental adecuado (condicionantes habitacionales) como: disponibilidad y consumo de agua, disposición sanitaria de excretas y existencia del hacinamiento en los hogares (7).

Ciertamente, en los últimos 20 años se han mejorado las expectativas de vida y desarrollo de millones de niños en todo el mundo; no obstante, no se puede obviar que uno de los mayores fracasos colectivos que se da en todos los países es la desnutrición crónica.

En América Latina y el Caribe la prevalencia de desnutrición en niños es baja, con una tasa de 4,5%; sin embargo, la desnutrición crónica es todavía uno de los problemas del crecimiento más frecuentes, con casi 9 millones de niños menores de 5 años que sufren este trastorno (8).

La desnutrición crónica infantil sigue siendo un problema grave de salud pública, su prevalencia se explica fundamentalmente por la falta de una alimentación adecuada, con el consiguiente déficit de energía y nutrientes esenciales para llevar una vida sana y activa, debido, principalmente al desconocimiento o bajo grado de instrucción de la madre o cuidador. Este indicador pasó de 13,8 millones en 1990 a aproximadamente 6,9 millones de niños en esa condición en 2012, lo que equivale al 12,8% del total de niños de América Latina y el Caribe; si se analiza por subregiones, Centroamérica es la que tiene mayores índices de desnutrición crónica con 18,6% de niños, seguido por Sudamérica con 11,5% y el Caribe con 6,7%. Guatemala es el país que presenta la mayor prevalencia de desnutrición crónica infantil de la región con 48% de niños en esta situación, seguido por Haití y Honduras, ambos con 30%. Por otro lado, Chile y Jamaica son los países que presentan la menor prevalencia, con 2% y 5% respectivamente (9).

Pese a la importancia que se ha dado a la desnutrición crónica infantil en los diferentes ámbitos, ésta continua siendo una prioridad de salud pública en muchos países latinoamericanos y caribeños; donde la desnutrición crónica acarrea alteraciones en el desarrollo físico y mental que pueden conducir a enfermedades y en algunos casos a la muerte.

Cada vez más se reconoce que mejorar la nutrición, particularmente la de los niños y mujeres, es algo obligado para reducir la pobreza, promover el desarrollo económico y social sustentable y aminorar las inequidades. La desnutrición crónica impacta de manera prolongada en la salud general y en el desarrollo de los niños, principalmente en el crecimiento cerebral alterando su capacidad cognitiva y de aprendizaje, lo cual se traduce en más pobreza a largo plazo.

El Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia (2010), en su informe realizado con el Instituto de Estadística e Informática del Perú, llegaron a la conclusión siguiente: casi medio millón de infantes padecen desnutrición crónica en el Perú y 6,5 millones viven en condiciones de pobreza, la que se refleja en condicionantes sociales como situación laboral de la familia y la recepción de planes sociales; este estudio analiza la situación de 10 millones de niños y adolescentes en Perú, y concluye que unos 490 mil niños menores de dos años están desnutridos y tienen una talla menor a la que corresponde a su edad; estas cifras son comparables a países como Afganistán, Yemen y Etiopía. La cifra de niños menores de 5 años con problemas de desnutrición crónica supera el 50% en el departamento de Huancavelica, Cuzco llega al 43,2%. Según la agencia este cuadro es consecuencia de la acumulación de carencias económicas y barreras sociales, que comprometen el potencial intelectual y socio-afectivo de cada individuo; de los 628,000 niños que nacen cada año en Perú, 20,000 mueren antes de cumplir el primer año, y 8,000 de ellos no sobreviven a su primera semana (10).

Según cifras del INEI, Perú se ubica por debajo de países como Guatemala (48%), Honduras (29,4%), Haití (28,5%), Bolivia (27,1%), Nicaragua (21,7%), Belice (21,6%), El Salvador (19,2%), Panamá (19,1%) y Guyana (18,2%), en desnutrición crónica de niños menores de 5 años (11).

El Perú tiene una meta de disminución de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años para el 2016 de 10 puntos. En efecto en estos últimos años el Perú ha disminuido la desnutrición crónica en 11 puntos de 28,5% que era en el 2007 a 17,5% para el 2013, al observar en la zona rural la disminución ha sido de 14,8 puntos de 47,1% en 2007 a 32,3% en 2013. Sin embargo en estos dos últimos años la disminución tanto a nivel nacional y en la zona urbana y rural se ha visto estancada en 1,4 puntos desde el 2011 (12). Para lograr la meta de reducir a 10% la desnutrición crónica infantil para el año 2016, el gobierno peruano deberá continuar fortaleciendo principalmente el uso eficiente de recursos económicos, la evaluación de intervenciones, la realización de investigaciones que permitan definir relaciones de causalidad y brindar información para el diseño de políticas públicas, el fortalecimiento de las capacidades de recursos humanos en salud y la articulación de los diferentes niveles de Gobierno.

Por otro lado como estrategia para reducir aún más estos datos el gobierno peruano ha incrementado el presupuesto por resultados, en el año 2012 fue de 4 072 000 nuevos soles y para el 2013 fue de 5 958 000 nuevos soles; ha aumentado las coberturas en inmunizaciones con las vacunas neumococo y rotavirus, las cuales disminuyen la prevalencia de infecciones respiratorias y enfermedades diarreicas agudas (13). Sin embargo esta designación de presupuesto no se evidencia por las pocas cifras disminuidas en los últimos 2 años, esto se debe a la mala distribución de recursos económicos, materiales y humanos, además de la no inversión en condicionantes epidemiológicos que tiene que ver con el saneamiento

básico el cual es un factor impredecible para la reducción de la desnutrición.

Las regiones peruanas con mayores índices de desnutrición crónica son: Huancavelica (51,3%) y Cajamarca (36,1%), seguidas por Loreto (32,3%); los condicionantes asociados son la pobreza y bajo nivel de instrucción, situación que se explica por la carente información alimentaria y nutricional asociado a la preparación de dietas inadecuadas, a la conservación, manipulación y preparación incorrecta de los alimentos, falta de higiene, etc. (11).

En Lambayeque, particularmente Incahuasi y Cañaris más del 50% de niños menores de 5 años tienen desnutrición crónica. Esto tiene como consecuencia una serie de limitaciones que marcará su vida para siempre. Este problema se debe a que las condiciones de vida son muy precarias, los niños habitan en viviendas sin servicios básicos y sus padres no siempre tienen los recursos para proveerles de los alimentos necesarios para su edad. La desnutrición crónica también ataca a niños de los puertos de Santa Rosa (22,2%) y Monsefú (21,7%) de la provincia de Chiclayo, pese a que en la zona existe una producción pesquera (14).

En Cajamarca lo más preocupante son las estadísticas del INEI que indican que la desnutrición crónica supera dos veces el índice nacional (36,1%), ubicándose en el segundo a nivel nacional después de Huancavelica; donde los principales problemas de desnutrición en la población son las enfermedades prevalentes como las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs) y Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAs), además del consumo inadecuado de alimentos (15).

A nivel local la desnutrición crónica en niños menores de 5 años está considerada como el segundo problema más importante de salud; según datos del Sistema de Información del Estado Nutricional (SIEN) 2014, se

tiene una proporción de 42,7%. Los distritos de la provincia de Hualgayoc cuentan con datos alarmantes: Hualgayoc con 50%, Bambamarca con 42,1% y Chugur con 31,7%. Hasta el mes de agosto del 2014, la desnutrición crónica en niños menores de 5 años atendidos en el Puesto de Salud Cumbe Chontabamba tiene una proporción de 43,5% (17).

El presente estudio parte de la problemática mencionada y observando los datos reales de la población es preocupante lo que viene ocurriendo; de allí el interés del desarrollo de la investigación: “Condicionantes epidemiológicos asociados a desnutrición crónica en niños/as menores de 5 años. Comunidad Cumbe Chontabamba, Bambamarca – 2014”.

1.2. Delimitación de la investigación

1.2.1. Delimitación espacial

El estudio se realizó en la comunidad de Cumbe Chontabamba, ubicado al oeste, a 30 minutos del distrito de Bambamarca (en unidad móvil), con una altitud de 3,100 m.s.n.m., con presencia de clima tropical, esta comunidad se encuentra en la provincia de Hualgayoc y departamento de Cajamarca.

1.2.2. Delimitación social

Las unidades de estudio de la presente investigación lo constituyeron los niños/as menores de 5 años atendidos en el Puesto de Salud Cumbe Chontabamba y sus respectivas madres.

1.2.3. Delimitación temporal

El presente estudio de investigación se desarrolló durante los meses de octubre 2014 – febrero 2015.

1.2.4. Delimitación conceptual

La investigación abarcó el estudio de los condicionantes epidemiológicos demográficos (tipo de familia, número de niños/as por familia, talla de la madre), habitacionales (provisión de agua, disposición de excretas, hacinamiento, eliminación de residuos sólidos) y sociales (nivel de instrucción de la madre, situación laboral del jefe de familia y beneficios sociales) asociados a la desnutrición crónica en niños/as menores de 5 años.

1.3. Problema de investigación

¿Cuáles son los condicionantes epidemiológicos asociados a desnutrición crónica en niños/as menores de 5 años. Comunidad Cumbe Chontabamba, Bambamarca – 2014?

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

Determinar y analizar los condicionantes epidemiológicos asociados a la desnutrición crónica en niños/as menores de 5 años. Comunidad Cumbe Chontabamba, Bambamarca – 2014.

1.4.2. Objetivos específicos

1. Identificar los condicionantes epidemiológicos en niños/as menores de 5 años de la comunidad de Cumbe Chontabamba, Bambamarca – 2014.
2. Evaluar la desnutrición crónica de los niños/as menores de 5 años de la comunidad de Cumbe Chontabamba, Bambamarca – 2014.

3. Establecer la asociación entre los condicionantes epidemiológicos (características habitacionales, demográficas y sociales) y la desnutrición crónica en niños/as menores de 5 años de la comunidad de Cumbe Chontabamba, Bambamarca – 2014.

1.5. Hipótesis y variables de la investigación

1.5.1. Hipótesis

H1: Los condicionantes epidemiológicos asociados a desnutrición crónica en niños/as menores de 5 años de la Comunidad Cumbe Chontabamba son los demográficos, habitacionales y sociales.

1.5.2. Variables

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
Condicionantes epidemiológicos	Condicionantes demográficos	Género del niño/a
		Edad del niño/a
		Tipo de familia
		N° de niños/as menores de 5 años en el hogar
		Edad de la madre que tuvo al niño/a
		Estatura de la madre
	Condicionantes habitacionales	Provisión de agua para consumo
		Disposición sanitaria de excretas
		Hacinamiento
		Eliminación de residuos domésticos
	Condicionantes sociales	Nivel de instrucción de la madre o cuidador
		Situación laboral del jefe/a de familia
		Beneficio de programas sociales
Desnutrición crónica	Desnutrición crónica	T/E se encuentra por debajo de – 2 DE (desviaciones estándar), en las curvas de crecimiento y desarrollo de T/E

1.6. Metodología de la investigación

1.6.1. Tipo y nivel de investigación

a. Tipo de investigación

La investigación es cuantitativa, tipo de estudio relacional analítico, porque se asociaron los condicionantes epidemiológicos (habitacionales, demográficos y sociales) con la desnutrición crónica en niños/as menores de 5 años. También es retrospectiva porque se recolectó datos de la historia clínica de los niños/as y de las madres de los mismos (18).

b. Nivel de investigación

El nivel de investigación fue relacional, porque se asoció 2 variables (condicionantes epidemiológicos y desnutrición crónica en niños menores de 5 años) (19).

1.6.2. Método y diseño de la investigación

a. Método de investigación

El método que se utilizó en la presente investigación fue el hipotético deductivo (20) porque se planteó hipótesis para corroborar evidencia a favor o en contra; para probar la hipótesis se utilizó la prueba estadística de Chi cuadrada en el paquete estadístico SPSS V. 22, asociando dos variables categóricas (18).

b. Diseño de investigación

El diseño de estudio fue no experimental de corte transversal. No experimental porque se realizó sin manipular deliberadamente las variables. Es decir, fue una investigación donde no se hizo variar intencionalmente las variables. Lo que se hizo fue observar los fenómenos tal y como se dieron en su contexto natural, para después describirlos y analizarlos (21). Transversal porque se recolectó datos en un solo momento, en un tiempo único (18).

1.6.3. Población y muestra de la investigación

La población estuvo conformada por 62 niños/as menores de 5 años y sus madres, que asistieron a la estrategia de Crecimiento y Desarrollo (CRED), del Puesto de Salud Cumbe Chontabamba, distrito de Bambamarca 2014. No se obtuvo muestra porque se trabajó con todos los niños/as menores de 5 años.

1.6.4. Técnicas e instrumentos de la recolección de datos

a. Técnicas

Las técnicas que se usaron en el estudio fueron: el análisis documental y la entrevista. El análisis documental sirvió para el recojo de la información referente a la edad y estado nutricional de los niños/as menores de 5 años, a partir de las historias clínicas pertenecientes a la estrategia CRED del Puesto de Salud de Cumbe Chontabamba. La entrevista se realizó a las madres de los niños/as menores de 5 años, donde se recogió la información concerniente a condicionantes epidemiológicos.

b. Instrumentos

En la investigación se utilizó los siguientes instrumentos: cuestionario, ficha de datos y las curvas de crecimiento de T/E. El cuestionario referido a los condicionantes epidemiológicos, validado por Labadié S (2010) (22), se adaptó a la presente investigación, mediante la ejecución de una prueba piloto teniendo en consideración la opinión de Supo J (19), quien refiere que cuando la muestra es menor a 100 se debe realizar la prueba piloto como mínimo con 25 unidades (para tener un mayor margen de desviación estándar); por tal motivo la prueba piloto se realizó con 25 niños/as menores de 5 años de la comunidad Cumbe Lirio, dando una confiabilidad de KR-20 (0,85).

El cuestionario estuvo constituido por 13 preguntas cerradas, las cuales describen los siguientes condicionantes epidemiológicos: características habitacionales que constaron de 4 preguntas, condicionantes demográficos que constaron de 6 preguntas, y condicionantes sociales que constaron de 3 preguntas.

Para obtener información sobre desnutrición crónica se utilizó una ficha de datos del estado nutricional y los indicadores que ayudaron al diagnóstico de desnutrición crónica en los niños/as; basándose en la curva de crecimiento de talla para la edad del niño/a y niña menor de 5 años, utilizadas en entidades del MINSA (estandarizadas por la OMS) y presente en la Norma Técnica de Salud vigente N° 087 aprobada por Resolución Ministerial N° 990-2010.

1.6.5. Justificación, importancia y limitaciones de la investigación

a. Justificación

Una de las expresiones de inequidad en los países en vías de desarrollo es la prevalencia de desnutrición crónica infantil en los quintiles más desfavorables (23); la cual puede estar influenciada principalmente por condicionantes epidemiológicos (demográficos, habitacionales y sociales de las familias). Cabe recalcar entonces, que no sólo la condición económica de la familia juega un papel importante para esta patología infantil, sino también los recursos de inversión por parte del Estado tanto en infraestructura de salud o educación, así como en programas de asistencia social.

En Bambamarca y en especial en la comunidad de Cumbe Chontabamba no se han desarrollado estudios que reflejen cuáles son los condicionantes epidemiológicos que se asocian a la desnutrición crónica en niños/as menores de 5 años, por tal motivo, se realizó este estudio para profundizar sobre estos condicionantes en el contexto demográfico, habitacional y social en el que viven los niños/as de esta comunidad.

Los resultados obtenidos de la asociación entre los condicionantes epidemiológicos y la desnutrición crónica permitirán, que las autoridades locales y regionales reformulen estrategias para enfrentar este problema. Que contribuirá a un manejo integral de este trastorno nutricional y a la reducción de los niveles de desnutrición crónica en los niños/as. El estudio se torna importante porque constituye una herramienta para el mejor diseño de la oferta de programas de asistencia nutricional, para que se tomen medidas de prevención y control adecuados por parte del sector salud y gobiernos locales, así mismo permitirá que la

sociedad civil en su conjunto conozca la realidad de la niñez y los factores que están interviniendo para su prevalencia y de esta manera tomen medidas al respecto.

Los resultados de la investigación servirán como línea de base para que los actores sociales y del desarrollo, como organismos públicos descentralizados, las corporaciones internacionales y la sociedad civil, en su conjunto, orienten sus intervenciones articuladas y adecuadas para revertir los indicadores críticos que hay en la comunidad de Cumbe Chontabamba, Bambamarca.

Socialmente la investigación es relevante, porque al evidenciarse los condicionantes epidemiológicos que se asocian a la desnutrición crónica, permitirán la implementación de un sistema de monitoreo de los condicionantes epidemiológicos y evaluación de las intervenciones de los recursos humanos en los diferentes ejes de desarrollo.

b. Importancia

La importancia de esta investigación estriba en contar con cifras de desnutrición crónica en los niños/as menores de 5 años de la comunidad de Cumbe Chontabamba y los condicionantes epidemiológicos que influyen en el estado nutricional de los niños/as; así mismo constituyen una base para el desarrollo de estrategias de prevención que permitan reducir el porcentaje de desnutrición crónica en los niños/as menores de 5 años, también permitirán que el sector salud juntamente con gobiernos locales y regionales establezcan alianzas para invertir en proyectos sociales que vayan dirigidos a mejorar los condicionantes epidemiológicos que influyen en la desnutrición crónica.

c. Limitaciones

Las limitaciones presentadas en el desarrollo del trabajo de investigación fueron: elección del tema, carencia de fuentes de información y referencias y el tiempo escaso para realizar el trabajo de investigación. Por otro lado, el acceso agreste a los domicilios de las madres de los niños/as menores de 5 años para la aplicación del cuestionario.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Machado DM, Calderón FV, et al. Colombia (2013), realizaron una investigación: “Determinantes socioeconómicos, inseguridad alimentaria y desnutrición crónica en población desplazada de primera infancia, Pereira, Colombia”, el objetivo fue conocer la prevalencia de desnutrición crónica en los niños de 0 a 5 años de la población de las Colonias de Pereira y determinar la asociación con factores socioeconómicos y el nivel de inseguridad alimentaria doméstico, el tipo de estudio fue transversal – prospectivo, la muestra fue 64 niños de 0 a 5 años, los resultados fueron: el 51,5% eran hombres, edad promedio $32,4 \pm 17,2$ meses (rango: 2,1 a 59,9 meses), el 11,8% de los niños tenían algún tipo de desnutrición, en el 54,4% de las madres el nivel educativo fue bajo (primaria incompleta), el 67,7% de las familias tenían inseguridad alimentaria, con baja capacidad económica para adquirir alimentos, la inseguridad alimentaria se asoció con más de una persona desempleada ($p=0,014$), aporte familiar a alimentos mensual menor a COP \$150000 ($p=0,004$), comprar alimentos en tienda local ($p=0,017$) con frecuencia de compra de alimentos diaria y quincenal (24).

De La Cruz PY. Colombia (2010), realizó una investigación: “La desnutrición y su asociación a condicionantes sociales como características demográficas, prácticas familiares y de cuidado en niños menores de 5 años”, el objetivo fue establecer la magnitud de la asociación entre la desnutrición y las variables sociales como las características sociodemográficas, el tipo de estudio fue observacional analítico de casos y controles, la muestra fue de 208 casos y 417 controles, cuyos resultados fueron: asociación en sentido causal para las madres con ningún grado de escolaridad con un OR de 3,2 con un IC (intervalo de confianza) (1,566 – 6,604), familias nucleares sin padre con un OR de 2,278 CI (1,342 – 3,868), familias extensas sin padre con OR de 1,87 CI (1,187 – 2,962), así mismo se estableció asociación causal cuando es el padre y el abuelo quienes cuidan al niño o la niña con un OR de 2,463 CI (1,004 – 6,042) y 1,721 CI (1,086 – 2,727) respectivamente, así como OR de 2,3 CI (1,168 – 4,527) para los niños y niñas con 4 hermanos, 2,079 CI (1,262 – 3,425) en los niños y niñas con periodos intergenésicos de un año, OR de 0,569 (0,384 – 0,842) en familias extensas, 0,453 CI (0,308 – 0,667) cuando la madre cuida al niño o la niña, OR de 0,033 IC (0,017 – 0,064) para quienes hierven el agua y OR 1,519 CI (1,084 – 2,129) para las familias con hacinamiento. Se concluye que la desnutrición está asociada a múltiples factores de tipo económicos, demográficos, sociales, prácticas y cuidados familiares, las cuales deben ser intervenidas de manera integral para el logro de su superación (25).

Labadié S. Argentina (2010), realizó un estudio: “Condicionantes epidemiológicos y representaciones sociales de la desnutrición infantil en la comunidad Mocoví”, el objetivo fue estimar la prevalencia de desnutrición en niños de origen indígena y mixto menores de 5 años de edad e identificar algunos de sus factores condicionantes, en la comunidad Mocoví, localidad Recreo, Santa Fe; tipo de estudio cuantitativo - descriptivo y correlacional de corte transversal. Los resultados encontrados fueron: el 60,64% fueron del género masculino y el 39,6% femenino, el tipo de familia fue la nuclear con el 76,0%, la edad de 0 a 1 año prevaleció

(29,82%), el grado de instrucción de la madre fue primaria completa (52,13%), el 41,0% de las familias contaban con un niño menor de 5 años, el 73,40% de niños poseían letrina sin descarga en su vivienda, el 67,02% de niños vivían en condición de hacinamiento, la situación laboral del jefe de familia fue precario (79,79%), el 69,15% de niños percibían planes sociales, el 10,64% presentaron desnutrición crónica. Los factores que se relacionan al estado nutricional fueron: tipo de familias nucleares y extensas, provisión de agua de red interna, hacinamiento, cuidador del niño especialmente en aquellas familias en las que el mismo se encontraba desprotegido: madres adolescentes, trabajo de la madre fuera del hogar y madres solteras (22).

Soria CA y Vaca AA. Ecuador (2012), realizaron un estudio “Factores determinantes de desnutrición crónica en niñas y niños menores de 5 años en la provincia de Cotopaxi”, el objetivo fue identificar los factores determinantes y su nivel de influencia en la desnutrición crónica en niñas y niños menores de 5 años, en la provincia de Cotopaxi tanto para el área rural y urbana, el método fue deductivo – inductivo, la técnica utilizada fue la encuesta de calidad de vida, los resultados fueron: el 51,2% eran de género femenino, el 21,8% se encontraban entre las edades de 24 a 36 meses, el 42,6% de niños presentan desnutrición crónica, mientras que el 50,5% de niños de familias indígenas presentan desnutrición crónica; los factores que influyen en la desnutrición crónica de los niños fueron: situación económica del hogar, etnia del jefe del hogar, educación de la madre; otros factores determinantes son la edad de la madre, número de niños menores de 5 años en el hogar, características de las niñas/os como la edad y el sexo, así como la atención prenatal y vacunación (26).

Sobrino M, et al. Perú (2014), realizaron un estudio “Desnutrición infantil en menores de 5 años en Perú: tendencias y factores determinantes”, el objetivo fue 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, el enfoque de estudio fue cuantitativo, 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. Los resultados fueron: la prevalencia de desnutrición crónica es de 19,6%, la incidencia de desnutrición crónica es mayor en niños de 25 – 59 meses de edad, los factores o determinantes que se relacionaron con la desnutrición crónica fueron 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 (27).

Óyela GA, Prada VC y Peña CS. Perú (2010), realizaron un estudio “Estado nutricional del niño menor de 5 años de la Provincia de Ica. 2010”, el objetivo fue describir la prevalencia de malnutrición ya sea por déficit o por exceso en el niño menor de 5 años de edad, así como los factores asociados, el tipo de estudio fue observacional, descriptivo y ecológico, los resultados fueron: desnutrición crónica 10,4%, la desnutrición crónica tiene una prevalencia de 5,15% en el niño menor de 6 meses de edad, luego sufre un incremento sostenido llegando a 16,44% entre los 18 y 23 meses de edad; hallaron correlación positiva entre la prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 5 años y la incidencia de IRAs no complicadas ($r=0,677$; $p=0,011$; $R^2=0,458$) y EDAs no complicadas ($r=0,575$; $p=0,040$; $R^2=0,3301$), así como con la proporción de mujeres con instrucción primaria o menor ($r=0,589$, $p=0,027$, $R^2=0,347$) y viviendas cuyo piso era de tierra ($r=0,588$; $p=0,27$; $R^2=0,3462$). Asimismo, se encontró correlación inversa de este problema con la proporción de viviendas con acceso a red pública de desagüe dentro de la vivienda (28).

Vásquez GD y Díaz UG. Chota, Perú (2010), realizaron un estudio “Determinantes sociales de la desnutrición en niños menores de 5 años atendidos en el hospital José Soto Cadenillas del distrito de Chota 2010”, el objetivo fue determinar y analizar los determinantes sociales de la

desnutrición en niños menores de 5 años atendidos en el hospital José Soto Cadenillas del distrito de Chota 2010; el tipo de estudio fue descriptivo, transversal, analítico; la muestra fue de 279 niños, el instrumento que utilizaron fue un cuestionario, los resultados fueron: características biológicas y sociales del niño: el 49,5% de niños se encontraban entre las edades de 12 y 23 meses, 52,3% eran de sexo femenino, el 33,0% presentaron desnutrición crónica, además el 68,1% residían en la zona urbana. Características sociales de las madres: el 29,39% tenía primaria completa, 73,8% eran convivientes, y el 53,4% utilizaban como medio de comunicación la radio. Características de la vivienda: El 54,5% eran de material noble y tiene piso de cemento, 60,6% contaban con agua potable, 92,5% con luz eléctrica y el 64,2% eliminaban sus excretas en el desagüe. Características económicas: el 57,0% de las familias tenían un ingreso económico entre 200 – 550 nuevos soles y 85,3% de los niños estaban afiliados al Seguro Integral de Salud. Los Determinantes sociales de la desnutrición en Chota fueron los ingresos económicos, grado de instrucción de la madre, tipo de alimentos que consume y sufrir enfermedad diarreica aguda (EDA). Las características biológicas, sociales de los niños, sus madres y su entorno cercano reflejan pobreza y los determinantes sociales de la desnutrición en Chota son producto de la escasa presencia del Estado en la zona (29).

A partir de estas evidencias científicas y no existiendo estudios a nivel local que evidencien datos sobre los condicionantes epidemiológicos asociados a la desnutrición crónica en niños menores de 5 años, es admisible suponer que las características habitacionales, demográficas y sociales de las familias, se relacionen con la presencia de desnutrición crónica en niños menores de 5 años de la comunidad de Cumbe Chontabamba, en tal sentido fue conveniente la realización del presente estudio de investigación.

2.2. Bases teóricas

A. Condicionantes epidemiológicos

1. Definición

Son indicadores donde las condiciones del proceso salud/enfermedad, adquiere características diferenciales en términos de morbimortalidad. Se considera entonces, que los procesos de salud/enfermedad no sólo son emergentes de las condiciones de vida, sino también objeto de construcción de los conjuntos sociales (30).

Los condicionantes epidemiológicos son fenómenos; son todos los factores físicos, biológicos y sociales y de comportamiento que influyen sobre la salud del individuo, familia y/o comunidad (31).

2. Clasificación de los condicionantes epidemiológicos

La complejidad de los procesos de nutrición y salud, reconoce múltiples influencias sociales, económicas y demográficos, de accesibilidad, etc. Por lo cual, se requiere de una mirada amplia que permita identificar no solo la magnitud de los problemas, su distribución geográfica o etáreo, sino además su relación con los diferentes factores que pueden influirlas.

Los condicionantes epidemiológicos considerados para el presente estudio son demográficas, habitacionales, y sociales de las familias, a fin de identificar su asociación con el estado nutricional de los niños; esta clasificación se tomó de Labadié S (2010) (22); los cuales se describen a continuación:

a. Condicionantes demográficas

Son el reflejo de las características demográficas de una población, entre ellos se encuentran la caracterización de la población según edad, sexo, tipo de familia, etc. (32).

Son condicionantes relacionados con la realidad biológica, psicológica y social. De esta manera, junto a factores biológicos, otras variables sociales determinan las opciones y preferencias alimentarias cotidianas, las que a su vez influyen en el estado nutricional (33). Aquí también se interesa, analizar la situación laboral del jefe/a de familia, el nivel de instrucción materna y la recepción de planes de asistencia social y alimentaria, reconociendo la íntima relación entre pobreza, alimentación y desnutrición (32).

Los condicionantes demográficos considerados para el estudio son:

– Genero del niño/a

Son los estereotipos, roles sociales, condición y posición adquirida, comportamientos, actividades y atributos apropiados que cada sociedad en particular construye y asigna a hombres y mujeres (34).

– Edad del niño/a

Lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia. Es cada uno de los periodos evolutivos en que, por tener ciertas características comunes, se divide la vida humana: infancia, juventud, edad adulta y vejez. Se considera dos edades la edad cronológica y edad mental (Nivel de desarrollo de la inteligencia) (35).

– **Tipo de familia nuclear, extensa y monoparental**

Para clasificar estos tipos de familia en los hogares, se caracteriza el núcleo familiar con un jefe (a), con o sin pareja con o sin hijos, a partir de este primer núcleo se agregan los parientes y no parientes (36).

– **Número de niños/as menores de 5 años en la familia**

La presencia de dos o más niños/as menores de 5 años en una familia es un factor de riesgo para el mal cuidado y la propensión mayor de que los niños/as contraigan algún tipo de patología o enfermedad.

– **Edad de la madre o cuidador/a**

Este es un condicionante en que aquellas personas que están a cargo del niño tiene una influencia significativa para el buen crecimiento y desarrollo del niño ya que una persona menor de edad aún no está de los todo preparada para dar los cuidados necesarios al niño de la misma manera ocurre cuando la persona es adulta mayor (37).

– **Estatura de la madre**

Los factores genéticos parecen tener más influencia en el crecimiento postnatal, ya que el feto no crece según su máximo potencial genético, lo cual constituye una ventaja, pues disminuye la incidencia de distocias (38).

b. Condicionantes habitacionales

Son considerados factores de riesgo o por el contrario agentes de la salud de los residentes, según el grado de conciencia,

voluntad y los recursos del hombre que la ubica, diseña, construye y habita (39).

Son el conjunto de factores naturales, tecnológicos, sociales o de cualquier otro tipo interrelacionados entre sí, que condicionan la vida del hombre y de todos los seres vivos, a la vez que constantemente son modificados por la especie humana (22).

Dentro de los condicionantes habitacionales tenemos los siguientes:

– **Provisión de agua para consumo**

Se refiere a que el agua se encuentre libre de elementos que la contaminen y conviertan en un vehículo para la transmisión de enfermedades. Por su importancia para la salud pública, la calidad del agua merece especial atención (40).

– **Disposición sanitaria de excretas**

Son el conjunto de deposiciones orgánicas de humanos y animales. Es el lugar donde se arrojan las deposiciones humanas con el fin de almacenarlas y aislarlas para así evitar que las bacterias patógenas que contienen puedan causar enfermedades (41).

– **Hacinamiento**

El hacinamiento habla de la carencia de espacios de la vivienda o desde otro punto, la sobreocupación de personas en la misma, en donde el número de personas residentes en la vivienda y el número de dormitorios de la misma. Contempla las categorías: sin hacinamiento (menos de 2,4 personas por dormitorio), medio de 2,5 a 4,9 personas por dormitorio) y crítico (mayor de 5 personas por dormitorio) (42).

– **Eliminación de residuos domésticos**

Esta una técnica de confinamiento para la cual se utiliza un relleno sanitario, donde los desperdicios domésticos se votan en el relleno sanitario y con esto se previene que las personas, animales y vectores que transmiten enfermedades (por ejemplo: moscas, cucarachas, etc.) estén en contacto con los residuos sólidos y evita que éstos contaminen el ambiente y produzca enfermedades (43).

c. Condicionantes sociales

Son los condicionantes donde la alimentación está condicionada por la realidad biopsicosocial. De esta manera, junto a factores biológicos, otras variables sociales determinan las opciones y preferencias alimentarias cotidianas, las que a su vez influyen en el estado nutricional. Los condicionantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud (44).

Los condicionantes sociales considerados para este estudio son:

– **Nivel de instrucción de la madre o cuidador/a**

El nivel de instrucción materno o cuidador es un factor de riesgo para el niño en cuanto a la probabilidad de sufrir un daño (muerte, enfermedad y/o secuela). Esta fuerte asociación está sustentada por numerosos factores como el machismo, distancia del hogar a una institución educativa, economía entre otros (45).

– **Situación laboral del jefe/a de familia**

Se refiere a la labor de las personas, o a su trabajo o actividad legal remunerada. El hombre para satisfacer sus

necesidades debe, emplear su fuerza o su capacidad creativa, para extraer de la naturaleza los recursos necesarios, o modificar lo que el medio le ofrecía, para su provecho (46).

– **Recepción de programas sociales y/o asistencia alimentaria**

Es una iniciativa destinada a mejorar las condiciones de vida de una población y que está orientado a la totalidad de la sociedad o, al menos, a un sector importante que tiene ciertas necesidades aún no satisfechas (47).

B. Desnutrición crónica

1. Definición

Es el resultado de una reducida ingestión alimentaria en un período prolongado de tiempo y/o de la absorción deficiente de nutrientes consumidos. Generalmente asociada a una carencia de energía (o de proteínas y energía), aunque también puede estar relacionada a carencias de vitaminas y minerales. Así mismo desnutrición crónica manifiesta que es un indicador que relaciona la talla con la edad y se utiliza principalmente para establecer la desnutrición infantil en niños menores de 5 años (FAO) (48).

La desnutrición es el resultado del consumo insuficiente de alimentos y de la aparición repetida de enfermedades infecciosas. La desnutrición implica tener un peso corporal o una estatura inferior a la que corresponde a la edad (retraso en el crecimiento), estar peligrosamente delgado o presentar carencia de vitaminas o minerales (malnutrición por carencia de micronutrientes, mejor conocida como “hambre oculta”) (49).

Estado en el cual niños y niñas tienen una longitud o talla menor a la esperada para su edad y sexo con relación a una población de referencia (50).

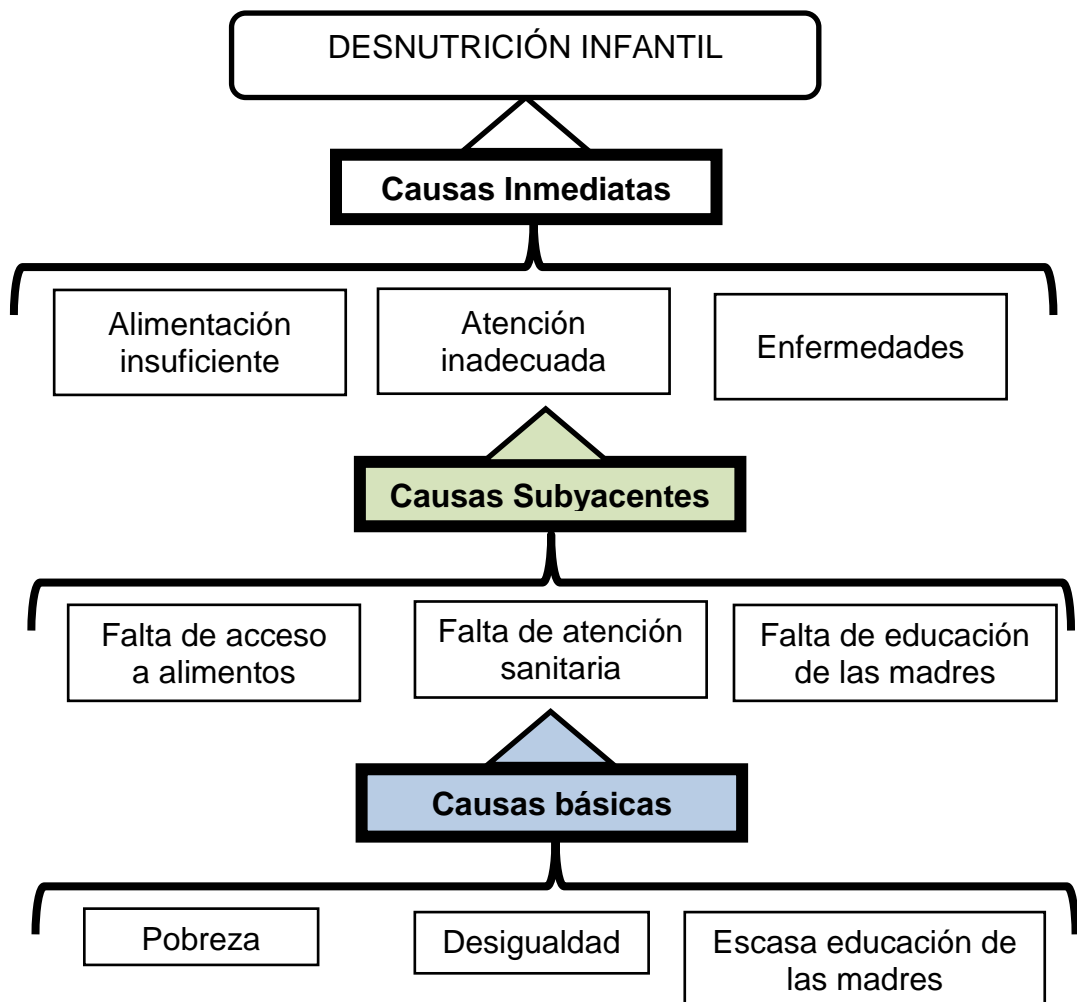
2. Factores etiológicos de desnutrición crónica

Según UNICEF, los factores causales de desnutrición crónica infantil son (51):

- **Básicos:** Son aquellos factores que se asocian indirectamente con la desnutrición crónica infantil. Están definidos por las características de la pareja y las características del hogar en el que vive el niño y su familia.
- **Subyacentes:** Son aquellos factores que más estrechamente estarían relacionados con la desnutrición crónica infantil en comparación a los factores básicos. Se definen por las características del embarazo, características del nacimiento y del cuidado del niño que asumen los padres o cuidadores del mismo. Todo ello en el entorno familiar y comunal en el que viven.
- **Inmediatos:** Son los factores que se relacionan directamente con la desnutrición crónica infantil. Puesto que no existen otros factores intermediarios entre la desnutrición crónica y los factores inmediatos. Están definidos por las características del patrón alimentario y las enfermedades infecciosas.

En el Perú, los factores de la desnutrición crónica, están expresados como factores sociales y de desarrollo asociados con la pobreza y brechas de inequidad que incluyen causas básicas como la desigualdad de oportunidades, la exclusión y la discriminación por razones de sexo, raza o credo político; causas subyacentes como

baja escolaridad de la madre, embarazo adolescente, cuidados insuficientes de la mujer al niño, practicas inadecuadas de crianza, falta de acceso a servicios básicos y a servicios de salud, asociados con costumbres y prácticas de alimentación, estilos de vida, algunos ancestrales y otros adquiridos por el cada vez más importante proceso de urbanización, y causas directas como desnutrición materna, alimentación inadecuada, e infecciones repetidas. Se presenta a continuación la situación de la desnutrición crónica infantil, anemia, así como de sobrepeso y obesidad en el país e información de determinantes (52).



Fuente: UNICEF; 2011.

3. Semiología de la desnutrición crónica

- Retraso en el crecimiento. Esto puede manifestarse como fracaso para crecer a un ritmo normal esperado en términos de peso, altura o ambos.
- Irritabilidad, lentitud y llanto excesivo junto con cambios de comportamiento como ansiedad, déficit de atención son comunes en niños con desnutrición.
- La piel se vuelve seca y escamosa y puede girar cabello seco, opaco y paja como en apariencia. Además, puede haber pérdida del cabello.
- Desgaste muscular y falta de fuerza en los músculos, extremidades pueden aparecer stick como: hinchazón del abdomen y las piernas. El abdomen está agrandado debido a la falta de fuerza de los músculos del abdomen. Esto hace que el contenido del abdomen a protruir haciendo el abdomen hinchado. Las piernas están hinchadas debido a edema. Esto es causado por falta de nutrientes vitales. Estos dos síntomas se observan en niños con malnutrición grave (53).

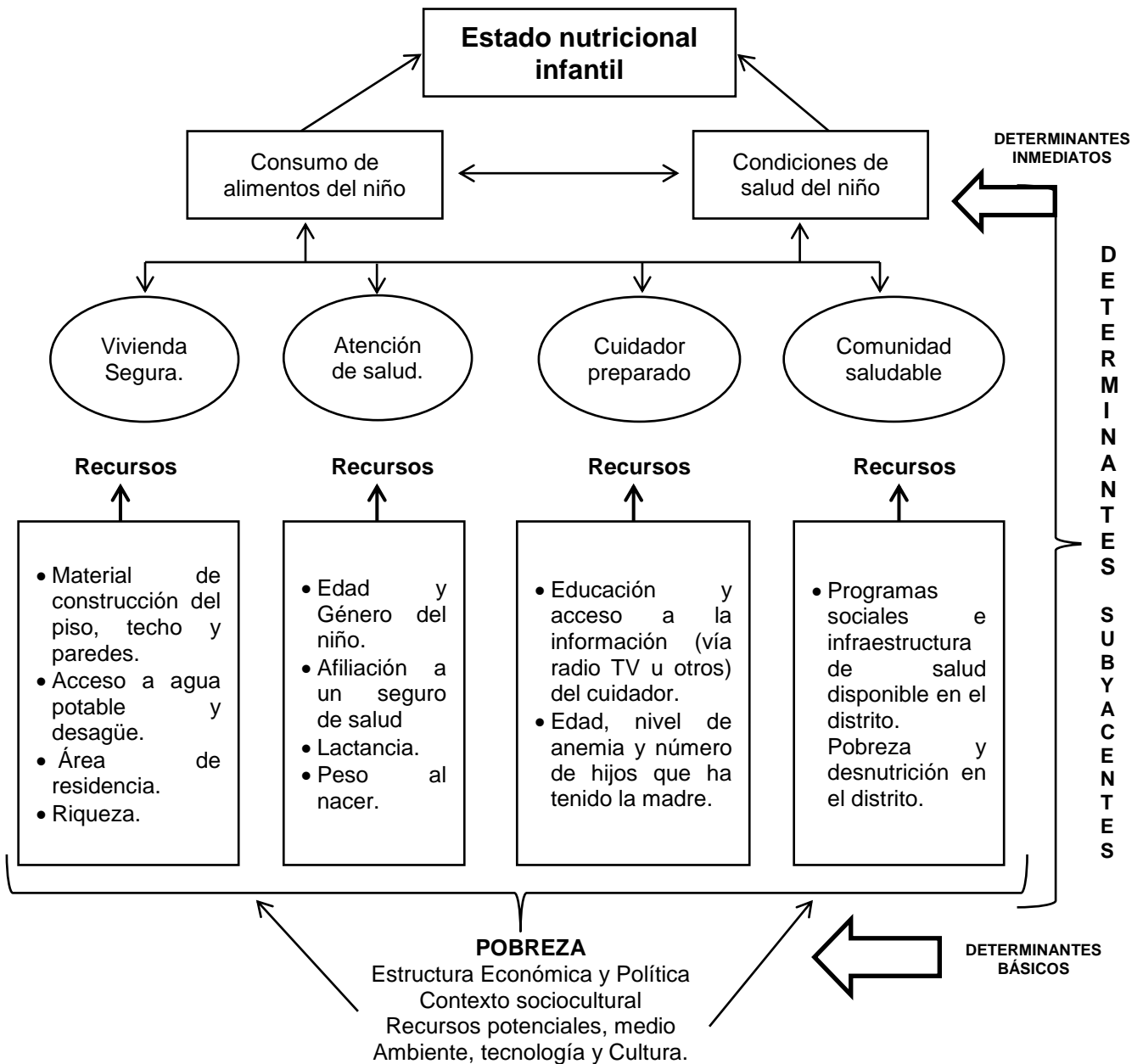
4. Clasificación del estado nutricional en niños/as de 29 días a menores de 5 años según peso/edad, peso/talla y talla/edad (54)

PUNTOS DE CORTE	PESO PARA LA EDAD	PESO PARA LA TALLA	TALLA PARA LA EDAD
Desviación estándar	Clasificación	Clasificación	Clasificación
> + 3 DE		Obesidad	
+ 2 DE	Sobrepeso	Sobrepeso	Alto
+ 2 a -2 DE	Normal	Normal	Normal
< - 2 a - 3 DE	Desnutrición	Desnutrición aguda	Talla baja (desnutrición crónica)
< - 3 DE		Desnutrición severa	

Fuente: MINSA, N.T.S. 2010.

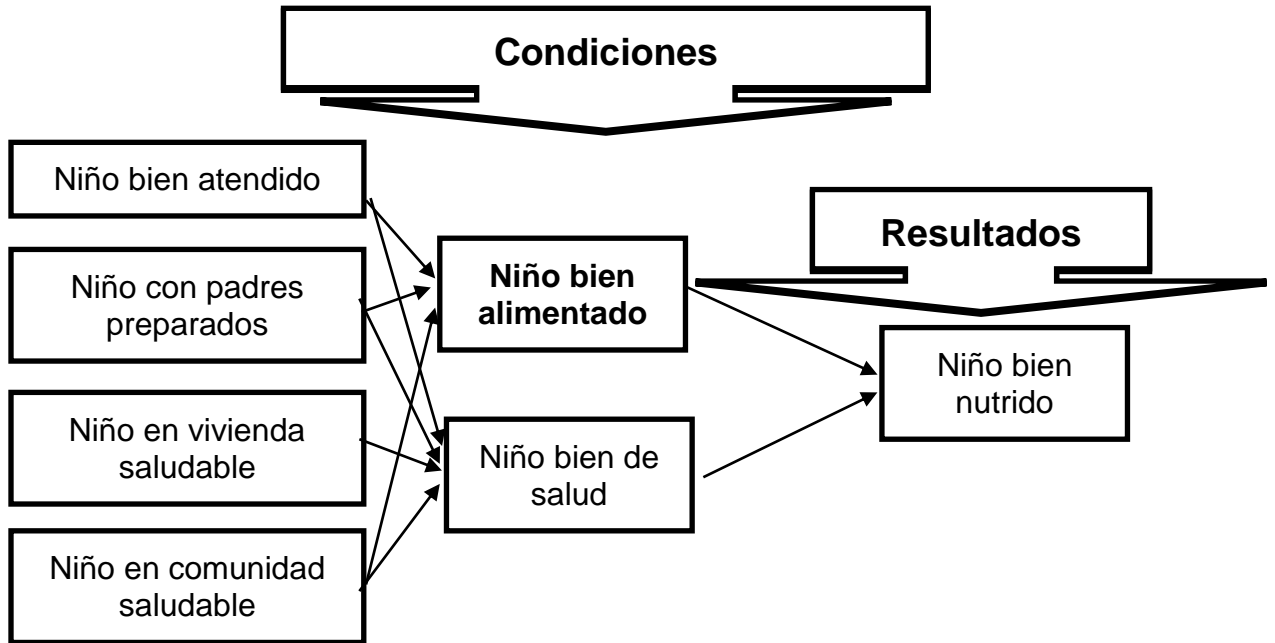
5. Modelo que explica los determinantes de la desnutrición

Este modelo es tomado en base a la presentada de la UNICEF por la Universidad del Pacífico (55).



Fuente: Universidad del Pacífico; 2009

6. Condiciones básicas para prevenir la desnutrición crónica infantil (56).



Fuente: Instituto Nacional de Salud; 2010.

CAPÍTULO III

3. PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

3.1. Análisis de tablas

TABLA 1

GÉNERO DE LOS NIÑOS/AS DE LA COMUNIDAD CUMBE CHONTABAMBA, BAMBAMARCA – 2014.

GÉNERO	N°	%
Masculino	28	45,16
Femenino	34	54,84
TOTAL	62	100,00

Fuente: Cuestionario de condicionantes epidemiológicos de la desnutrición crónica – 2014.

En la presente tabla, se observa que el 45,16% de niños/as de la comunidad de Cumbe Chontabamba – Bambamarca, corresponden al género masculino y el 54,84% al género femenino.

Es importante resaltar que en la presente investigación fue mayor la participación femenina; datos que tienen relación con los reportados por Vásquez y Díaz que tuvo 52,3% de sexo femenino (29); de la misma forma con el estudio de Soria y Vaca, donde el 51,2% eran de género femenino (26).

Al comparar el porcentaje de niños/as menores de 5 años según género con la población general del departamento de Cajamarca según el ASIS, se aprecia en la pirámide que existe mayor proporción de varones en relación a las mujeres, sin embargo en la composición de la población por sexo a nivel de provincias presenta diferencias, donde la población masculina es mayor que la femenina en dos provincias, ellas son: San Ignacio (53,10%) y Jaén (51,24%); mientras que las provincias de Hualgayoc (51,5%), Chota (51,4%) y San Pablo (51,3%), presentan mayor proporción de mujeres respecto a los varones; en cambio en el resto de provincias la población está equilibrada; es por ello que en el estudio realizado prevalece el género femenino (57).

Por otro lado en las proyecciones del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), las mujeres peruanas constituirán la mitad de la población (49,9%) total del país para el año 2015 (58), y lo mismo sucede con la provincia de Hualgayoc, donde la población programada para el año 2015 será, hombres 50,9% y mujeres 49,1% (59).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), manifiesta que hombres y mujeres se ven afectados por muchas de las mismas enfermedades; pero los efectos sobre la mujer pueden ser diferentes; al ser diferentes las enfermedades en el género femenino tiene más posibilidades de sobrevivir que el género masculino. Otra razón importante a mencionar es que en la comunidad de Cumbe Chontabamba la natalidad es mayormente del género femenino, por lo que se contó con mayor cantidad de féminas en el estudio (6).

TABLA 2

**EDAD DE LOS NIÑOS DE LA COMUNIDAD CUMBE CHONTABAMBA,
BAMBAMARCA – 2014.**

EDAD	N°	%
De 0 a 1 año	11	17,74
De 1 a 2 años	14	22,58
De 2 a 3 años	10	16,13
De 3 a 4 años	10	16,13
De 4 a 5 años	17	27,42
TOTAL	62	100,00

Fuente: Cuestionario de condicionantes epidemiológicos de la desnutrición crónica – 2014.

En esta tabla, se observa que los niños/as de la comunidad Cumbe Chontabamba – Bambamarca, en su mayoría (27,42%) se encuentran en la edad de 4 a 5 años y el 16,13% se encuentran en las edades de 2 a 3 años y de 3 a 4 años.

Según la población programada en la provincia de Hualgayoc para el año 2015 se observa un mayor número de niños/as entre las edades de 4 a 5 años que hace un porcentaje de 20,17%, datos que se asemejan a los encontrados en esta investigación (57).

Así mismo según la UNICEF, la población menor de 5 años en el Perú representa el 12% del total de la población (60). La niñez es una etapa comprendida entre los 0 a 11 años de edad, para este grupo etéreo las entidades del MINSA en los últimos años viene realizando controles periódicos y cronológicos a los niños/as menores de 5 años; en la actualidad se aprecia que existe un descenso notable en este grupo etéreo en la pirámide poblacional en relación a años anteriores; esto debido a que el promedio de hijos de la mujer en el Perú según el INEI ha disminuido de 2,6% (2012) a 2,4% (2013) (61).

Así mismo en Cajamarca la tasa de fecundidad ha disminuido de 3,0% (2012) a 2,8% (2013) (57). Originado principalmente por la presencia de la estrategia de planificación familiar que se brindan en los establecimientos de salud que ofrece el Estado a la población. Por tal motivo es que se observa la disminución de niños en los últimos años, pero por otro lado en este último año se aprecia un aumento de niños, debido a la implementación de programas sociales como Juntos, donde uno de los requisitos para que la población sea beneficiaria, especialmente en el género femenino es estar embarazada o tener niños menores de 3 años.

TABLA 3

**TIPO DE FAMILIA DE LOS NIÑOS/AS DE LA COMUNIDAD CUMBE
CHONTABAMBA, BAMBAMARCA – 2014.**

TIPO DE FAMILIA	N°	%
Extensa	11	17,74
Nuclear	47	75,81
Monoparenteral	4	6,45
TOTAL	62	100,00

Fuente: Cuestionario de condicionantes epidemiológicos de la desnutrición crónica – 2014.

En la presente tabla, se observa que el 75,81% de las familias de los niños/as menores de 5 años de la comunidad Cumbe Chontabamba – Bambamarca es de tipo nuclear y en el 6,45% es tipo monoparenteral.

Estos resultados tienen relación con los reportados por Labadié, que del total de niños estudiados el 76,0% pertenecían al tipo de familia nuclear (22). Así mismo el INEI estima que en el Perú existen alrededor de 8 millones de hogares, del total aproximadamente el 76% corresponde a hogares del área urbana y el restante (24%) al área rural, de estos datos el 60% de hogares son de tipo nuclear (62).

La familia es la unidad básica de la sociedad conformada por un número variable de miembros que en la mayoría de casos viven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad, que están llamados al desarrollo humano pleno (63); si bien es cierto que la mayoría de familias de los niños/as menores de cinco años sea de tipo nuclear, da a entender que está compuesta por el padre, la madre y los hijos; estos datos se reflejan según el INEI por el consumo final privado que creció 2,9% en el cuarto trimestre del 2014, sustentado en los mayores ingresos de las familias, así como, por la mayor disponibilidad de créditos de consumo (64). Los ingresos

de las familias provinieron principalmente del mercado de trabajo, debido al incremento del empleo en el país en 1,0% y del ingreso real promedio por trabajo que aumentó en 2,9%; así mismo por el aumento del sueldo mínimo que paso de S/. 600.00 a S/. 750.00 Nuevos Soles en los últimos años; por todos estos factores mencionados la población se siente con la seguridad de formar una familia en donde el sustento del hogar sea por ellos mismos, es por tal motivo que prevalece la familia nuclear en el estudio; lo que no sucedía antes donde los padres de los recién casados o convivientes tenían que acogerlos en sus hogares hasta el momento en que tengan la oportunidad de mantener su familia valiéndose de ellos mismos.

TABLA 4

**NÚMERO DE NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS EN LAS FAMILIAS DE LA
COMUNIDAD CUMBE CHONTABAMBA, BAMBAMARCA – 2014.**

N° DE NIÑOS	N°	%
1 niño < de 5 años	45	72,58
2 niños < de 5 años	14	22,58
Más de 2 niños < de 5 años	3	4,84
TOTAL	62	100,00

Fuente: Cuestionario de condicionantes epidemiológicos de la desnutrición crónica – 2014.

En esta tabla, se observa que el número de niños menores de 5 años de las familias de la comunidad de Cumbe Chontabamba – Bambamarca, el 72,58% hay 1 solo niño y el 4,84% hay más de 2 niños.

Resultados que se contrastan con la investigación de Labadié donde la mayoría de familias (41,0%) contaban con un niño menor de 5 años (22). Así mismo según el INEI y ENDES la mediana del intervalo intergenésico, en los últimos tres años pasó de 48,4 meses a 51,1 meses. Sin embargo según la zona de residencia el periodo intergenésico en la zona rural fue de 49,9 meses (65).

Según el ASIS en la provincia de Cajamarca, se observa un comportamiento similar de 1,0 hijos por mujer en 1993, bajó a 0,9 hijos por mujer para el año 2007, presentando una disminución de 0,1 hijos por mujer; en el mismo periodo intercensal. Por otro lado, la reducción en el número promedio de hijos por mujer en el período 1993-2007 se observa sobre todo, en las provincias de Hualgayoc, Cajamarca y Jaén que descendieron en cerca de un hijo cada una (0,9 y 0,8 respectivamente), siguen en orden descendente, Cutervo, San Ignacio y San Miguel con 0,7 hijos (57).

Estas reducciones son consecuencia de la estrategia de salud sexual y reproductiva, la cual consiste en asistir en planificación familiar a la población femenina y masculina, a través de diferentes métodos de planificación familiar que ofrece y distribuye gratuitamente las entidades del Ministerio de Salud; por otro lado el espaciamiento de los nacimientos también tiene relación con el nivel educativo de las madres, siendo mayor en aquellas con educación superior (59,0 meses) que en las madres con primaria o sin nivel educativo (46,3 y 42,2 meses, respectivamente); en donde se acentúa el nivel de espaciamiento entre las mujeres del quintil superior de riqueza (64,6 meses) y la más baja, entre las mujeres del quintil inferior de riqueza (40,0 meses) (64).

TABLA 5

**EDAD DE LA CUIDADORA DE LOS NIÑOS/AS DE LA COMUNIDAD CUMBE
CHONTABAMBA, BAMBAMARCA – 2014.**

EDAD DE LA CUIDADORA	N°	%
< De 18 años	1	1,61
De 18 a 20 años	8	12,90
De 21 a 25 años	15	24,19
De 26 a 30 años	16	25,81
De 31a 35 años	7	11,29
De 36 a más años	15	24,19
TOTAL	62	100,00

Fuente: Cuestionario de condicionantes epidemiológicos de la desnutrición crónica – 2014.

En la presente tabla, se observa que la edad de la cuidadora de los niños/as menores de 5 años de la comunidad de Cumbe Chontabamba – Bambamarca, en su mayoría (25,81%) es de 26 a 30 años y el 1,61% es menor de 18 años.

La FAO manifiesta que la edad del cuidador de los niños, es un aspecto que se relaciona y contribuye a la buena nutrición, salud y bienestar del niño; y que estos varían mucho de una sociedad a otra y entre las diferentes culturas. Un primer supuesto es que casi todas las sociedades valoran a los niños y desean verles crecer para convertirse en adultos saludables, inteligentes y productivos. Una segunda consideración más debatible, es que las sociedades en general, tienen prácticas de cuidado tradicional o culturalmente determinadas, cuya mayoría son buenas y contribuyen al desarrollo del niño, así como a un buen estado nutricional (66).

La persona a cargo del cuidado del niño, cumple un rol muy importante, debido a que debe tener todos los conocimientos necesarios para brindarle

confort y el cuidado necesario al niño; es sabido que en la zona rural la persona que está a cargo del cuidado del niño es la madre, y en pocos casos un familiar cercano, debido a que la madre se dedica exclusivamente a los quehaceres de la casa, esta dedicación se da porque no cuentan con un trabajo estable, por el hecho de que el grado de instrucción es una limitante para dedicarse a otras actividades.

Así mismo el rol de ambos padres en la crianza y cuidado del niño es de mucha importancia, debido a que hay cosas que solo ellos pueden aportar al crecimiento de los niños. Apreciando que un hijo/a, es responsabilidad tanto del padre como de la madre, por lo que la participación de ambos es fundamental e importante en la alimentación, desarrollo social y emocional del niño/a.

TABLA 6

**EDAD DE LAS MADRES QUE TUVIERON A LOS NIÑOS/AS DE LA
COMUNIDAD CUMBE CHONTABAMBA, BAMBAMARCA – 2014.**

EDAD DE LA MADRE	N°	%
< De 18 años	5	8,06
De 18 a 25 años	27	43,55
De 26 a 36 años	26	41,94
> De 37 años	4	6,45
TOTAL	62	100,00

Fuente: Cuestionario de condicionantes epidemiológicos de la desnutrición crónica – 2014.

En esta tabla, se observa que la edad que tenían las madres al momento de tener al niño/a es en su mayoría es de 18 a 25 años (43,55%) y en su minoría (6,45%) es mayor a 37 años.

Datos que guardan relación con los estudios realizados por ENDES, donde la tasa de fecundidad por edad, en promedio es relativamente baja al comienzo de la vida reproductiva, pero alcanza su mayor nivel en los grupos 20 a 24 y 25 a 29 años de edad y la fecundidad desciende rápidamente a partir de los 35 años de edad. Así mismo en el área urbana, la fecundidad por edad alcanza su mayor nivel en el grupo de 25 a 29 años de edad y conjuntamente con el grupo de 20 a 24 años y 30 a 34 años, aportan el 68,9% de la fecundidad total; en cambio en el área rural la fecundidad por edad muestra su mayor nivel entre las mujeres de 20 a 24 años de edad, si se adiciona los grupos de 25 a 29 y 30 a 34 años, el aporte de las mujeres de 20 a 34 años es de 64,3% de la fecundidad (67).

La disminución de la fecundidad femenina es el principal factor que determina el descenso en el crecimiento de la población y los cambios en su

composición por edad. En la década de los noventa las peruanas tenían en promedio cuatro hijos, transcurridos 21 años, en la actualidad se observa una marcada disminución de la tasa global de fecundidad, que al 2013 el promedio alcanzó 2,4 hijos por mujer.

Estos datos estadísticos se deben a que hoy en día existe la equidad de género, los derechos y deberes en la población se están cumpliendo por el hecho de observar que el género femenino puede migrar a ciudades donde hay más oportunidades de trabajo, pueden seguir estudios superiores; además el trabajo que realiza el personal de salud en los colegios secundarios brindando sesiones educativas de salud sexual y reproductiva, paternidad responsable, y otros; y sin dejar de lado el uso de métodos anticonceptivos que se ofrece en los establecimientos de salud, donde la población planifica cuántos y cuándo tener hijos.

TABLA 7

**ESTATURA DE LAS MADRES DE LOS NIÑOS/AS DE LA COMUNIDAD
CUMBE CHONTABAMBA, BAMBAMARCA – 2014.**

ESTATURA DE LA MADRE	N°	%
< De 145 cm	5	8,06
De 145 a 150 cm	20	32,26
De 151 a 155 cm	28	45,16
De 156 cm a más	9	14,52
TOTAL	62	100,00

Fuente: Cuestionario de condicionantes epidemiológicos de la desnutrición crónica – 2014.

En la presente tabla, se observa que la estatura de las madres de la comunidad Cumbe Chontabamba – Bambamarca, en su mayoría (45,16%) es de 151 a 155 cm y en menor porcentaje (8,06%) es < de 145 cm.

Hay factores que influyen en el crecimiento y desarrollo del ser humano y uno de ellos es la herencia, esto mayormente se da en países subdesarrollados como el Perú, donde la desnutrición prevalece con un porcentaje alto a diferencia de otros países, y este problema de salud pública viene arrastrándose generación tras generación; estudios como el de Galton (68) en la que describen una correlación entre la talla de los niños con la talla de sus padres. Los hijos de padres con tallas muy diferentes presentan tallas finales con un rango de variabilidad mucho mayor que hijos de padres con tallas similares (69). Así mismo Polani manifiesta que la talla del niño al nacimiento correlaciona mejor con la talla de la madre que con la talla promedio de ambos padres; además manifiesta que la talla al nacimiento en un 18% es influencia genética, 20% del potencial genético de la madre, 32% de factores ambientales maternos y 30% de factores desconocidos (70).

El crecimiento del feto durante la gestación depende especialmente de factores maternos, como el estado nutricional que la madre presenta en el embarazo, estado de salud materno y funcionamiento de la unidad feto – placentaria. Después del nacimiento el crecimiento se relaciona más con factores genéticos, correlacionándose mejor con la talla de los padres. La velocidad de crecimiento durante los 2 primeros años de vida y durante la pubertad tiene una correlación con la talla de sus padres (69); así hijos de padres bajos crecen menos y los de padres altos crecen más que lo habitual a estas edades; esto explica el hecho que las madres de Cumbe Chontabamaba presentaran estatura baja, puesto que sus antecesores también presentaron este problema.

TABLA 8

**TIPO DE AGUA DE CONSUMO DE LAS FAMILIAS DE LA COMUNIDAD
CUMBE CHONTABAMBA, BAMBAMARCA – 2014.**

TIPO DE AGUA	N°	%
Agua entubada	52	83,87
Caño público	1	1,61
Pozo	9	14,52
TOTAL	62	100,00

Fuente: Cuestionario de condicionantes epidemiológicos de la desnutrición crónica – 2014.

En la tabla, se observa que en la mayoría (83,87%) de las familias de los niños/as de la comunidad de Cumbe Chontabamba – Bambamarca, cuentan con agua entubada y un 1,61% cuentan con agua de caño público.

Las referencias muestran que 2,4 mil millones de personas en todo el mundo viven en condiciones de insalubridad, 2,6 millones de niños y niñas menores de cinco años mueren anualmente por malas prácticas y hábitos higiénicos, debido a la falta de abastecimiento de agua y saneamiento básico, que repercuten en la salud no solo de los niños sino de toda la población (72).

En el Perú, el crecimiento del Producto Bruto Interno (PBI) en el año 2014 según informe del INEI creció el 1,0%, resultado que se refleja en el incremento del servicio de agua (4,5%); así mismo el crecimiento del sector construcción fue 1,7%, explicado por el incremento en obras de ingeniería civil principalmente en agua y saneamiento. Es así que a nivel nacional, el 78,9% de los hogares utilizaba el agua de red pública, ya sea dentro o fuera de la vivienda incluyendo pilón/grifo público, para beber (73).

De estos datos en el área urbana, el 85,0 % de los hogares usa agua por red pública para beber, sea dentro o fuera de la vivienda; mientras que en el 65,7% de los hogares del área rural que se encuentran en esa misma situación; no obstante el 20,3% de los hogares aún utilizan agua proveniente de manantial, río o acequia para beber (65).

La mayoría de las familias de la Comunidad Cumbe Chontabamba cuentan con agua entubada, debido a que la municipalidad en el periodo 2010 – 2014 realizó un proyecto de agua en beneficio de esta comunidad. Por otro lado el limitado acceso a servicios de agua se relaciona a las pobres prácticas de higiene, falta de prioridad e inversión de los gobiernos locales, regionales y nacionales; escasez de recursos económicos; limitada acción comunitaria; bajo nivel educacional de la población y desconocimiento de la importancia del consumo de agua segura por parte de la población. Todo esto repercute en la salud de los niños, familia y/o comunidad.

TABLA 9

DISPOSICIÓN SANITARIA DE EXCRETAS EN LAS VIVIENDAS DE LOS NIÑOS/AS DE LA COMUNIDAD CUMBE CHONTABAMBA, BAMBAMARCA – 2014.

DISPOSICIÓN SANITARIA DE EXCRETAS	N°	%
Letrina sanitaria	35	56,45
Pozo ciego	24	38,71
Cielo abierto	2	3,23
Otros	1	1,61
TOTAL	62	100,00

Fuente: Cuestionario de condicionantes epidemiológicos de la desnutrición crónica – 2014.

En la tabla, se observa que la disposición de excretas en las viviendas de los niños/as de la comunidad Cumbe Chontabamba – Bambamarca en su mayoría es en letrina sanitaria (56,45%), y en menor porcentaje (1,61%) es en otros (biodigestor).

Estos resultados se asemejan a la investigación de Labadié, donde el 73,40% de niños poseían letrina sin descarga en su vivienda (22). Al igual que los resultados del INEI, el cual afirma que el 58,0% de viviendas en el área urbana cuentan con el servicio de letrina; así mismo el departamento de Cajamarca el 46,9% de viviendas en la zona rural, cuentan con letrina (65).

El mayor porcentaje (56,45%) de familias disponen de letrina para eliminar las excretas, sin embargo un número considerable de familias no tienen el conocimiento de la importancia de este servicio, razón por la cual se puede prevenir diversas enfermedades; el 38,71% de familias cuentan con pozo ciego, lo que no garantiza la seguridad y condiciones de salubridad de las familias, debido a que en la zona rural, las familias cuentan con la presencia de

mascotas (canes) y aves de corral (gallinas, patos y pavos) en la vivienda; estos entran en contacto con el pozo ciego, generando enfermedades en los niños y en toda la familia; por otro lado los insectos que son los vectores de las enfermedades, debido a que las excretas se encuentran expuestas en el pozo ciego a distancias menores a 50 metros de la vivienda, permitiendo a los insectos el traslado de muchos microorganismos a la vivienda. Todos estos factores conducen a la insalubridad de la persona y de la familia, provocando diversas enfermedades como las diarreas que son usuales en los niños menores de 5 años.

TABLA 10

**HACINAMIENTO DE HOGARES DE LOS NIÑOS/AS DE LA COMUNIDAD
CUMBE CHONTABAMBA, BAMBAMARCA – 2014.**

HACINAMIENTO DE HOGARES	N°	%
Sin hacinamiento	24	38,71
Hacinamiento medio	31	50,00
Hacinamiento crítico	7	11,29
TOTAL	62	100,00

Fuente: Cuestionario de condicionantes epidemiológicos de la desnutrición crónica – 2014.

En la tabla, se observa que los hogares de los niños/as menores de 5 años de la comunidad de Cumbe Chontabamba - Bambamarca en su mayoría (50,00%) se encuentra con hacinamiento medio, y en una minoría (11,29%) con hacinamiento crítico.

Si se unen los resultados de hacinamiento medio y hacinamiento crítico en donde viven los niños de la comunidad de Cumbe Chontabamba, estos datos se relacionan con los resultados de Labadié (22) en niños menores de 5 años, en la que encontró que el 67,02% de niños vivían en condición de hacinamiento.

Según el MIDES, hacinamiento es la carencia de espacios en la vivienda, donde el número de personas residentes en la vivienda debe ser acorde con el número de dormitorios; donde categoriza sin hacinamiento (menos de 2,4 personas por dormitorio), medio de 2,5 a 4,9 personas por dormitorio) y crítico (mayor de 5 personas por dormitorio (42).

El Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud en el Perú, en uno de sus escenarios (vivienda), manifiesta que es el espacio físico, que contribuye al

entorno de las personas, cuyas características influyen en el bienestar y la salud de las familias (74). La vivienda como espacio físico, comprende los materiales que la componen; la calidad de los mismos, condiciones de saneamiento, su micro localización geográfica y social.

Por otro lado la intervención de promoción de la salud en el programa de familias y viviendas saludables según el modelo de abordaje de la salud tiene por objetivo contribuir a que las familias peruanas se desarrollen como unidad básica social, adoptando comportamientos y generando entornos saludables en interrelación con la comunidad.

Entendiendo por vivienda saludable a aquella que dispone de una infraestructura adecuada para proteger a sus habitantes de las inclemencias del clima y darles seguridad, dispone de un espacio mínimo habitable por miembro (10m² según normas de la OMS) (74). Deduciendo según las condiciones del Ministerio de Salud y de la Organización Mundial de la Salud en la comunidad de Cumbe Chontabamba existe hacinamiento en la mayoría de las familias, por lo que no cuentan con las condiciones necesarias como: suficiente ventilación, agua segura, saneamiento básico, orden, limpieza, mínima contaminación por el humo, crianza de animales domésticos, etc. El ambiente físico por sus condiciones insatisfactorias, propicia una mala salud para la persona y la familia especialmente para el niño, lo cual implica la existencia de factores de riesgo de salud para los niños y la familia.

TABLA 11

**ELIMINACIÓN DE RESIDUOS DOMÉSTICOS EN LAS FAMILIAS DE LA
COMUNIDAD CUMBE CHONTABAMBA, BAMBAMARCA – 2014.**

ELIMINACIÓN DE RESIDUOS DOMÉSTICOS	N°	%
Relleno sanitario	44	70,97
Chacra	17	27,42
Otros	1	1,61
TOTAL	62	100,00

Fuente: Cuestionario de condicionantes epidemiológicos de la desnutrición crónica – 2014.

En esta tabla, se observa que las familias de la comunidad de Cumbe Chontabamba - Bambamarca, eliminan los residuos domésticos en relleno sanitario (70,97%) y en su minoría (1,61%) eliminan en otros lugares.

El hecho de eliminar los residuos domésticos en relleno sanitario por parte de las familias, es el resultado del trabajo educativo desarrollado por el personal de salud a través de visitas domiciliarias, incentivan la construcción de relleno sanitario que debe tener las siguientes medidas (largo 120 cm, ancho 120 cm y profundidad 150 cm) para la recolección y disposición adecuada de la basura permitiendo la prevención de enfermedades. Lo que no sucede cuando se eliminan al aire libre (chacra) lo que permite que los insectos que se alimentan de ella, produzcan enfermedades al ser humano como por ejemplo la tifoidea, paratifoidea, amebiasis, diarrea infantil y otras enfermedades gastrointestinales; repercutiendo notablemente en la salud de los niños y la familia.

TABLA 12

**NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE DE LOS NIÑOS/AS DE LA
COMUNIDAD CUMBE CHONTABAMBA, BAMBAMARCA – 2014.**

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	N°	%
Sin instrucción	9	14,52
Primaria incompleta	38	61,29
Primaria completa	9	14,52
Secundaria completa	6	9,68
TOTAL	62	100,00

Fuente: Cuestionario de condicionantes epidemiológicos de la desnutrición crónica – 2014.

En la presente tabla se observa, que el nivel de instrucción de las madres de los niños/as de la comunidad de Cumbe Chontabamba - Bambamarca, es primaria incompleta (61,29%) y el 9,68% corresponde a secundaria completa.

Estos resultados tienen relación con los reportados en la investigación realizada por Machado DM, et al quienes encontraron 54,4% de madres con nivel educativo bajo (primaria incompleta) (24).

Considerando que la comunidad de Cumbe Chontabamba es pobre extremo, este indicador se refleja en el nivel educativo de la población y específicamente en el género femenino, datos que se contrastan con los del INEI, que señala como características de la población en situación de pobreza menor nivel educativo que la población no pobre; es así que el 48,7% de los pobres mayores de 15 años a más, solamente lograron estudiar algún año de educación primaria o no tenían nivel alguno de educación, mientras que el 20,7% de los no pobres han alcanzado ese mínimo nivel de educación; más de un tercio (35,5%) de los no pobres han alcanzado el nivel superior de educación, en el caso de los pobres que llegan a obtener este nivel educativo es de 7,7% (75).

Sin embargo en los últimos años se observa una igualdad y equidad de la población en la asistencia de los niños y jóvenes a alguna institución educativa, debido a la implantación del programa social JUNTOS que está dirigido a los más pobres y uno de sus compromisos es que los menores hijos asistan con normalidad a la educación; datos que se ven reflejados y se corroboran según el INEI; la educación inicial aumentó en 6,0 puntos porcentuales la asistencia a educación inicial de las/los niñas/os pobres al pasar de 60,2% en el 2012 a 66,2% en el 2013. También se incrementó la asistencia escolar de las niñas/os no pobres en 2,4 puntos porcentuales (de 76,8% a 79,2%). De igual forma en el 2013, tanto niñas/os pobres como las/los no pobres de 6 a 11 años de edad en su mayoría en igual proporción asisten a educación primaria, no existiendo diferencias entre pobres y no pobres. Así mismo en el año 2013, aumentó en 2 puntos porcentuales la asistencia escolar a educación secundaria de la población pobre de 12 a 16 años de edad, al pasar de 69,5% a 71,5%, mientras que la tasa de asistencia a este nivel educativo de los adolescentes no pobres se mantiene en el mismo nivel de lo observado en años anteriores (62).

Por otro lado, la educación según área de residencia, los pobres del ámbito urbano llegan a estudiar 8,4 años, mientras los del área rural 5,8 años. También existe diferencias entre los no pobres, los del área urbana llegan a estudiar 11 años, mientras que en el área rural 7,4 años.

Según el INEI, la mitad de las mujeres peruanas en edad fértil tiene 10,3 años de estudios aprobados, es decir, que no terminó la educación secundaria y el 13 % de mujeres que trabajan no perciben remuneración; a nivel nacional, la mediana de años de estudios aprobados es más alta entre las mujeres ubicadas en el quintil superior de riqueza (12,3 años), que contrasta con la mediana de estudios aprobados por las ubicadas en el quintil inferior (5,2 años aprobados). Según área de residencia, las mujeres en edad fértil del área urbana tuvieron la más alta mediana de estudios aprobados (10,5 años), muy superior a la alcanzada entre las residentes del área rural del país (5,7 años) (62).

Se concluye que la brecha de la educación aún no se nivela en la población peruana ya que existe gran diferencia entre zona rural y urbana, pese a que existen instituciones de educación primaria en algunas comunidades, lo que no sucedía 30 años atrás; a pesar que existen estas instituciones primarias muchas veces no existen instituciones de educación secundaria y esto dificulta que los niños continúen estudiando; esto constituye una gran barrera para contar con años de estudios más altos específicamente en la población rural y del género femenino, además a esto va ligado el machismo que aún prevalece en América latina y porque no decir en la comunidad de Cumbe Chontabamba donde los varones tienen el privilegio de estudiar por ser quienes aportan al sustento de la familia, mientras que las mujeres deben quedar en casa para realizar los quehaceres del hogar. Sin embargo en la actualidad se observa que existen entidades y políticas de Estado que velan por la equidad (deberes y derechos) de género, dando las oportunidades necesarias a las féminas para acceder a la educación y puestos de trabajo, resaltando que ambos géneros están en la misma capacidad.

TABLA 13

**SITUACIÓN LABORAL DEL JEFE DE FAMILIA DE LOS NIÑOS/AS DE LA
COMUNIDAD CUMBE CHONTABAMBA, BAMBAMARCA – 2014.**

SITUACIÓN LABORAL DEL JEFE DE FAMILIA	N°	%
Trabajo estable	6	9,68
Trabajo eventual	16	25,81
Ama de casa – agricultor	40	64,52
TOTAL	62	100,00

Fuente: Cuestionario de condicionantes epidemiológicos de la desnutrición crónica – 2014.

En la tabla se observa, que la situación laboral del jefe de familia de la comunidad Cumbe Chontabamba – Bambamarca, en su mayoría (64,52%) es ama de casa o agricultor, y una minoría (9,68%) cuentan con un trabajo estable.

Resultado que en parte guarda relación con las cifras obtenidas en la investigación de Labadié quien encontró que la situación laboral del jefe de familia fue precario (79,79%) (22).

El jefe de hogar es aquella persona, hombre o mujer, de 15 años a más, que aporta económicamente al hogar o toma las decisiones financieras de la familia y reside en el hogar (76).

Poco se sabe sobre la percepción de los hogares o de los individuos sobre su bienestar o situación laboral, es así que las percepciones de los jefes de hogar, según INEI el 67,6% de los jefes de hogares en situación de pobreza perciben vivir bien o muy bien y el 32,4% mal o muy mal. El 35,0% de los hogares pobres extremos viven mal o muy mal. Así el 50,0% de los jefes de hogar consideran que sus ingresos son más o menos estables, el 26,2% manifiestan que son muy inestables y el 23,8% tienen ingresos estables; estos

datos se deben a la situación laboral inestable y bajas oportunidades de trabajo en el país (62).

De lo señalado se deduce que la situación laboral del jefe de familia es un factor primordial para el bienestar en los hogares, debido a que de ello depende, las condiciones de vida y sustento de la familia. Si bien es cierto que en el 64,52%, la situación laboral del jefe de hogar es agricultor o ama de casa en la comunidad de Cumbe Chontabamba, debido a que se ubica en una zona rural y su población se dedica a la agricultura y ganadería; pero la población no tiene muchas oportunidades y migra a ciudades donde existe mayor concentración de empresas que brindan un trabajo eventual.

TABLA 14

**BENEFICIOS SOCIALES DE LOS NIÑOS/AS DE LA COMUNIDAD CUMBE
CHONTABAMBA, BAMBAMARCA – 2014.**

BENEFICIOS SOCIALES	N°	%
Juntos	4	6,45
Vaso de leche	9	14,52
Juntos y Vaso de leche	42	67,74
Ninguno	7	11,29
TOTAL	62	100,00

Fuente: Cuestionario de condicionantes epidemiológicos de la desnutrición crónica – 2014.

En la presente tabla se observa, que los beneficios sociales que reciben los niños/as de la comunidad de Cumbe Chontabamba - Bambamarca en su mayoría (67,74%) es Juntos y Vaso de leche y el 11,29% corresponde a ningún beneficio social.

Estos resultados tienen relación con los reportados en la investigación de Labadié, en la cual el 69,15% de niños percibían beneficios de planes sociales (22).

Desde que el Perú adoptó la convención sobre los derechos del niño en el año 1990, se han dado importantes avances en la situación de la niñez peruana, a través de la implementación de políticas e incremento de presupuestos. Esto ha permitido que el Perú sea reconocido como el país con la mayor proporción de reducción de mortalidad en la niñez en América Latina, la cual descendió en 76% entre 1990 y 2012. Ante esta situación, una de las principales prioridades del actual Gobierno es el crecimiento económico sostenible que ha tenido el Perú en la última década, con un PBI en el año 2013 de 5,2%, que promueve la inclusión social; con la finalidad de reducir la desnutrición crónica infantil y anemia, entre otros (77).

En el Perú existen más de 40 programas sociales en beneficio de la población, el Estado en el año 2015 realizará un mayor gasto en programas sociales, el monto del gasto diario pasará de S/. 11,4 millones a S/. 13,7 millones, es decir S/. 2,3 millones nuevos soles adicionales. En tal sentido el Gobierno asignó S/. 1,113 millones para las familias beneficiarias del programa Juntos, este beneficio está dirigido a las familias de extrema pobreza (78).

La mayoría de niños de la comunidad Cumbe Chontabamba reciben beneficios sociales, esto se debe al compromiso del Estado que tiene ante las poblaciones más vulnerables, con el único interés de reducir la pobreza, combatir la desnutrición crónica y el analfabetismo que son pilares fundamentales para el desarrollo de la familia y del país; por ello se puede decir que los programas sociales son verdaderamente importantes, puesto que cumplen una doble función. La primera mejorar la calidad de vida de las personas en situación de pobreza y la segunda reducir la pobreza, ya que existe un claro vínculo entre una buena alimentación y una buena salud, particularmente en los primeros años de vida. Por otro lado los beneficios sociales que reciben los niños tiene un impacto negativo en la población, debido a que las familias no se interesan en generar una fuente de ingresos para el sustento de su familia produciendo conformismo y la costumbre de realizar actividades sólo por obligación y a cambio de algo; por ejemplo el programa juntos en sus años de inicio obligaba a la familia a construir su biohuerto y relleno sanitario; pero en la actualidad se aprecia en las familias que no son sostenibles en el tiempo.

TABLA 15

**ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS/AS DE LA COMUNIDAD CUMBE
CHONTABAMBA, BAMBAMARCA – 2014.**

ESTADO NUTRICIONAL	N°	%
Normal	28	45,16
Desnutrición crónica	34	54,84
TOTAL	62	100,00

Fuente: Curvas de crecimiento T/E de la OMS.

En esta tabla se observa, que el estado nutricional de los niños/as de la comunidad Cumbe Chontabamba – Bambamarca, en su mayoría (54,84%) presentan desnutrición crónica, mientras que 45,16% tienen un estado nutricional normal.

Resultados que se asemejan al estudio realizado por Soria y Vaca, quienes encontraron que el 42,6% de niños presentaron desnutrición crónica, mientras que el 50,5% de niños de familias indígenas presentaban este trastorno (26). Datos similares a los encontrados en Incahuasi y Cañaris, donde más del 50% de niños menores de 5 años presentan desnutrición crónica; y con los resultados que proporciona el Sistema de Información del Estado Nutricional (SIEN) del distrito de Hualgayoc que presenta el 50% de niños menores de 5 años con desnutrición crónica, datos similares al departamento de Huancavelica donde el 51,3% de niños se encuentran con desnutrición crónica.

Según el INEI y la OMS manifiesta que el Perú presenta 17,5% de desnutrición crónica en niños menores de 5 años, sin embargo Cajamarca tiene un 35,6% (79). Estos datos reflejan que el Estado viene invirtiendo en programas sociales e implementación de vacunas contra el rotavirus y el neumococo, las cuales previenen las enfermedades prevalentes de la infancia como infecciones respiratorias y diarreas; además el Ministerio de Salud

(MINSA) ha elaborado el documento técnico de sesiones demostrativas de preparación de alimentos para población materna infantil, a implementarse en todos los establecimientos de salud del MINSA, especialmente del primer nivel de atención; con la finalidad de contribuir en la mejora y mantenimiento del estado de salud y nutrición de las gestantes, mujeres que dan de lactar así como de las niñas y niños menores de tres años; a través de este documento técnico el personal de salud enseña a las familias de los diferentes ámbitos de salud la preparación de alimentos en cuanto a cantidad, consistencia y frecuencia según grupo etáreo (80).

Todas las medidas preventivas van dirigidas a mejorar la calidad de vida y el estado nutricional de los niños, a través de la intervención del Estado y del Personal de Salud; por otro lado este problema se debe a que las condiciones de vida son muy precarias, los niños habitan viviendas sin servicios básicos y sus padres no siempre tienen los recursos para proveerles de los alimentos necesarios para su edad, situación que refleja la pobreza en la zona, producto de una escasa inversión social para los grupos más vulnerables como familias y especialmente niños. Así mismo los resultados indicarían también la vulnerabilidad de estos niños a posibles enfermedades infecciosas frecuentes, así como prácticas inadecuadas de alimentación e higiene, ambiente insalubre, consumo insuficiente de alimentos nutritivos y uso deficiente de los recursos del Estado, lo que indica que la desnutrición no es solo un problema de salud, sino que también es un indicador de desarrollo del país.

TABLA 16

CONDICIONANTES EPIDEMIOLÓGICOS Y DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN NIÑOS/AS DE CUMBE CHONTABAMBA – 2014

CONDICIONANTES EPIDEMIOLÓGICOS	ESTADO NUTRICIONAL		Valor p	
	Desnutrición crónica			
	N°	%		
GENERO	Masculino	16	47,06	0,741
	Femenino	18	52,94	
EDAD	De 0 a 1 año	4	11,76	0,383
	De 1 a 2 años	10	29,41	
	De 2 a 3 años	4	11,76	
	De 3 a 4 años	6	17,65	
	De 4 a 5 años	10	29,41	
TIPO DE FAMILIA	Extensa	6	17,65	0,979
	Nuclear	26	76,47	
	Monoparental	2	5,88	
N° DE NIÑOS/AS	1 niño < de 5 años	23	67,65	0,029*
	2 niños < de 5 años	11	32,35	
EDAD DE LA CUIDADORA	De 18 a 20 años	4	11,76	0,032*
	De 21 a 25 años	13	38,24	
	De 26 a 30 años	5	14,71	
	De 31 a 35 años	5	14,71	
	De 36 a más años	7	20,59	
EDADA DE LA MADRE QUE TUVO AL NIÑO/A	< De 18 años	2	5,88	0,424
	De 18 a 25 años	18	52,94	
	De 26 a 36 años	12	35,30	
	> De 37 años	2	5,88	
TALLA DE LA MADRE	< De 145 cm	4	11,76	0,672
	De 145 a 150 cm	11	32,35	
	De 151 a 155 cm	14	41,18	
	De 156 a mas	5	14,71	
CONSUMO DE AGUA	Agua entubada	24	70,59	0,007*
	Caño publico	1	2,94	
	Pozo	9	26,47	
DISPOSICIÓN SANITARIA DE EXCRETAS	Letrina sanitaria	14	41,18	0,045*
	Pozo ciego	17	50,00	
	Cielo abierto	2	5,88	
	Otros	1	2,94	
HACINAMIENTO	Sin hacinamiento	6	17,65	0,001*
	Medio hacinamiento	23	67,65	
	Hacinamiento crítico	5	14,71	
ELIMINACIÓN DE RESIDUOS DOMÉSTICOS	Relleno sanitario	22	64,71	0,385
	Chacra	11	32,35	
	Otros	1	2,94	

NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE	Sin instrucción	5	14,71	0,000*
	Primaria incompleta	28	82,35	
	Secundaria completa	1	2,94	
SITUACIÓN LABORAL DEL JEFE DE FAMILIA	Trabajo estable	4	11,76	0,292
	Trabajo eventual	11	32,35	
	Ama de casa – agricultor	19	55,88	
BENEFICIOS SOCIALES	Solo juntos	4	11,76	0,295
	Solo vaso de leche	5	14,71	
	Juntos y vaso de leche	21	61,76	
	Ninguno	4	11,76	
TOTAL		63	100,00	

Fuente: Cuestionario de condicionantes epidemiológicos de la desnutrición crónica – 2014 y Curvas de crecimiento T/E de la OMS.

*. El estadístico de chi-cuadrado es significativo en el nivel 0,05.

En el presente estudio se realizaron 14 asociaciones entre los posibles condicionantes epidemiológicos que se asocian a la desnutrición crónica en niños menores de 5 años, medidos por el cuestionario de condicionantes epidemiológicos de la desnutrición crónica y las curvas de crecimiento de T/E de la OMS, se realizó la asociación con el estadístico chi cuadrada que es una prueba estadística para evaluar hipótesis acerca de la relación entre variables nominal u ordinal, para examinar si existen relaciones significativas entre los condicionantes epidemiológicos y la desnutrición crónica. Los resultados encontrados fueron: la variable número de niños menores de 5 años en la familia y desnutrición crónica resultó ser estadísticamente significativa (Sig = 0,029); la variable edad de la cuidadora del niño y desnutrición crónica resultó ser significativo con un valor de 0,032; el consumo de agua y desnutrición crónica también fue significativo (0,007); al igual que la disposición sanitaria de excretas con una significancia de 0,045; el hacinamiento y desnutrición crónica resultó ser estadísticamente significativa (0,001); y la variable nivel de instrucción de la madre y desnutrición crónica fue significativo con un valor de significancia de 0,000.

Estos datos en ciertas variables guardan relación con el estudio realizado por De La Cruz (25) que concluye que la desnutrición está asociada a múltiples factores económicos, demográficos, sociales, prácticas y cuidados familiares.

Así mismo el estudio de Labadié, encontró que los factores que se relacionan al estado nutricional fueron: la provisión de agua de red interna, el hacinamiento, el cuidador del niño (22). De igual manera la investigación de Soria y Vaca refirieron que los factores que influyen en la desnutrición crónica de los niños son la educación de la madre y el número de niños menores de 5 años en el hogar (26). En el estudio de Sobrino M, et al refieren que los factores o determinantes que se relacionaron con la desnutrición crónica son educación de la madre y la presencia de dos o más hijos en el hogar (27). Óyela, Prada y Peña hallaron correlación positiva entre la prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 5 años e instrucción primaria o menos ($r=0,589$, $p=0,027$, $R^2=0,347$), viviendas cuyo piso era de tierra ($r=0,588$; $p=0,27$; $R^2=0,3462$) y viviendas con acceso a red pública de desagüe dentro de la vivienda (28). Así mismo en la investigación realizada por Vásquez GD y Díaz UG encontraron que los determinantes que se relacionan a la desnutrición en niños son el grado de instrucción de la madre (29).

La FAO manifiesta que los niños pequeños dependen del buen cuidado que reciben en su nutrición, los niños hasta los tres años dependen casi totalmente de otros para recibir cuidados y alimentos para obtener una buena nutrición; y los niños de tres a cinco años de edad pueden contar con cierta habilidad para conseguir alimentos. Seleccionar una dieta y alimentarse a sí mismos. Partiendo de esta noción se puede analizar que para el buen cuidado y nutrición de los niños depende mucho el número de niños que exista en el hogar además la edad de la cuidadora que es fundamental para un óptimo crecimiento y desarrollo de los niños (81).

Por otra parte se afirma que además de la calidad del cuidado y número de niños en el hogar existen otros factores que determinan el estado nutricional de los niños, como se evidencia en el presente estudio, donde el consumo de agua, disposición de excretas y el hacinamiento son servicios, entornos y condiciones de la vivienda fundamentales para la erradicación de múltiples enfermedades en la familia y especialmente en la niñez; estos problemas se

ven reflejados en el estado nutricional de los niños, a esto se suma que el gobierno central y los gobiernos locales deben velar por la población más vulnerable teniendo una capacidad de gasto e inversión del dinero público en la ejecución de obras sobre saneamiento básico, donde las familias tengan la comodidad de vivir dignamente mejorando sus vidas, de este modo se reducirá la brecha de la desnutrición crónica que aqueja al Perú.

Así mismo para este problema es importante el grado de instrucción de la madre, donde el INEI y ENDES manifiestan que la desnutrición crónica de los niños menores de 5 años está influenciada por la no instrucción de la madre en un 45,2%, el 33,1% cuando tiene primaria, 12,8% secundaria y 5,5% superior (65). Estos datos se corroboran por Valdivia donde explica los factores de la desnutrición crónica en los niños menores de 5 años, que el 46% está determinado por característica de la madre, el 25% por las características del hogar y vivienda, 14% por las características del niño y 19% por las características contextuales sociales y comunitarias (82). Así mismo Smith y Haddad, indican que en el 43,0% la malnutrición infantil está determinada por la educación de la mujer, el 26,1% por la alimentación, el 11,6% por el status de la mujer y tan solo un 19,3% por la salud (83). En tal sentido se puede concluir que la desnutrición crónica es un problema de multicausalidad que se ve influenciado por factores nacionales, como asuntos relacionados con la equidad y disponibilidad de buenos servicios de educación y no descartando los de salud; así mismo factores locales como distribución de la tierra, abastecimiento de agua potable y atención primaria de salud; y factores ambientales como hacinamiento, disposición de excretas, tipo de hogar, disponibilidad de agua, higiene del hogar y conocimientos de la madre. Además que está muy asociado al desarrollo individual y social del presente y del futuro del país.

3.2. Conclusiones

- Los condicionantes epidemiológicos de los niños/as menores de 5 años de la comunidad Cumbe Chontabamba son: condicionantes demográficos: género femenino, edad de los niños/as de 4 a 5 años, tipo de familia nuclear, 1 niño/a menor de 5 años presente en el hogar, edad de la cuidadora del niño/a de 26 a 30 años, edad de las madres que tuvieron a los niños/as de 18 a 25 años y talla de la madre del niño/a de 151 a 155 cm. Condicionantes habitacionales: consumo de agua entubada, disposición de excretas en letrina sanitaria, hogares con hacinamiento medio y eliminación de residuos sólidos en relleno sanitario. Y condicionantes sociales: nivel de instrucción de la madre primaria incompleta, situación laboral del jefe de familia agricultor - ama de casa y perciben beneficios sociales del programa Juntos y Vaso de leche.
- Más de la mitad de los niños/as de la comunidad de Cumbe Chontabamba del distrito de Bambamarca se encuentran con desnutrición crónica.
- Los condicionantes demográficos que se asocian a desnutrición crónica son: número de niños/as menores de 5 años presentes en el hogar y edad de la cuidadora. Los condicionantes habitacionales son: consumo de agua, disposición sanitaria de excretas y hacinamiento del hogar. Y los condicionantes sociales que se asocian a la desnutrición crónica en los niños/as es el grado de instrucción de la madre; de esta manera se está aportando evidencia a favor de la hipótesis planteada, según lo dicho en el resumen que algunos condicionantes epidemiológicos si se asocian a la desnutrición crónica en niños/as menores de 5 años de la comunidad Cumbe Chontabamba, Bambamarca.

3.3.Recomendaciones

A la Universidad Alas Peruanas, Facultad de Medicina Humana

1. Promover en los estudiantes la iniciativa para la elaboración de proyectos de investigación y de producciones científicas, determinando líneas de investigación específicas en el tema.
2. Promover eventos de promoción y prevención que vayan enfocados a disminuir la desnutrición crónica de los niños y niñas menores de 5 años
3. Acatar y poner en práctica la nueva ley universitaria fomentando el desarrollo de tesis y no cursos de titulación para la obtención de título profesional. Así mismo elaborar un flujograma que especifique los pasos y tiempo de elaboración del proyecto de tesis y tesis de Licenciatura.

A los estudiantes de la Escuela Profesional de Enfermería UAD – Chota de la Universidad Alas Peruanas

1. Utilizar el presente estudio como fuente de información para otros trabajos de investigación relacionados con el tema, de manera que las autoridades e instituciones competentes, tengan un mayor compromiso para trabajar con este grupo etáreo.
2. Optar por los trabajos de investigación (tesis) para la obtención del título profesional, basándose en los resultados de esta investigación para generar nuevas hipótesis.

A los docentes de la Escuela Profesional de Enfermería UAD – Chota de la Universidad Alas Peruanas

1. Impulsar en los alumnos el hábito permanente de investigación y lectura, a fin de que opten por los proyectos de tesis, que contribuyan a solucionar los problemas de la población.
2. Plantear una línea de investigación en aspectos referidos al tema en estudio, además de sistematizar sus experiencias de trabajo con el grupo de los estudiantes de la zona; como publicar los estudios y/o artículos de investigación que hayan realizado sobre la problemática estudiada.

A los comuneros y autoridades de Cumbe Chontabamba.

1. Gestionar ante las entidades correspondientes proyectos sobre saneamiento básico.

3.4. Referencias bibliográficas

1. Fondo de Naciones Unidas Para la Infancia (UNICEF). Los Estados partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud. España. 2013. [en línea] [fecha de acceso 16 de abril de 2015]; URL disponible en:
<http://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/Dossierdesnutricion.pdf>
2. Organización de las Naciones Unidas Para La Alimentación y la Agricultura (FAO). Latinoamérica tiene reto de combatir desnutrición y obesidad. Perú. 2014. [en línea] [fecha de acceso 16 de abril de 2015]; URL disponible en: <http://www.larepublica.pe/19-05-2014/latinoamerica-tiene-reto-de-combatir-desnutricion-y-obesidad>
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Principales Indicadores departamentales 2008 – 2014. Perú. 2014. [en línea] [fecha de acceso 10 de abril de 2015]; URL disponible en:
http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1205/index.html
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). El 18.1% de los niños menores de 5 años sufren desnutrición crónica. Perú. 2013. [en línea] [fecha de acceso 16 de abril de 2015]; URL disponible en:
<http://www.peru21.pe/actualidad/181-ninos-menores-5-anos-sufren-desnutricion-cronica-peru-2128692>
5. Sifuentes Z. La Desnutrición Infantil en el Perú. Perú. 2010. [en línea] [fecha de acceso 10 de enero de 2015]; URL disponible en:
<http://www.economiaypolitika.blogspot.com/2008/05/la-desnutricion-infantil-en-el-peru.html>

6. Organización Panamericana de la salud/Organización Mundial De La Salud (OPS/OMS). Perú. 2013. [en línea] [fecha de acceso 28 de agosto de 2014]; URL disponible en:
<http://www.paho.org/nutricionydesarrollo=2491>
7. Fondo de Naciones Unidas Para la Infancia (UNICEF). La Desnutrición Infantil. España. 2011. [en línea] [fecha de acceso 28 de agosto de 2014]; URL disponible en:
<http://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/Dossierdesnutricion.pdf>
8. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estrategia y Plan de Acción para la salud integral en la niñez. Setiembre 2012. EE.UU.
9. Organización de las Naciones Unidas Para La Alimentación y la Agricultura (FAO). Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe. Estados Unidos. 2014. [en línea] [fecha de acceso 14 de octubre de 2014]; URL disponible en:
<http://www.fao.org/docrep/019/i3520si3520s.pdf>
10. Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) - Instituto de Estadística e Informática (INEI). Informe sobre desnutrición en el Perú. Perú. 2010. [en línea] [fecha de acceso 07 de agosto de 2014]; URL disponible en:
http://www.news.bbc.co.uk/hi/spanish/international/newsid_3491000/3491474.stm
11. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). El 18.1% de los niños menores de 5 años sufren desnutrición crónica. Perú. 2013. [en línea] [fecha de acceso 07 de agosto de 2014]; URL disponible en:
<http://www.peru21.pe/actualidad/181-ninos-menores-5-anos-sufren-desnutricion-cronica-peru-2128692>

- 12.** Ministerio de Salud (MINSA). Prevalencia de desnutrición crónica infantil en niños < 5 años Perú 2007-2013. Perú. 2014. [en línea] [fecha de acceso 07 de agosto de 2014]; URL disponible en:
http://www.paho.org/perimages/stories/ftpage2014pdf/situacion-salud_nutricion_materno-infantil_solis.pdf?ua=1
- 13.** Ministerio de Salud (MINSA). Avances y desafíos en la lucha contra la desnutrición crónica. Perú. 2013. [en línea] [fecha de acceso 23 de agosto de 2014]; URL disponible en: <http://www.midis.gob.pe/semana-de-la-inclusion-social-2013/presentacion/241100midorihabich.pdf>
- 14.** El Comercio. Más del 50% de niños en Cañaris e Incahuasi están desnutridos. Perú. 2014. [en línea] [fecha de acceso 14 de octubre de 2014]; URL disponible en:
<http://www.elcomercio.pe/peru/lambayeque/mas-50-ninos-canaris-incahuasi-estan-desnutridos-noticia-1727722>
- 15.** Radio Programas del Perú (RPP). El 35 por ciento de niños en Cajamarca sufren de desnutrición crónica. Perú. 2014. [en línea] [fecha de acceso 14 de octubre de 2014]; URL disponible en:
http://www.rpp.com.pe/2013-02-14-el-35-por-ciento-de-ninos-en-cajamarca-sufren-de-desnutricion-cronica-noticia_567288.html
- 16.** Red de Salud Bambamarca. Información del estado Nutricional. Red de Salud Bambamarca. 2014.
- 17.** Microred Virgen del Carmen - Bambamarca. Reporte del SIEN. Microred Virgen del Carmen. 2014.
- 18.** Hernández R, et al. Metodología de la Investigación. México. Editorial Mc Graw Hill. 2010.
- 19.** Supo J. Niveles de investigación. Arequipa, Perú. 2014.

- 20.** Lorenzano C. concepción estructural del conocimiento científico, metodología de los programas investigativos y criterios para formular políticas de investigación. *Electroneurobiología*. 2010; 18 (1): 3-254.
- 21.** Valderrama MS. Pasos Para Elaborar Proyectos y Tesis de Investigación Científica. Perú. Editorial San Marcos. 2002.
- 22.** Labadié S. Condicionantes epidemiológicos y representaciones sociales de la desnutrición infantil en la comunidad mocoví. Argentina. 2010. [en línea] [fecha de acceso 07 de agosto de 2014]; URL disponible en: http://www.lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/Labadié_sirley.pdf.
- 23.** Wasgtaff A y Watanabe N. Socioeconomic inequalities in child malnutrition in the developing world. PolicyresearchWorkingPaper. TheWorld Bank. Washington DC, 2013.
- 24.** Machado DM, Calderón FV, et al. La Desnutrición y su asociación a condicionantes sociales como características socio demográficas, prácticas familiares y de cuidado en niñas y niños menores de 5 años. Colombia. 2013. *Rev. Méd. Risaralda* 2014; 20 (1): 3-8
- 25.** De La Cruz PY. La desnutrición y su asociación a condicionantes sociales como características socio demográficas, prácticas familiares y de cuidado en niñas y niños menores De 5 Años. Colombia. 2010. [en línea] [fecha de acceso 17 de agosto de 2014]; URL disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/8772/1/597695.2010.pdf>
- 26.** Soria CA y Vaca AA. Factores determinantes de desnutrición crónica en niñas y niños menores de 5 años en la provincia de Cotopaxi. Ecuador. 2012. [en línea] [fecha de acceso 14 de octubre de 2014]; URL disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream250004451T-UCE-0005-80.pdf>

- 27.** Sobrino M, et al. Perú. desnutrición infantil en menores de 5 años en Perú. Perú. 2014. [en línea] [fecha de acceso 23 de agosto de 2014]; URL disponible en:
<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v35n2/a04v35n2.pdf>
- 28.** Óyela GA, Prada VC y Peña CS. Estado nutricional del niño menor de 5 años de la provincia de Ica. 2010. Perú. 2010. [en línea] [fecha de acceso 14 de octubre de 2014]; URL disponible en:
<http://www.es.slideshare.net/AlfredoEnriqueOyolaGarcaestado-nutricional-del-nio-menor-de-5-aos-informe-operativo>
- 29.** Vásquez GD y Díaz UG. Determinantes sociales de la desnutrición en niños menores de 5 años atendidos en el hospital José Soto Cadenillas del distrito de chota 2010. Chota - Perú.2010.
- 30.** Aranceta BJ. Epidemiología. 2ª Edición. Barcelona: Ed. Masson S.A; 2012. Pág. 25
- 31.** Rodríguez AF, et al. Método epidemiológico. España. 2009. Pág. 9
- 32.** Ministerio de Salud y Protección Social (ONSM). Factores demográficos. Colombia. 2011. [en línea] [Fecha de acceso 07 de agosto de 2014]; URL disponible en:
<http://www.onsm.gov.co/index.php?Itemid=200>
- 33.** De Souza MC, et al. Evaluación por Triangulación de métodos: abordaje de programas sociales. Buenos Aires: 1ª ed. Lugar Editorial; 2013.
- 34.** OMS. Género. 2015. [en línea] [Fecha de acceso 25 de febrero de 2015]; URL disponible en: <http://www.who.int/topics/gender/es/>
- 35.** Diccionario de Medicina. Edad. Ed. Espasa Calpe S.A. 2013.

- 36.** Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Tipos y ciclos de vida de los hogares. Perú. 2010. [en línea] [Fecha de acceso 07 de noviembre de 2014]; URL disponible en:
<http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/INEI-Peru-Tipos-y-Ciclos-de-Vida-Hogares.pdf>
- 37.** Iván. Factores de riesgo prenatales. Perú. 2012. [en línea] [Fecha de acceso 07 de noviembre de 2014]; URL disponible en:
<http://www.bebesymas.com/salud-infantil/factores-de-riesgo-prenatales>
- 38.** Gluckman PD, Breir BH, et al. Ginecología y Obstetricia. Perú. 2010. Vol. 41
- 39.** Ponce BE y Fantín MA. Relación entre condicionantes habitacionales y mortalidad infantil. Argentina. 2012
- 40.** Organización Panamericana de la Salud (OPS). Guía para mejorar la calidad del agua: Ámbito rural y pequeñas ciudades. Perú. 2007. [en línea] [Fecha de acceso 07 de noviembre de 2014]; URL disponible en:
<http://www.bvsde.opsoms.org/tecapro/documentos/agua/guiacalidadagu arural.pdf>
- 41.** Herrera FA. Disposición de excretas. Perú. 2014. [en línea] [Fecha de acceso 07 de agosto de 2014]; URL disponible en:
<http://www.es.slideshare.net/AnayantzinHerrera/disposicion-d-excretas-saneamiento>
- 42.** Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDES). Vivienda. Perú. 2010. [en línea] [Fecha de acceso 07 de noviembre de 2014]; URL disponible en:
<http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen/definiciones/vivienda.html>

- 43.** Organización Panamericana de la Salud (OPS). Guía para el manejo de residuos sólidos en ciudades pequeñas y zonas rurales. Perú. 2009. [en línea] [Fecha de acceso 07 de noviembre de 2014]; URL disponible en: http://www.bvsde.paho.org/cursos/_mrsme/fulltext/pequena.pdf
- 44.** Organización Mundial de la Salud (OMS). Determinantes socioculturales de la salud. [en línea] [Fecha de acceso 07 de noviembre de 2014]; URL disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/
- 45.** Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. Nivel de instrucción de la madre. Argentina. 2013. [en línea] [Fecha de acceso 07 de noviembre de 2014]; URL disponible en: <http://www.campuscitep.rec.uba.ar/mod/glossary/view.php?id=11413&mode=letter&hook=N&sortkey=&sortorder=>
- 46.** Tello J DK. La jornada laboral de los padres de familia. Ecuador. 2013. [en línea] [Fecha de acceso 29 de enero del 2015]; URL disponible en: <http://www.repo.uta.edu.ec/bitstream/handle/123456789/7286/FCHE-EBSEMI-1274.pdf?sequence=1>
- 47.** Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). Instrumento estandarizado de identificación de beneficiarios para programas sociales. Perú. 2004. [en línea] [fecha de acceso 29 de enero de 2015]; URL disponible en: https://www.mef.gob.pe/contenidos/pol_econ/documentos/PHRPlus_focalizacion.pdf
- 48.** Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe: Desnutrición. Estados Unidos. 2013. [en línea] [fecha de acceso 14 de octubre de 2014]; URL disponible en: <http://www.fao.org/docrep/019/i3520s/i3520s.pdf>

- 49.**Herrera GA. Documento de Investigación sobre la desnutrición infantil crónica. Perú. 2003. [en línea] [Fecha de acceso 28 de enero de 2015]; URL disponible en:
http://www.aeped.essitesdefaultfilesdocumentos20_el_nino_de_talla_baja.pdf
- 50.**Cahuapaza J. Desnutrición crónica infantil en niños menores de 5 años en Puno. Perú. 2011. [en línea] [Fecha de acceso 28 de enero de 2015]; URL disponible en:
http://www.sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/monografias/basic/herrera_ga/cap1.pdf
- 51.**Fondo de Naciones Unidas Para la Infancia (UNICEF). La Desnutrición Infantil: causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. España. 2011. [en línea] [fecha de acceso 3 setiembre del 2014]; URL disponible en:
<http://www.unicef.essiteswww.unicef.esfilesDossierdesnutricion.pdf>
- 52.**Ministerio de la Salud (MINSA). Documento técnico: “lineamientos de la gestión de la estrategia sanitaria nacional de alimentación y nutrición”. Perú. 2011. [en línea] [fecha de acceso 25 de octubre de 2014]; URL disponible en:
http://www.minsa.gob.pe/portada/est_san/Lineamientos%20_ESNANS_FINAL.pdf
- 53.**Anaya MM. Síntomas de la desnutrición en niños. 2012. [en línea] [fecha de acceso 3 setiembre del 2014]; URL disponible en:
[http://www.news-medical.net/health/Symptoms-of-malnutrition-\(Spanish\).aspx](http://www.news-medical.net/health/Symptoms-of-malnutrition-(Spanish).aspx)
- 54.**Ministerio de la Salud (MINSA). NTS N°087 – MINSA/DGSP-V.01. Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de 5 Años. Pág. 14. 2010.

- 55.** Universidad del Pacífico. Desnutrición crónica infantil en el Perú: Un problema persistente. Perú. 2009. [en línea] [fecha de acceso 1 setiembre del 2014]; URL disponible en:
http://www.srvnetappseg.up.edu.pesiswebciupFilesDD0914%20-%20Beltran_Seinfeld.pdf
- 56.** Instituto Nacional de Salud (INS). Desnutrición crónica infantil y sus determinantes de riesgo. Perú. 2010. [en línea] [fecha de acceso 3 setiembre del 2014]; URL disponible en:
http://www.ins.gob.perepositorioaps05jerprec_invt_cenanPresentacion%20Desnutrici%C3%B3n%20Determinantes.pdf
- 57.** Dirección Regional de salud Cajamarca. Análisis de situación de salud 2010. Perú. 2010. [en línea] [fecha de acceso 12 de abril de 2015]; URL disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/documentosdigitalesbvsdetex.com/ASIS-regionesCajamarcaCajamarca2010.pdf>
- 58.** Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Brechas de género. Perú. 2014. [en línea] [fecha de acceso 12 de abril de 2015]; URL disponible en:
http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1210/index.html
- 59.** Dirección Subregional de Salud Chota – estadística. Población programada 2015.
- 60.** Fondo de Naciones Unidas Para la Infancia (UNICEF). Situación de la niñez. Perú. 2014. [en línea] [fecha de acceso 12 de abril de 2015]; URL disponible en: http://www.unicef.org/peru/spanish/children_13264.htm
- 61.** Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Principales indicadores departamentales. Perú. 2014. [en línea] [fecha de acceso 12 de abril de 2015]; URL disponible en:

http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1205/index.html

- 62.** Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Día internacional de la población. Perú. 2014. [en línea] [fecha de acceso 12 de abril de 2015]; URL disponible en:
http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1157/libro.pdf
- 63.** Ministerio de Salud (MINSA). Diplomado de atención integral con enfoque en salud familiar y comunitaria. Módulo IV. Unidad I. Perú. 2014. Pág. 7
- 64.** Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Comportamiento de la economía peruana en el cuarto trimestre de 2014. Perú. 2015. [en línea] [fecha de acceso 12 de abril de 2015]; URL disponible en:
http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe-tecnico-n01_pbi-trimestral_2014iv.pdf
- 65.** Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (INEI – ENDES). Características generales de las mujeres. Perú. 2013.
- 66.** Organización de las Naciones Unidas Para La Alimentación y la Agricultura (FAO). Promoción de buenas prácticas de cuidado. EE.UU. 2013. [en línea] [fecha de acceso 22 de abril de 2015]; URL disponible en: <http://www.fao.org/docrep/006/w0073s/w0073s14.htm>
- 67.** Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). Fecundidad. Perú. 2013. [en línea] [fecha de acceso 16 de abril de 2015]; URL disponible en:
http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1151/pdfcap003.pdf

- 68.** Galton F. Natural Inheritance. London and New York. Mc Millan and Company. 2010
- 69.** Tanner JM. Catch up growth in man. Br Med Bull. 2009
- 70.** Polani P.E. Chromosomal and other genetic influences on birth weight variation. In: Size at birth. Amsterdam, CIBA Foundation Symposium, ASP. 2011.
- 71.** Muzzo B S. Crecimiento normal y patológico del niño y del adolescente. Chile. 2010. Rev. chil. nutr. v.30 n.2
- 72.** Organización Panamericana de la Salud (OPS). Saneamiento básico y prácticas higiénicas como factores de riesgo. España. 2012.
- 73.** Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Comportamiento de la economía peruana en el cuarto trimestre de 2014. Perú. 2015. [en línea] [fecha de acceso 16 de abril de 2015]; URL disponible en: http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe-tecnico-n01_pbi-trimestral_2014iv.pdf
- 74.** Ministerio de Salud (MINSA). Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud en el Perú. Perú. 2007
- 75.** Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Perú: Perfil de la pobreza por dominios geográficos, 2004-2013. Perú. 2014. [en línea] [fecha de acceso 15 de abril de 2015]; URL disponible en: <http://www.apeim.com.pe/wp-content/themes/aapeim/docs/nse/APEIM-NSE-2014.pdf>
- 76.** Asociación Peruana de Empresas de Investigación y Mercado (APEIM). Perú. 2014. [en línea] [fecha de acceso 12 de abril de 2015]; URL disponible en:

<http://www.apeim.com.pe/wp-content/themes/apeim/docs/nseAPEIM-NSE-2014.pdf>

- 77.** Ministerio de Economía y finanzas (MEF). Gasto público en las niñas, niños y adolescentes en el Perú. Perú. 2014. [en línea] [fecha de acceso 16 de abril de 2015]; URL disponible en:
<http://www.mimp.gob.pe/web/mimp/pna/pdf/Gasto-Publico-en-ninos-ninas-adolescentes-Peru.pdf>
- 78.** Peñaranda C. Perú gastará S/. 13.7 millones al día durante el 2015 para tratar de aliviar la pobreza. Perú. 2014. [en línea] [fecha de acceso 13 de abril de 2015]; URL disponible en: <http://gestion.pe/economia/peru-gastara-s-137-millones-al-dia-durante-2015-tratar-aliviar-pobreza-2109843>
- 79.** Organización de las Naciones Unidas Para La Alimentación y la Agricultura (FAO). Cuidados y nutrición. EE.UU. 2013. [en línea] [fecha de acceso 16 de abril de 2015]; URL disponible en:
<http://www.fao.org/docrep/006/w0073s/w0073s14.htm>
- 80.** Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Principales Indicadores departamentales 2008 – 2014. Perú. 2014. [en línea] [fecha de acceso 16 de abril de 2015]; URL disponible en:
http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1205/index.html
- 81.** Ministerio de Salud (MINSA). Documento técnico sesiones demostrativas de preparación de alimentos para población materna infantil. Perú. 2013.
- 82.** Valdivia M. Acerca de la magnitud de la inequidad en salud en el Perú. Perú. 2002.

83.Smith L y Haddad L. Overcoming child malnutrition in developing countries, past achievements and future choices. International Food Policy Research Institute. Washington. 2009.

ANEXOS

ANEXO 01

ASENTIMIENTO INFORMADO

Cumbe Chontabamba ____ / ____ / 2014

Yo _____, identificada
con DNI N° _____ de _____ años cumplidos con
dirección _____ Responsable
del niño _____ que nació el día ____ / ____ /

Género del niño: Masculino Femenino

Habiendo sido previamente informada de los objetivos de esta entrevista, acepto participar en el estudio: “Condicionantes epidemiológicos asociados a desnutrición crónica en niños (as) menores de 5 años. Comunidad Cumbe Chontabamba, Bambamarca – 2014”, bajo asesoramiento de la Universidad Alas Peruanas UAD – Chota.

Estoy de acuerdo en brindar la información que se me solicite, con el propósito de que los datos obtenidos puedan ser utilizados en la elaboración del presente trabajo investigativo.

Firma del Responsable del niño

ANEXO 02



UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
Facultad de Medicina Humana y
Ciencias de la Salud
Escuela Académico Profesional de
Enfermería UAD – Chota

*"Condicionantes Epidemiológicos Asociados
a Desnutrición Crónica en Niños (as)
menores de 5 años comunidad Cumbe
Chontabamba, Bambamarca – 2014"*

CUESTIONARIO DE LOS CONDICIONANTES EPIDEMIOLÓGICOS DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA

(Labadié S; 2010)

INSTRUCCIONES: el presente cuestionario es anónimo y será utilizado sólo para fines de investigación científica. Se le ruega su colaboración y ser sincero (a) en sus respuestas. Gracias.

1. CONDICIONANTES EPIDEMIOLÓGICOS

1.1. CONDICIONANTES DEMOGRÁFICAS

1.1.1. Género del niño/a

1. Masculino ()
2. Femenino ()

1.1.2. Edad del niño

1. < de 6 meses ()
2. De 6 meses a < 1 año ()
3. De 1 año a < 2 años ()
4. De 2 años a < 3 años ()
5. De 3 años a < 5 años ()

1.1.3. Tipo de Familia.

1. Familia Extensa ()
2. Familia Nuclear ()
3. Familia Monoparental ()

1.1.4. Número de niños menores de 5 años en el hogar

1. 1 niño menor de 5 años ()
2. 2 niños menores de 5 años ()
3. Más de 2 niños menores de 5 años ()

1.1.5. Edad de la cuidadora del niño

1. < 18 años ()
2. De 18 a 20 años ()
3. De 21 a 25 años ()
4. De 26 a 30 años ()
5. De 31 a 35 años ()
6. De 36 años a más ()

1.1.6. Edad de la madre en que tuvo el niño

1. < de 18 años ()
2. De 18 a 25 años ()
3. De 26 a 36 años ()
4. > de 37 años ()

1.1.7. Estatura de la madre

1. < de 145 cm ()
2. De 145 a 150 cm ()
3. De 151 a 155 cm ()
4. De 156 cm a más ()

1.2. CONDICIONANTES HABITACIONALES

1.2.1. Provisión de Agua para Consumo

1. Agua potable ()
2. Agua entubada ()
3. Caño Público ()
4. Pozo ()
5. Otros ()

1.2.2. Disposición Sanitaria de Excretas

1. Letrina Sanitaria ()
2. Pozo Ciego ()
3. Cielo abierto ()
4. Otros ()

1.2.3. Hacinamiento

1. Hogares sin hacinamiento ()
2. Hogares con medio hacinamiento ()
3. Hogares con hacinamiento critico ()

1.2.4. Eliminación de residuos domésticos

1. Relleno sanitario ()
2. Chacra ()
3. Otros ()

1.3. CONDICIONANTES SOCIALES

1.3.1. Nivel de instrucción de la madre o cuidador/a

1. Sin Instrucción ()
2. Primaria Incompleto ()
3. Primaria Completo ()
4. Secundaria Incompleto ()
5. Secundaria Completo o más ()

1.3.2. Situación laboral del jefe/a de Familia.

1. Trabajo estable ()
2. Sin trabajo ()
3. Trabajo eventual ()
4. Ama de casa - agricultor ()

1.3.3. Beneficios de planes sociales y/o asistencia alimentaria

1. Solo Juntos ()
2. Solo Vaso de leche ()

- 3. Ambos Juntos y Vaso de leche ()
- 4. Otros ()
- 5. Ninguno ()

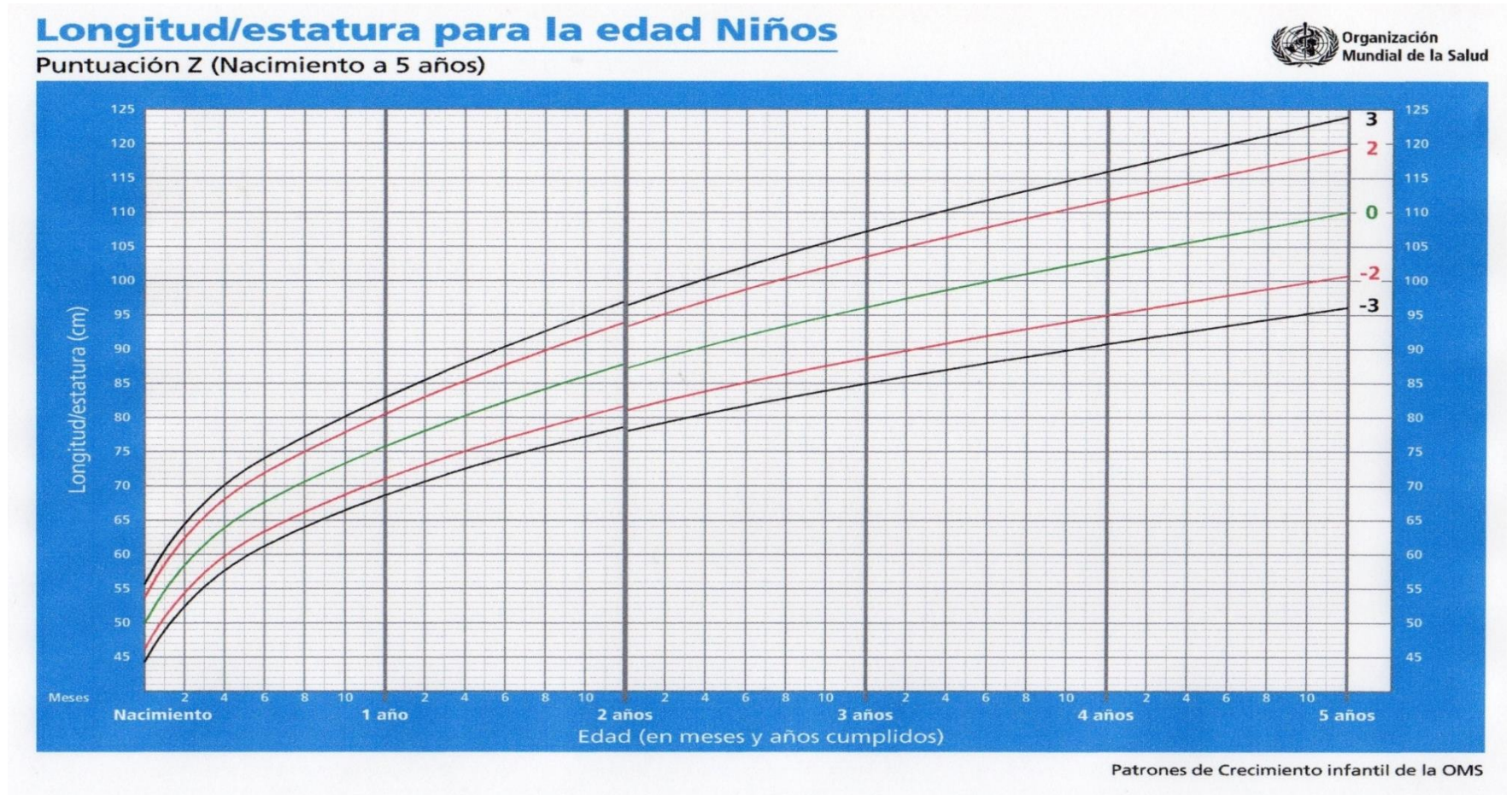
2. ESTADO NUTRICIONAL

1.1. Normal

1.2. Desnutrición Crónica

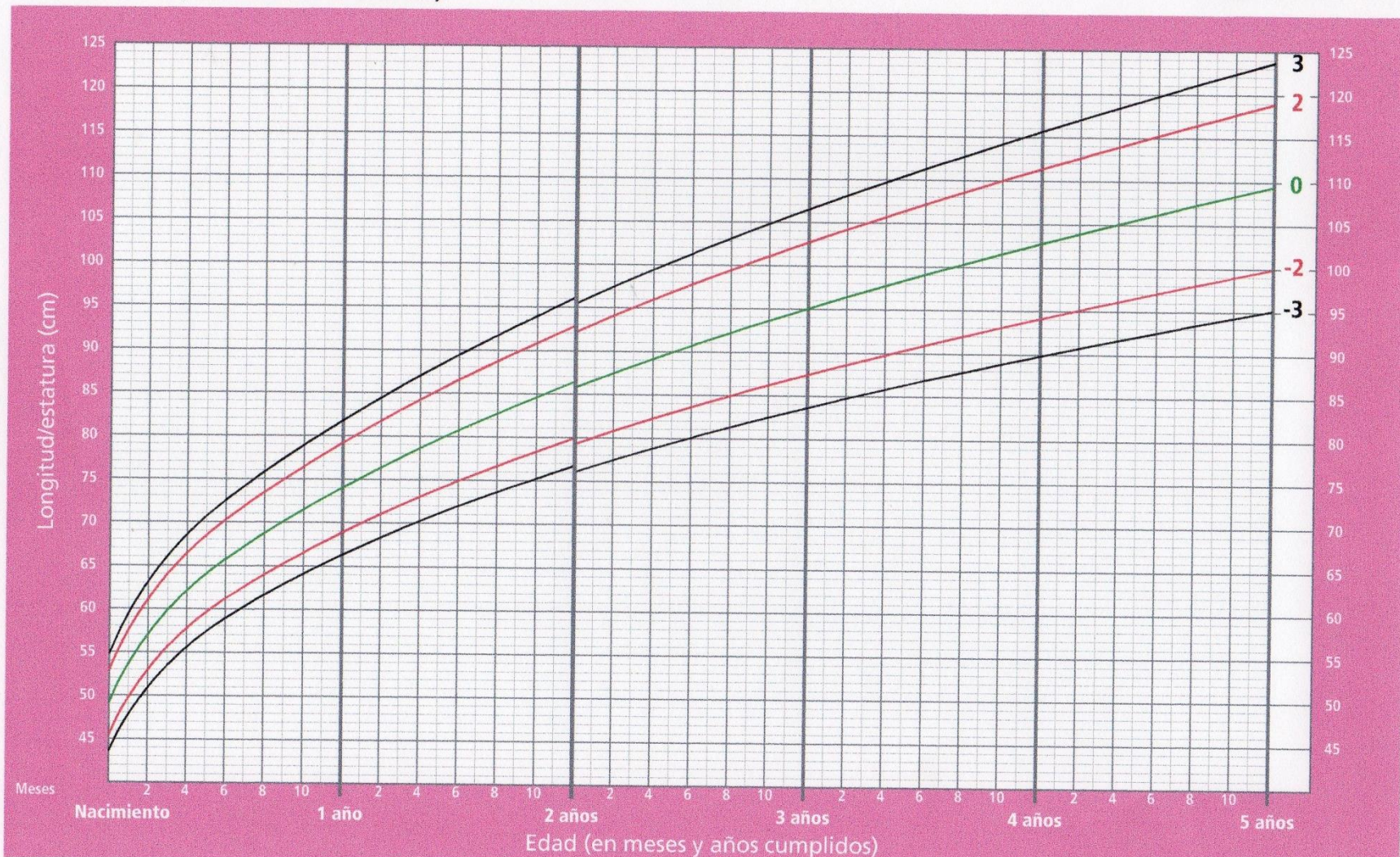
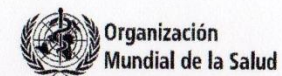
ANEXO 04

CURVAS DE CRECIMIENTO PARA DIAGNOSTICAR LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS.



Longitud/estatura para las Niñas

Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



Patrones de Crecimiento infantil de la OMS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
“Condicionantes Epidemiológicos Asociados a la Desnutrición Crónica en Niños/as Menores De 5 Años. Comunidad Cumbe Chontabamba, Bambamarca – 2014”.	¿Cuáles son los condicionantes epidemiológicos asociados a desnutrición crónica en niños/as menores de 5 años. Comunidad Cumbe Chontabamba, Bambamarca – 2014?	<p>OBJETIVO GENERAL. Determinar y analizar los condicionantes epidemiológicos asociados a desnutrición crónica en niños/as menores de 5 años. Comunidad Cumbe Chontabamba, Bambamarca – 2014.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar los condicionantes epidemiológicos en niños/as menores de 5 años de la comunidad de Cumbe Chontabamba – 2014. 2. Evaluar la desnutrición crónica de los niños/as menores de 5 años de la comunidad de Cumbe Chontabamba – 2014. 3. Establecer la asociación entre los condicionantes epidemiológicos (características habitacionales, demográficas y sociales) y la desnutrición crónica en niños/as menores de 5 años de la comunidad de Cumbe Chontabamba – 2014. 	<p>H1= Los condicionantes epidemiológicos asociados a desnutrición crónica en niños/as menores de 5 años de la Comunidad Cumbe Chontabamba son los demográficos, habitacionales y sociales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Condicionantes epidemiológicos – Desnutrición crónica 	<ul style="list-style-type: none"> – Observación directa – Entrevista 	<p>Cuestionario de los condicionantes epidemiológicos de la desnutrición crónica (anexo 2)</p> <p>Ficha de datos, para la recolección de datos de las historias clínicas de los niños/as menores de 5 años del puesto de salud de Cumbe Chontabamba. (anexo 3)</p> <p>Curvas de crecimiento y desarrollo para diagnosticar la desnutrición crónica en niños/as y niñas menores de 5 años. (anexo 4)</p>